



Associação
Portuguesa
de Urologia

XVI SIMPÓSIO APU

Linhas

de Orientação em Urologia

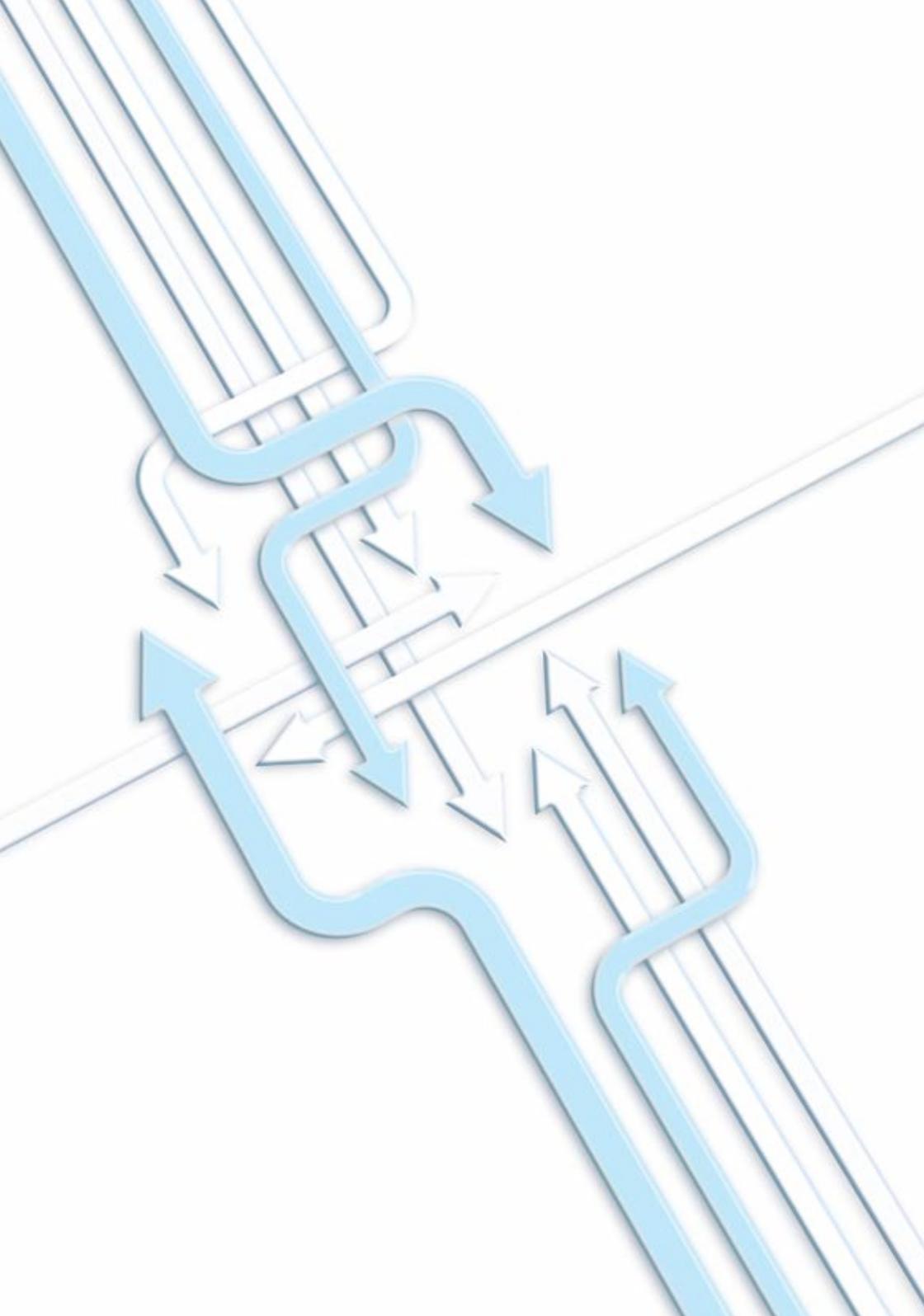
10 de outubro de 2020

Hotel Vila Galé – Coimbra

Altis Grand Hotel – Lisboa

Casa do Médico | Ordem dos Médicos – Porto

Programa
Científico



XVI SIMPÓSIO APU

Linhas de Orientação em Urologia

PROGRAMA CIENTÍFICO

07:30h Abertura do Secretariado

08:15-08:30h **ABERTURA OFICIAL**
Luís Abranches Monteiro (Lisboa)

08:30-09:30h **APRESENTAÇÃO DE CARTAZES E VÍDEOS**
Moderadores: Luís Campos Pinheiro (Lisboa), Belmiro Parada (Coimbra) e Carlos Silva (Porto)

CARTAZ 01 *Retinol-binding protein 4 as a candidate biomarker predictor of progression: example of use of the high resolution mass spectrometry in personalised medicine*

Mariana Medeiros¹; Luís B. Carvalho ²; José Luis Capelo Martínez²; Carlos Lodeiro²; Hugo Santos²; Luis Campos Pinheiro¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; ²BIOSCOPE Group, Departamento de Química da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa

Apresentadora: Mariana Medeiros (Lisboa) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 02 *Neutrophil-to-lymphocyte ratio as biomarker for predicting locally advanced disease and survival in patients treated with radical cystectomy*

António Modesto Pinheiro; Sara Duarte; André Barcelos; Sónia Ramos; Ana Cebola; Andrea Furtado; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Apresentador: André Barcelos (Lisboa) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 03 *Prognostic predictors in patients with renal tumors and vena cava thrombus*

Joana Polido¹; Miguel Miranda¹; Tito Leitão¹; Joana Alfarelos¹; Tiago Oliveira¹; Rodrigo Garcia¹; Tomé Lopes¹; Ângelo Nobre²; Luís Mendes Pedro³; José Palma Reis¹

¹Urology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte;

²Cardiothoracic Surgery Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ³Vascular Surgery Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Apresentadora: Joana Polido (Lisboa) (3')

Discussão (2')

(Continua)

VÍDEO 01 *The Goyri-O'Neill perfusion technique of cadaveric embalming: a novel approach to advanced laparoscopic surgical training*

Tiago Ribeiro de Oliveira¹; Nuno Domingues¹; Artur Palmas¹; João Felício¹; Chandra Shekhar Biyani²; Diogo Pais³; João Goyri-O'Neill³

¹Armed Forces Hospital, Department of Urology, Lisbon, Portugal; ²Leeds Teaching Hospitals, Department of Urology, Leeds, United Kingdom; ³Nova Medical School, Department of Anatomy, Lisboa, Portugal

Apresentador: [Nuno Domingues \(Lisboa\)](#) (5')

Discussão (2')

VÍDEO 02 *Linfadenectomia inguinal modificada videoendoscópica*

António Modesto Pinheiro; Sara Duarte; André Barcelos; Sónia Ramos; Ricardo Cruz; Pedro Bargão; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Apresentador: [André Barcelos \(Lisboa\)](#) (5')

Discussão (2')

CARTAZ 04 *Prostate multiparametric-MRI (mp-MRI) accuracy for localization of clinically significant prostate cancer: comparative study between mri and whole mount histopathology*

Vasco Quaresma¹; Rui Caceiro²; Luís Semedo^{1,2}; Carlos Faria¹; Lorenzo Marconi^{1,2}; Arnaldo Figueiredo^{1,2}

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Apresentador: [Vasco Quaresma \(Coimbra\)](#) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 05 *How the Covid-19 pandemic changed urology residency – a nationwide survey from the portuguese resident's perspective*

Teixeira B.; Cabral J; Mendes G.; Madanelo M.; Rocha MA; Mesquita S.; Correia J.; Tavares C; Pinto A.; Fraga A.

Department of Urology, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Apresentador: [Bernardo Teixeira \(Porto\)](#) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 06 *Percutaneous nephrostomy, ureteral stent or primary ureteroscopy with stone removal for the treatment of hydronephrosis secondary to ureteric calculi: a prospective evaluation of the impact on complications, stone management and health-related QoL*

Ricardo Matos Rodrigues; Bárbara Silva; Nuno Morais; José Pedro Pereira; Sara Anacleto; Pedro Passos; João Torres; Emanuel Dias; Estevão Lima; Paulo Mota

Department of Urology – Hospital of Braga, E.P.E. School of Medicine – University of Minho

Apresentador: [Ricardo Matos Rodrigues \(Porto\)](#) (3')

Discussão (2')

VÍDEO 03 *Laparoscopia urachal cyst excision*

Bernardo Lobão Teixeira¹; Fernando Vila² Joaquim Lindoro²

¹Centro Hospitalar do Porto; ²Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Apresentador: **Bernardo Lobão Teixeira (Porto)** (5')

Discussão (2')

VÍDEO 04 Correção de hérnia inguino-escrotal da bexiga por via laparoscópica

Diogo Pereira; André Barcelos; Jean-Hubert Maquet; Renaud Bollens

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; Hospital Fernando Fonseca;

Centre Hospitalier Epicura Baudour - Bélgica

Apresentador: **Diogo Pereira (Porto)** (5')

Discussão (2')

09:30-10:00h

EAU GUIDELINES

Moderadores: **Garção Nunes (Lisboa)**, **Rui Pinto (Porto)** e **Paulo Rebelo (Coimbra)**

Metodologia na elaboração das *Guidelines*

Lorenzo Marconi (Coimbra) (15')

A Importância da implementação efetiva das *Guidelines*

James N'Dow (Webcast) (15')

10:00-11:00h

RASTREIO DO CÂNCRO DA PRÓSTATA

Moderadores: **Jorge Oliveira (Porto)**, **Arnaldo Figueiredo (Coimbra)**

e **Cabrita Carneiro (Lisboa)**

Rastreio

H. Van Poppel (Webcast) (15')

Perspetiva da Medicina Geral e Familiar

Rui Nogueira (Coimbra) (15')

A mudança diagnóstica – um novo paradigma

Carlos Silva (Porto) (15')

Discussão (15')

11:00-11:30h

Pausa para café

11:30-12:15h **TUMOR DO RIM**
Moderadores: Miguel Ramos (Porto), Paulo Azinhais (Coimbra)
e Miguel Carvalho (Lisboa)

Nefrectomia parcial sempre que tecnicamente exequível?

Sim, sempre

Tito Leitão (Lisboa) (10')

Nefrectomia parcial sempre que tecnicamente exequível?

Não, nem sempre

Isaac Braga (Porto) (10')

Tratamento em 2020 do tumor renal metastizado

André Silva (Porto) (10')

Discussão (15')

12:15-13:00h **SESSÃO PATROCINADA: VIVER MAIS COM CARCINOMA DA PRÓSTATA**



Abertura

Luís Abranches Monteiro (Lisboa) (5')

Tratar mais cedo aumenta a sobrevida?

José Dias (Lisboa) (10')

Que tratamento escolher para estes doentes?

João Silva (Porto) (10')

O “amanhã” dos doentes com CP?

Ricardo Borges (Coimbra) (10')

Discussão e fecho

Luís Abranches Monteiro (Lisboa) (10')

13:00-14:30h **Almoço**

14:30-15:15h **BEXIGA**
Moderadores: Carlos Guimarães (Porto), Ricardo Borges (Coimbra)
e José Jorge Silva (Lisboa)

Pequenas recidivas de neoplasia vesical – o que fazer?

Manuel Oliveira (Porto) (15')

Micro-hematúria – investigação

Rodrigo Ramos (Lisboa) (15')

Discussão (15')

15:15-15:50h **CONFERÊNCIA PATROCINADA: LUTS MASCULINOS – NOVIDADES FARMACOLÓGICAS**



Miguel Ramos (Porto) (25')

Discussão (10')

15:50-16:20h **Pausa para café**

16:20-16:45h



CONFERÊNCIA PATROCINADA: NEW PATHWAYS IN CASTRATE-RESISTANT PROSTATE CANCER

Moderador: **Luís Abranches Monteiro** (Lisboa)

Fernando Algaba (*Zoom com interatividade*) (20')

Discussão (5')

16:45-17:30h

PRÓSTATA

Moderadores: **Avelino Fraga** (Porto), **António Patrício** (Coimbra) e **Fernando Ferrito** (Lisboa)

Carcinoma da Próstata Oligometastático

Jorge Dias (Porto) (15')

Carcinoma da Próstata Metastizado Hormonosensível

Catarina Gameiro (Lisboa) (15')

Discussão (15')

17:30-18:00h

LITÍASE

Moderadores: **Rui Prisco** (Porto), **Pedro Simões** (Coimbra) e **Pedro Monteiro** (Lisboa)

Quadratura do Círculo

Vitor Cavadas (Porto) (15')

Discussão (15')

18:00-19:00h

APRESENTAÇÃO DE CARTAZES E VÍDEOS

Moderadores: **Palma dos Reis** (Lisboa), **Francisco Rolo** (Coimbra) e **Estêvão Lima** (Porto)

CARTAZ 07 Impacto clínico da invasão da gordura perivesical na peça de cistectomia radical

Barros, P.; Oliveira, B.; Lourenço, M.; Morgado, M.; Marques, V.; Soares, M.; Cabrita, M.; Paulo, L.; Barroso, F.; Rosa, G.; Calado, L.; Coutinho, A.
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Apresentador: **Pedro Barros** (Porto) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 08 RIRS, uma abordagem cirúrgica segura e eficaz na abordagem da litíase intra renal – a experiência de um centro hospitalar

Daniela Pereira; Alexandre Gromicho; Carolina Marramaque; Débora Araújo; Raquel Rodrigues; Luís Costa; Luís Ferraz
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Apresentadora: **Daniela Filipa Costa Pereira** (Porto) (3')

Discussão (2')

(Continua)

CARTAZ 09 *10 year experience of laparoendoscopic single-site living donor nephrectomy (LESS-LDN)*

João Pedroso Lima; Roberto Jarimba; Edgar Tavares da Silva; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Apresentador: [João Pedroso Lima \(Coimbra\)](#) (3')

Discussão (2')

VÍDEO 05 *Inflatable penile implant for phalloplasty following major trauma*

João Pedroso Lima; Paulo Azinhais; Paulo Temido; Miguel Eliseu; Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Apresentador: [João Pedroso Lima \(Coimbra\)](#) (5')

Discussão (2')

CARTAZ 10 *Resultados do CHULC de biópsia prostática guiada por fusão entre imagens de ressonância magnética multiparamétrica e ecografia prostática transretal*

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Miguel Gil; João Lopes Dias; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Apresentador: [João Ferreira Guerra \(Lisboa\)](#) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 11 *Impacto da pandemia Covid-19 na cirurgia eletiva urológica de um hospital universitário*

Miguel Miranda; Joana Polido; Miguel Fernandes; Carolina Ponte; Afonso Castro; Tito Palmela Leitão; José Palma dos Reis

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Apresentador: [Miguel Soares Miranda \(Lisboa\)](#) (3')

Discussão (2')

CARTAZ 12 *Management of rectourethral fistula: the dismal impact of radiotherapy*

João Felício^{1,2}; Paulo Pé-Leve¹; Tiago Ribeiro Oliveira^{1,2}; Natália Martins²; Vítor Oliveira³; Artur Palmas²; Francisco E. Martins¹

¹Department of Urology, University of Lisbon, School of Medicine, Hospital Santa Maria (CHLN), Lisbon, Portugal; ²Hospital das Forças Armadas, Lisbon, Portugal; ³Department of Urology, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia (CHVNG), Porto, Portugal

Apresentador: [João Felício \(Lisboa\)](#) (3')

Discussão (2')

VÍDEO 06 Correção laparoscópica de fistula vesicovaginal após histerectomia abdominal via aberta: a propósito de um caso clínico
Mariana Medeiros; Miguel Gil; João Guerra; Vanessa Andrade; Nguete Veloso; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Frederico Ferronha; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Apresentadora: [Mariana Medeiros \(Lisboa\)](#) (5')

Discussão (2')

VÍDEO 07 *Laparoscopic calyceal reinsertion during a partial nephrectomy: a trick to maximize nephron-sparing*

Miguel Miranda; Tito Palmela Leitão; Miguel Fernandes; Joana Polido;

João Almeida; José Palma dos Reis

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Apresentador: [Miguel Soares Miranda \(Lisboa\)](#) (5')

Discussão (2')

VÍDEO 08 *Pudendal nerve release*

André Barcelos¹; Diogo Pereira²; Renaud Bollens³

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE; ²Hospital Pedro Hispano, EPE; ³CHWAPI Tournai Hospital - Belgium

Apresentador: [André Paz Barcelos \(Lisboa\)](#) (5')

Discussão (2')

19:00-19:30h

**ENTREGA DA BOLSA DE INVESTIGAÇÃO
APRESENTAÇÃO DO CONGRESSO 2021
ENCERRAMENTO**

[Luís Abranches Monteiro \(Lisboa\)](#)

20:30h

Jantar de Palestrantes



Aceda online ao programa
com os resumos

XVI SIMPÓSIO APU

Linhas de Orientação em Urologia

CARTAZES COM APRESENTAÇÃO EM SALA

08:30-09:30h APRESENTAÇÃO DE CARTAZES

Moderadores: Luís Campos Pinheiro (Lisboa), Belmiro Parada (Coimbra) e Carlos Silva (Porto)

C 01

RETINOL-BINDING PROTEIN 4 AS A CANDIDATE BIOMARKER PREDICTOR OF PROGRESSION: EXAMPLE OF USE OF THE HIGH RESOLUTION MASS SPECTROMETRY IN PERSONALISED MEDICINE

Mariana Medeiros¹; Luís B. Carvalho²;
José Luis Capelo Martínez²; Carlos Lodeiro²;
Hugo Santos²; Luis Campos Pinheiro¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central;

²BIOSCOPE Group, Departamento de Química da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa

Introduction: Bladder cancer (BC) is the seventh most commonly diagnosed cancer in males.

After tumor resection (TURB), clinical staging is fundamental for prognosis and for treatment decision.

To this day, a large proportion of T1 cases and some of Ta cases are under-staged. This is one of the reasons that patients with T1 tumor should be re-operated to better staging. Non-invasive methods capable of differentiating bladder cancer stages (mainly differentiating T1 from T2) would be essential for diagnosis of under staged T2 cases.

On a previous pilot study, we had identified a panel of 83 candidate biomarkers for bladder cancer (BC) diagnostics and staging

(Ta n = 6, T1 n = 6, T2+ n = 6) with two control groups (LUTS n = 6 and non-urinary condition patients n = 6). Despite this breakthrough, the number of samples used in the pilot study was low.

Our aim is to increase the accuracy of the biomarker panel for BC stage differentiation using a greater amount of patients. We also intend to identify proteins that could measure bladder cancer progression.

Methods: Briefly, 50 urine samples were collected from volunteers of the following groups: 1) 20 patients with bladder cancer stage Ta; 2) 19 patients with BC stage T1 and 3) 11 patients with BC stage T2+. The urinary proteome was cleaned and digested using the Filter-Aided Sample Preparation methodology and analysed by liquid chromatography-mass spectrometry. For protein identification and label-free quantification we used MaxQuant and the data was further interrogated with the bioinformatics platform Perseus.

Results: A more significant and robust biomarker panel can be seen in figure 1 which consists of 103 proteins that were up or down-regulated between the three different BC stages evaluated. In comparison with the previous pilot study, we encountered new biomarkers and further validated 62% of the previously proposed protein biomarkers. Furthermore, ceruloplasmin, hemopexin and retinol-binding protein 4 were the proteins with higher levels of significance to distinguish

the different BCa stages. Ceruloplasmin and hemopexin can differentiate an early BC (Ta) stage from more advanced stages (T1 and T2+) and retinol-binding protein 4 abundance consistently increases from Ta to T1 and to T2+.

Conclusion: Our results showed a proteomic biomarker panel capable to differentiate bladder cancer stages. Besides, ceruloplasmin and hemopexin can differentiate Ta stage from stages T1 and T2+ and retinol-binding protein 4 can be a candidate biomarker predictor of progression.

C 02

NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO AS BIOMARKER FOR PREDICTING LOCALLY ADVANCED DISEASE AND SURVIVAL IN PATIENTS TREATED WITH RADICAL CYSTECTOMY

António Modesto Pinheiro; Sara Duarte; André Barcelos; Sónia Ramos; Ana Cebola; Andrea Furtado; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introduction & objectives: Radical cystectomy (RC) remains the standard treatment for muscle-invasive bladder cancer (MIBC). However, only 50% of patients offered RC had a 5-year survival. Therefore, we need biomarkers to identify aggressive and advanced disease. Recently the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) received a growing interest by many studies with pre-RC higher NLR being associated with worse prognosis, this included overall survival (OS), disease and recurrence free survival (DFS and RFS) in both localized and metastatic MIBC. However, there are new contradictory studies and some uncertainty regarding its prognostic relevance remains.

This study aims to clarify the prognostic importance of NLR pre-RC in MIBC, including locally advanced disease and OS and RFS.

Materials & methods: A retrospective obser-

vational study was made using data from 102 patients submitted to RC in our institution from 2014 to 2019. Only 51 patients were analyzed as 51 patients were excluded for meeting the exclusion criteria (patients with locally advanced or metastatic disease, RC without lymphadenectomy, incomplete data, autoimmune or hematological diseases and active infections at the time of the surgery).

We used multivariate logistic regression models to predict locally advanced disease (defined as lymph node involvement ($\geq pN1$) or extravesical disease ($\geq pT3$)). RFS and OS were evaluated using multivariable Cox models.

Results: The NLR cut-off was 2.7, 29 patients had a higher ratio and 22 a lower ratio.

We found that NLR did not accurately predict locally advanced disease (p value – 0,30). Of the other explanatory variables, only pre-operative hydronephrosis was significant in predicting locally advanced disease (p value – 0,04). Age, sex, previous use of intravesical instillations, degree of invasion in previous resection TURB, and the use of neoadjuvant therapy were not statistically significant.

We also did not find any association between RFS and NLR, (the Log Rank test showed a p -value of 0,95). When using the multivariate Cox model, only the lymph node invasion - N was associated with decreased RFS – p -value of 0,02. Other variables included NLR, the RC specimen degree of invasion – T, positive surgical margins, lymphovascular invasion (LVI) and use of adjuvant therapy.

Furthermore, NLR was not associated with decreased OS: Log Rank test with a p -value of 0,484. On multivariate analysis, only the degree of invasion - T ($pT3$ and $pT4$) and lymph node invasion - N was associated with decreased OS – p -values of 0,03 and 0,01, respectively. NLR, positive surgical margins, LVI, and use of adjuvant therapy were not associated with worse OS.

Conclusion: NLR was neither associated with locally advanced disease nor with worse prognosis, including RFS or OS. This study contradicts the majority of published articles on this subject and suggests that NLR is neither a predictive nor a prognostic biomarker for MIBC.

C 03

PROGNOSTIC PREDICTORS IN PATIENTS WITH RENAL TUMORS AND VENA CAVA THROMBUS

Joana Polido¹; Miguel Miranda¹; Tito Leitão¹;
Joana Alfarelos¹; Tiago Oliveira¹; Rodrigo Garcia¹;
Tomé Lopes¹; Ângelo Nobre²; Luís Mendes Pedro³;
José Palma Reis¹

¹Urology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ²Cardiothoracic Surgery Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte;
³Vascular Surgery Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introduction: Renal tumors, especially renal cell carcinoma (RCC), have the potential to form venous tumor thrombus (VTT) extending into the renal vein and inferior vena cava (IVC). Radical nephrectomy with thrombectomy is still the recommended initial treatment for this rare condition. Although the level of VTT is not established as a prognostic factor, other factors may help to predict clinical outcomes.

Objectives: To find clinical and pathological factors that may influence the prognosis of patients with renal tumors and IVC VTT submitted to nephrectomy and thrombectomy.

Material and methods: We retrospectively reviewed all patients with renal tumors submitted to nephrectomy and IVC thrombectomy in our center, from 1 Jan 2008 to 31 Jul 2020. Data concerning demographic, pre-operative, peri-operative and pathological factors, as well as prognostic outcomes, were collected from clinical files. Statistical analysis was made using IBM SPSS Statistics

v27 software. Cox linear regression was used to calculate the correlation between variates and prognosis outcomes.

Results: In the referred period 34 patients (64.7% males) with renal tumors were submitted to radical nephrectomy and thrombectomy, with a median age of 62. Thrombus was at the level of VCI < 2 cm above the renal vein in 8 (24%) patients, > 2 cm above renal vein in 11 (32%), at the level of suprahepatic veins in 10 (29%) and at a supradiaphragmatic level in 5 (15%), according to Mayo classification. The mean tumor size was 107 mm. At preoperative staging, 44% of patients had M+ disease. Sarcomatoid differentiation was present in 4 (12%) patients, fat invasion in 20 (59%), and positive margins in 12 (35%). Twenty-three patients died during the follow-up (median 10.5 months). Perioperative (30-day) mortality was 8.8%. One-year overall survival (OS) and progression-free survival (PFS) was 60.6% and 47.1%, respectively. In an univariate analysis, a significant correlation was found between OS and clinicopathological factors, namely pT (HR = 1.6, p = 0.02), cN+ (HR = 3.2, p = 0.01), cM+ (HR = 2.8, p = 0.02), Fuhrman grade (HR = 1.8, p = 0.045) and fat invasion (HR = 3, p = 0.02). Tumour size, thrombus level, sarcomatoid differentiation, and surgical margins showed no correlation with OS. This analysis also showed that pT (HR = 1.6, p = 0.01) and positive surgical margins increased the risk of disease recurrence or progression (PFS). Although multivariate analysis showed no correlation between clinicopathological factors and OS, a correlation was found between Fuhrman grade and PFS (HR = 2.6, p = 0.02). **Discussion/Conclusion:** Although IVC VTT implies a worse biological behavior, literature shows that it does not ultimately affect long term prognosis, as many studies did not show the level of tumor thrombus to be de-

terminant of survival when treated surgically. In our cohort, the tumor thrombus level did not affect OS or PFS. Despite the low sample size, our analysis revealed that some clinicopathological factors, namely TNM staging, fat invasion, surgical margins and Furhman grade proved to be predictors of prognosis in these patients.

C 04

PROSTATE MULTIPARAMETRIC-MRI (mp-MRI) ACCURACY FOR LOCALIZATION OF CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER: COMPARATIVE STUDY BETWEEN MRI AND WHOLE MOUNT HISTOPATHOLOGY

Vasco Quaresma¹; Rui Caceiro²; Luís Semedo^{1,2}; Carlos Faria¹; Lorenzo Marconi^{1,2}; Arnaldo Figueiredo^{1,2}

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction/Background: Multiparametric magnetic resonance imaging (mp-MRI) has been increasingly used to guide prostate cancer (PCa) management. The majority of studies are focusing on the detection of prostate cancer rather than on the localization of tumours within the gland, which is fundamental to plan focal therapies and to tailor nerve spare in radical prostatectomy (RP). Therefore, the aim of this study was to evaluate multiparametric MRI for accurate localization of intraprostatic tumour nodules. Secondary endpoints were examining the predictors of tumour detection, index lesion localization performance and correct estimation of tumour dimension.

Methods: This is a retrospective study of 30 consecutive PCa patients who underwent mp-MRI before radical prostatectomy. The suspicious lesions detected on mpMRI images were localized using a previously standardized prostate map of 24 regions of interest (ROI) and compared with whole mount histopathology findings. Sensitivity, speci-

city, accuracy, positive and negative predictive values were calculated for hemiprostates, quadrants and octants. Index lesion detection was also evaluated. Tumour volume estimate concordances were measured by nonparametric test (Spearman Rho and Wilcoxon).

Results: 720 regions of interest (ROIs) were evaluated and 160 had clinically significant PCa (lesions with > 5mm or a Gleason score 7). Sensitivity and specificity for the detection of PCa on hemiprostates was 82% and 80%, respectively. PCa mapping was less sensitive for quadrants and octants - 51% and 52%, but specificity was higher - 95.6% and 95.9%. ISUP grade ³3 and tumour dimension ³1cm were prognostic factors of better performance of mp-MRI. MRI correctly identified the location of 80% of index lesions, with a sensitivity of 59% and PPV of 92%. Extracapsular invasion was correctly detected in 90% of the patients. Tumour volume had a strong positive correlation between mpMRI and RP analysis, with approximate 10% underestimation of tumour dimensions. ($\rho = 0.73$; $n = 28$; $p < 0.001$).

Discussion: mpMRI is capable of accurate localization of clinically significant PCa within whole mount RP specimen, with good sensitivity and specificity. mpMRI has a better performance on detecting PCa with ISUP grade > 3 and size > 1 cm and a high sensitivity for index lesion detection and localization. Extracapsular invasion detection and high sensitivity of hemiprostatic localization make this exam vastly relevant for surgical planning and nerve sparing treatment options, which may decrease morbidity without influencing oncological results. These results are also relevant for focal therapy planning. We propose mpMRI as tool for tumour volume follow up on active surveillance protocols.

C 05

HOW THE COVID-19 PANDEMIC CHANGED UROLOGY RESIDENCY – A NATIONWIDE SURVEY FROM THE PORTUGUESE RESIDENT'S PERSPECTIVE

Teixeira B.; Cabral J.; Mendes G.; Madanelo M.; Rocha MA; Mesquita S.; Correia J.; Tavares C; Pinto A.; Fraga A.

Department of Urology, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introduction: On the 31st of December 2019, pneumonia cases of unknown aetiology were reported on the city of Wuhan, in the province of Hubei, China. The following events are amply known, with the identification of a novel coronavirus responsible for COVID-19 disease, which reached the state of a pandemic on 11 March 2020. Health care reorganization was swift, with elective procedures moved to the background in numerous medical specialties, namely urology. Naturally, this impact did not spare residency programs, with hospital internships and curricular activities being put on hold. The main purpose of this study is to characterize the COVID-19 impact on clinical activity of Portuguese urology residents, and its perceived consequences.

Objective: To evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on Urology residency.

Subjects and methods: A 30 question online survey was sent to all urology residents in Portugal between the 25th of April and 25th May. Reduction in different areas of clinical activity during the COVID-19 period were evaluated and perceived impact on their residency program was quantified.

Results: Forty-three (54,4%) of Portuguese urology residents responded to our inquiry. Eighty one percent report having suppressed their activity by more than 75% in the outpatient clinic; 48,8% in diagnostic procedures; 29,3% in endoscopic surgery; 67,5% in laparoscopic/robotic surgery and 17,5% in major

open surgery. There were no differences in clinical activity reduction across residency years. During the pre-pandemic, 14 (32,6%) spent less than 2 hours weekly on continuous medical education or scientific research, 13 (30,2%) between 2 to 4 hours, 6 (14%) between 4 to 6 and 10 (23%) 6 or more hours. However, during the pandemic, 4 (9,3%) spent less than 2 weekly hours, 12 (27,9%) between 2 to 4 hours, 4 (9,3%) between 4 to 6 and 23 (53,5%) spent 6 or more hours on continuous medical education or research. This difference reached statistical significance, with $p = 0.012$.

As for the number of hours dedicated to the urology emergency department, 73,2% of interns referred no change, 9,8% an increase and 17,1% a decrease in the number of hours. Five (11,6%) residents were directly involved in the treatment of COVID-19 patients, although 84,6% did not receive any kind of specific training.

According to 81,6% of residents, multidisciplinary uro-oncology meeting were conducted through videoconference. Eight percent report having complete suppression of this kind of medical meeting, and 10,5% resorted to different alternatives. In terms of infirmary reorganization during the pandemic, 33,3% of residents report that urology's inpatient beds were occupied by different specialties, 35,7% report no change in infirmary organization, and 26,2% refer allocation of department's beds to COVID-19 patients. In 4,8% of cases other alternatives were taken in terms of infirmary reorganization. No Urology department was converted to and intensive care unit. Considering the impact of COVID-19 on urology training programs, 32,6% plan on prolonging residency.

Conclusions: COVID-19 had a major impact on Urology residency in Portugal, with major short and long-term consequences. A large

proportion of residents are considering prolonging their residency as a result.

C 06

PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY, URETERAL STENT OR PRIMARY URETEROSCOPY WITH STONE REMOVAL FOR THE TREATMENT OF HYDRONEPHROSIS SECONDARY TO URETERIC CALCULI: A PROSPECTIVE EVALUATION OF THE IMPACT ON COMPLICATIONS, STONE MANAGEMENT AND HEALTH-RELATED QoL

Ricardo Matos Rodrigues; Bárbara Silva;
Nuno Morais; José Pedro Pereira; Sara Anacleto;
Pedro Passos; João Torres; Emanuel Dias;
Estevão Lima; Paulo Mota
Department of Urology – Hospital of Braga, E.P.E.
School of Medicine – University of Minho

Introduction & objectives: Ureteral calculi can be associated with urinary drainage blockage requiring urgent treatment, usually with urinary diversion with percutaneous nephrostomy or retrograde ureteral stent, but primary ureteroscopy with stone removal can be an option. Currently no strong evidence exists to support the superiority of one method over the others. This study proposes to compare these three approaches regarding stone management efficacy, complication rate and its effect on patient's quality of life (QoL).

Materials & methods: A prospective trial was carried out and 94 patients were selected with hydronephrosis secondary to ureteral stones requiring urgent urinary treatment. The patients were divided into three groups according to treatment technique: percutaneous nephrostomy (PCN), retrograde ureteral stent (RUS) or primary ureteroscopy with stone removal (pURS). The stone management efficacy, complications and QoL were evaluated (EQ VAS).

Results: A PCN group ($n = 21$), a RUS group ($n = 53$) and a pURS group ($n = 20$) were set. Stone size was higher in RUS (median = 9

mm) than PCN (median = 8 mm) and pURS (median = 7 mm). All pURS successfully removed the stone and the spontaneous stone passage (SSP) after multivariable analysis was higher for PCN than RUS (OR = 2,31). A decrease between pre- and post-intervention QoL was found with RUS ($p < .001$), but not found with PCN ($p = .092$) and an increase was found with pURS ($p = .011$). Patients in pURS group experienced less haematuria ($p < .001$), dysuria ($p < .001$), urgency ($p < .001$) (table 1.1), and less need of antibiotics use ($p = .005$), than RUS and PCN (table 1.2).

Moderadores: Palma dos Reis (Lisboa),
Francisco Rolo (Coimbra) e Estêvão Lima (Porto)

C 07

IMPACTO CLÍNICO DA INVASÃO DA GORDURA PERIVESICAL NA PEÇA DE CISTECTOMIA RADICAL

Barros, P.; Oliveira, B.; Lourenço, M.; Morgado, M.; Marques, V.; Dores, M.; Cabrita, M.; Paulo, L.; Barroso, F.; Rosa, G.; Calado, L.; Coutinho, A.
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Os tumores vesicais (TV) são uma causa importante de morbi-mortalidade, com uma incidência mundial de 9.0 e 2.2/100000 habitantes, no sexo masculino e feminino, respectivamente. Para os tumores músculo-invasivos ou de alto grau refractários à terapêutica, a cistectomia radical (CR) continua a ser o principal tratamento, sendo que o a resposta clínica esperada ao tratamento se prende em grande parte com o estadiamento anatómico-patológico da peça de CR bem como com a presença de metastização ganglionar (pN).

O objectivo deste trabalho consistiu na caracterização dos factores prognósticos implicados na sobrevivência do doente após cirurgia, analisando a resposta clínica após estadiamento da peça de CR. Para tal foram analisados os dados relativos a 183 doentes submetidos a CR entre 2008-2019 e estudados diferentes factores relacionados com a peça de CR, achados imagiológicos e a história da doença. A análise estatística multivariada, univariada e o estudo de sobrevivência foram realizados através do programa SPSS®20.0, com um significado estatístico para $p < 0,05$. A população estudada é constituída por 160 indivíduos do sexo masculino (87.4%) e 23 do sexo feminino (12,6%), com idade média à data da CR de 68,9 anos (41-90). O intervalo médio entre o diagnóstico histológico após ressecção endoscópica e a CR foi de 15,2

semanas, sendo que em 149 casos a cirurgia foi feita antes das 4 semanas.

A análise multivariada global da população traduziu uma maior mortalidade na presença de invasão das vesículas seminais ($p = 0,02$), invasão linfovascular (ILV – $p = 0,02$), invasão da próstata ($p = 0,04$), invasão da gordura ($p < 0,01$), metastização ganglionar ($p = 0,02$) e presença de margens positivas ($p < 0,01$). A presença de ureterohidronefrose (UHN) ao diagnóstico ($p = 0,01$) também comprometeu a sobrevivência. A presença de complicações cirurgicas durante o internamento não influenciou a mortalidade global da população ($p = 0,172$). Para os doentes com um PS-ECOG 0-1 a sobrevivência foi afectada de forma positiva ($p < 0,01$).

Na análises do subgrupo de doentes com doença localmente avançada (TV-LA para $> pT3a$) foram estudados os mesmos factores, sendo que mostraram afectar negativamente o prognóstico a presença de ILV ($p = 0,036$), metastização ganglionar ($p = 0,019$) e margens positivas após a cirurgia ($p = 0,024$). De igual modo, a invasão da gordura perivesical demonstrou ser um marcador de pior prognóstico ($p = 0,012$), o que não se verificou na presença de invasão das vesículas seminais ($p = 0,012$) ou invasão da próstata ($p = 0,268$).

Para a população global estudada e o sub-grupo de doentes com doença localmente avançada, a quimioterapia (QT) neoadjuvante teve um impacto positivo na sobrevivência ($p < 0,01$ em ambos), o mesmo não se tendo verificado para os regimes de QT em adjuvância ($p = 0,84$ e $p = 0,498$, respectivamente)

Discussão: A presença de ILV, margens positivas e metastização ganglionar constituem factores prognósticos independentes de sobrevivência global nos doentes com TV submetidos a CR, comuns com o subgrupo

de doentes com TV-LA. Na análise deste subgrupo, é fundamental um estudo prognóstico cuidadoso, atendendo à agressividade do tumor primário, bem como por vezes a discordância com os factores prognósticos conhecidos. Destes, destacou-se fundamentalmente a importância da invasão da gordura, quer microscópica quer macroscopicamente, com um aumento significativo na mortalidade na presença desta. Tanto a invasão da próstata como das vesículas seminais, não conferiram isoladamente um pior prognóstico no subgrupo de doentes com TV-LA, parecendo ser nestes a concomitância com a invasão da gordura perivesical que compromete a sobrevivência.

C 08

RIRS, UMA ABORDAGEM CIRÚRGICA SEGURA E EFICAZ NA ABORDAGEM DA LITÍASE INTRA RENAL – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Daniela Pereira; Alexandre Gromicho;
Carolina Marramaque; Débora Araújo;
Raquel Rodrigues; Luís Costa; Luís Ferraz
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Com o desenvolvimento tecnológico e o aperfeiçoamento dos urteroscópios flexíveis a cirurgia retrógrada intra renal (RIRS) tem adquirido um papel cada vez mais abrangente no tratamento de calculos renais. Surge com uma alternativa à litotricia extra corporal (LEOC), com uma taxa de sucesso potencialmente maior e adicionalmente com menores comorbilidades que a nefrolitotomia percutânea.

Objetivos: Avaliar a taxa de sucesso em 82 casos de litíase renal submetidos a RIRS, a segurança do procedimento e complicações pós-operatórias. Avaliar a existência de factores prognósticos associados a um maior sucesso cirúrgico.

Métodos: Foi realizada a análise prospectiva de 82 pacientes submetidos a RIRS entre

janeiro de 2017 e dezembro de 2018. Avaliámos a taxa de sucesso cirúrgico definida como a ausência de litíase no exame de imagem pós-cirúrgico.

Adicionalmente o número e o tamanho dos calculos, a sua localização e densidade foram estudados como potenciais factores preditores do sucesso cirúrgico.

Foi feito uma avaliação da incidência de complicações e tempo de internamento hospitalar.

Resultados: O presente estudo incluiu 44 mulheres (53.7%) e 38 homens (46,3%). A média de idades foi de $57,49 \pm 13,73$ anos. A taxa de sucesso cirúrgico (definida como ausência de litíase no exame de imagem de controlo) foi de 72%.

O tempo médio de internamento foi de $2,5 \pm 2,7$ dias. Foram registadas complicações no pós-operatório, com prolongamento do tempo do internamento em 19,5% dos casos. As mais frequentes foram a infeção do trato urinário e hematuria. Foram documentados dois casos de choque séptico com necessidade de internamento na UCIP. Sem registo de óbitos. Em 11 casos foi necessário repetir o procedimento num segundo tempo cirúrgico.

Não foi identificada neste trabalho uma associação estatisticamente significativa entre o sucesso da cirurgia e o número, tamanho ou localização dos calculos.

Conclusões: A RIRS assume uma importância fundamental na abordagem cirúrgica da patologia litíásica renal dado o seu carácter minimamente invasivo, com poucas complicações associadas e tempos de internamento muito curtos, constituindo uma ferramenta útil mesmo na abordagem de cálculos com mais de 2 cm.

O número de doentes incluídos na amostra e factores preditores avaliados apresentou-se, no entanto, como uma limitação na avaliação de factores que possam ajudar a prever o sucesso cirúrgico.

C 09

10 YEAR EXPERIENCE OF LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE LIVING DONOR NEPHRECTOMY (LESS-LDN)

João Pedroso Lima; Roberto Jarimba;
Edgar Tavares da Silva; Pedro Nunes;
Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Conventional laparoscopic nephrectomy (CLN) is the current standard for donor nephrectomy. With the ongoing trend of minimally invasive surgery, laparoendoscopic single-site donor nephrectomy (LESS-LDN) presents as a feasible alternative, with studies reporting less postoperative pain, shorter postoperative hospital stay and better cosmetic results with single-site laparoendoscopic procedures.

Objectives: To compare postoperative results of both surgical techniques, especially regarding operative time, complications and length of hospital stay.

Methods: We gathered data regarding demography, nephrectomy technique, intraoperative time, days of postoperative hospitalization, complications and histology of the living donor nephrectomies performed in our institution from 01-01-2009 to 31-12-2019.

Results: In the 10 years reported, 47 donor nephrectomies were performed, of which 34 (72,3%) were CLN and 13 (27,7%) were LESS-LDN. Mean age was 45,47 years [24-67 years]. Gender distribution was 57,4% for female and 42,6% for male patients.

When comparing between CLN and LESS-LDN groups, there was statistically significant difference in the operative time ($133,88 \pm 32,21$ min for CLN vs $174,23 \pm 31,68$ min for LESS-LDN, $p < 0,01$), in drainage placement (82,4% for CLN vs 15,4% for LESS-LDN, $p < 0,01$) and in intraoperative hemorrhage (118 ml for CLN vs 37 ml for LESS-LDN, p

$= 0,03$). Operative time includes an average 38,52 minutes waiting time for recipient preparation. Warm ischemia time was similar between both techniques (164 ± 72 seconds for CLN vs 202 ± 78 seconds for LESS-LDN). There was only one Clavien-Dindo > 3 complication, in the CLN group. We found no statistically significant difference in hospital stay between groups (4,59 days for CLN vs 5,08 days for LESS-LDN, $p = 0,323$).

Discussion: This study reports the 10 year donor nephrectomy experience in our institution, in the era of minimally invasive surgery. Previous studies describe single-site laparoendoscopic procedures as being a technique with less postoperative pain, shorter postoperative stay and best cosmetic results at a cost of higher operative time.

Donor nephrectomy patients are overall younger and healthy patients, who are the ones most likely to benefit from this minimally invasive technique, as previous studies show they are the subset more prone to be more affected by cosmetic results.

As anticipated, operative time was slightly longer in the LESS-LDN technique. However, this difference is outweighed by lesser intraoperative hemorrhage and less need for postoperative intrabdominal drainage. This demonstrates that for an experienced surgeon, both techniques are feasible in a similar timespan. Overall, we find LESS-LDN to be a feasible option for experienced surgeons, as it proves to be a safe technique with similar outcomes and with better cosmetic results, in this subset of altruistic patients who decide to donate a solid organ.

Conclusions: In the era of minimally invasive surgery, where CLN is still the gold standard for donor nephrectomy, LESS-LDN represents a potential surgical technique with similar outcomes and safety, while granting better cosmetic results.

C 10

RESULTADOS DO CHULC DE BIÓPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR FUSÃO ENTRE IMAGENS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA E ECOGRAFIA PROSTÁTICA TRANSRETAL

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Miguel Gil; João Lopes Dias; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução e objetivos: O cancro de próstata (CaP) está em crescendo e é o cancro mais frequente da Europa com consequências importantes nos sistemas de saúde. Estima-se que 1 em cada 7 homens terão CaP antes dos 85 anos. Anualmente cerca de 450.000 homens europeus são diagnosticados com esta doença, sendo a sua prevalência de 2.500.000 neste continente. Ultrapassou o cancro coloretal e tornou-se na segunda causa de morte por cancro nos homens, com 107.000 mortes documentadas em 2018.

A biópsia prostática duplo sextante é atualmente o método *standard* para o diagnóstico de CaP, sendo conhecidas, contudo, as limitações desta técnica. Assim, a ressonância magnética multiparamétrica (RM-mp) que associa sequências morfológicas T1-weighted e T2-weighted com as sequências funcionais de técnica de difusão (DWI) e realce dinâmico após injeção de contraste (DCE), pela alta resolução espacial e contraste tecidual que oferece, permite uma melhor visualização da próstata e suas alterações patológicas. Usando RM-mp, então, as lesões podem ser classificadas de acordo com o grau e probabilidade de cancro clinicamente significativo (CaPcs, definido como tumores com *score* de Gleason maior ou igual a 7) entre 1 e 5 (classificação PI-RADS). Tal permitiu o desenvolvimento de técnicas de biópsia prostática dirigida, entre as quais se inclui a

biópsia guiada por fusão entre as imagens de RM-mp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transretal.

O objetivo deste trabalho consiste em mostrar e discutir os resultados do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (CHULC) deste tipo de biópsia dirigida em homens com lesões classificadas em RM-mp como equívocas, prováveis e altamente prováveis de cancro de próstata clinicamente significativo.

Material e métodos: Este estudo envolve todos os doentes com lesões PI-RADS 3, 4 e 5 (equívocas, prováveis e altamente prováveis de cancro de próstata clinicamente significativo, respectivamente) submetidos a biópsia realizada por via transperineal guiada por fusão entre imagens da RM-mp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transretal no CHULC, no período entre Janeiro 2016 e Agosto 2020.

As RM-mp foram efectuadas de acordo com o protocolo estabelecido pela sociedade europeia de radiologia urogenital (ESUR). Os critérios para interpretação das imagens seguiram a evolução do PI-RADS, desde a versão 1 até à 2.1.

Resultados: No período referido foram realizadas 418 biópsias dirigidas: 17% com pelo menos uma lesão classificada em RM-mp como PI-RADS 5; 43% PI-RADS 4; 23% PI-RADS 3; e 17% com lesões prostáticas descritas sem que, contudo, houvesse classificação PI-RADS atribuída nos mesmos relatórios.

Os doentes tinham idades compreendidas entre 45-85 anos (média de 66,2 anos); PSA total 0,11-150 ng/mL (média de 8,99 ng/mL); volumes prostáticos 4-300 cc (média de 65,7 cc); densidade de PSA 0,014-1,563 ng/mL² (média de 0,157 ng/mL²).

Dos doentes com lesões PI-RADS 5, descreve-se 66% com biópsias positivas, dos quais

81% tem CaPcs; já os doentes com lesões PI-RADS 4, 57% tiveram com biópsias positivas, dos quais 67% com CaPcs; por fim, os doentes com lesões PI-RADS 3 tiveram biópsias positivas em 20%, dos quais 47% com CaPcs.

Os resultados e discussão dos mesmos são explorados no estudo.

Conclusão: Antes de mais, importa referir que, com agrado, realizamos biópsias dirigidas não só a doentes já previamente seguidos no CHULC, mas também a doentes enviados de outros centros hospitalares. Estes últimos, em número progressivamente maior, vindos das mais variadas áreas geográficas. Reconhecidamente continua a existir heterogeneidade na interpretação das imagens de RM-mp, mesmo após a atualização de critérios em 2015 - PI-RADSv2; e sua revisão em 2019 - PI-RADSv2.1. Desta forma, os nossos resultados espelham esta realidade.

Palavras-chave: Biópsia; Fusão; Cancro; Próstata; Ressonância; PI-RADS

C 11

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA CIRURGIA ELETIVA UROLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Miguel Miranda; Joana Polido; Miguel Fernandes; Carolina Ponte; Afonso Castro; Tito Palmela Leitão; José Palma dos Reis

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A disseminação global do vírus SARS CoV2 sobrecarregou os sistemas de saúde e obrigou a uma reestruturação profunda dos circuitos e sistemas de triagem. Com o aumento da necessidade de ventiladores e de realocação de recursos humanos dirigidos para dar resposta à pandemia, houve uma diminuição da atividade operatória eletiva e criação de novos protocolos de prioridade cirúrgicos. No dia 11 de março de 2020 a COVID-19 foi declarada pandemia pela OMS,

tendo a atividade cirúrgica programada, de transplantação e adicional sido suspensa no dia 13 de março. Neste contexto, devido à redução dos tempos cirúrgicos eletivos para aproximadamente 20% do normal, o Serviço de Urologia reformulou a triagem dos doentes em lista de espera, dando prioridade aos doentes oncológicos de alto risco.

Objetivos: Avaliar o impacto que a pandemia COVID-19 provocou a nível da atividade cirúrgica programada, nomeadamente a nível do número global de cirurgias e do tipo de cirurgias realizadas.

Material e métodos: Este estudo retrospectivo foi conduzido num hospital universitário terciário. Foram recolhidos dados relativos a dois períodos: de 13 de março a 30 de julho dos anos de 2018 e 2019 (P1); e no período homólogo em 2020, correspondente ao início das medidas de contingência ativadas em contexto da pandemia (P2). Em cada um desses períodos analisámos o número de cirurgias realizadas e categorizámos quanto ao tipo de abordagem (cirurgia aberta, laparoscópica, endoscópica ou percutânea) e natureza da cirurgia (oncológica ou não oncológica). Para o período P1, os valores absolutos e relativos foram calculados através da média do número de cirurgias dos dois anos.

Resultados: Nos períodos de tempo selecionados para análise foram realizadas um total de 1704 cirurgias, das quais 897 em regime ambulatorio. Em 2020 verificou-se uma redução da atividade cirúrgica global de 48% comparado com a média dos períodos homólogos dos dois anos anteriores. Apesar desta diminuição, a percentagem de cirurgias oncológicas aumentou de 30%, no período P1, para 57%, no período P2. No período P2, o procedimento cirúrgico mais realizado foi a RTU-V, correspondente a aproximadamente 39% das cirurgias efetuadas (vs 17% no período P1) e 68% das cirurgias oncológicas

(vs 56% no período P1). No período P2, foram realizadas 10 prostatectomias radicais (27,5 em P1); 7 nefrectomias radicais (10,5 em P1); 6 orquidectomias radicais (4,5 em P1); 4 cistectomias radicais (10,5 em P1) e 2 nefroureterectomias (3,5 em P1). Relativamente à via de abordagem cirúrgica, verifica-se que houve uma variabilidade <10% entre os dois períodos.

Discussão/Conclusões: A pandemia COVID-19 causou um impacto significativo a nível da produtividade cirúrgica eletiva, com uma diminuição marcada no número de doentes operados. Apesar da redução global, o número relativo de procedimentos oncológicos aumentou devido à reformulação do sistema de triagem. Os doentes com neoplasias tiveram prioridade na eleição para tratamento cirúrgico, nomeadamente com tumores do urotélio, carcinomas de células renais localmente avançados, carcinomas prostáticos de alto risco, neoplasias do testículo e do pénis. Várias sociedades internacionais, emitiram recomendações relativamente à seleção de doentes para cirurgia programada. A elevada taxa de cirurgias oncológicas e do número de RTU-Vs, assim como a continuação da realização de cirurgia oncológica major, mesmo com limitação das vagas de UCI, sugere uma aproximação do protocolo de triagem do nosso centro hospitalar às linhas de orientação internacionais. Apesar de se antecipar um atraso no diagnóstico e tratamento de múltipla patologia urológica, ainda se desconhece o verdadeiro impacto a longo prazo no prognóstico destes doentes. Estudos estatísticos relativamente às áreas de atuação mais afetadas podem ser úteis para uma melhor gestão em saúde no período peri e pós-COVID-19, na tentativa de recuperação de listas de espera e de resposta aos doentes mais afetados.

C 12

MANAGEMENT OF RECTOURETHRAL FISTULA: THE DISMAL IMPACT OF RADIOTHERAPY

João Felício^{1,2}; Paulo Pé-Leve¹; Tiago Ribeiro Oliveira^{1,2}; Natália Martins²; Vítor Oliveira³; Artur Palmas²; Francisco E. Martins¹

¹Department of Urology, University of Lisbon, School of Medicine, Hospital Santa Maria (CHLN), Lisbon, Portugal; ²Hospital das Forças Armadas, Lisbon, Portugal; ³Department of Urology, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia (CHVNG), Porto, Portugal

Introduction: Rectourethral fistula (RUF) is a devastating complication of pelvic cancer treatment, with an incidence of 0.4-3%. It is associated with debilitating morbidity and significant impact on quality of life. Radiation is an effective and essential therapeutic modality in pelvic oncology. However, over the last decades, the widespread use of radiation and other energy-ablation therapies for pelvic malignancies has led to an increase of complex iatrogenic fistulae that are seen by urological surgeons.

Objective: To report a series of men with RUF resulting from pelvic cancer treatments and explore their therapeutic differences and impact on functional outcomes and quality of life.

Methods and materials: A retrospective database search was performed in four centers to identify patients with RUF resulting from pelvic cancer treatment. Medical records were analyzed for demographics, comorbidities, diagnostic evaluation, fistula characteristics, surgical approaches and outcomes. Endpoints analyzed included fistula closure following repair and need for any form of permanent diversion.

Results: Twenty-three patients, aged 57-79 years (median 68), underwent surgical reconstruction due to RUF. Median FU was 54 months (range 18-115). Patients were divided into two groups according to etiology:

radiation/energy-ablation treatments with or without surgery (G1, n = 10) and surgery only (G2, n = 13). All patients underwent temporary diverting colostomy and supra-pubic cystostomy. Overall, successful RUF closure was achieved in 18 (78%) patients. An interposition flap was used in six (60%) and one (7.7%) patients in group G1 and G2, respectively ($p = 0.019$). The RUF was managed successfully in all 13 patients (100%) in group G2 as opposed to five (50%) in group G1 ($p = 0.008$).

Discussion/Conclusion: *Radiation/ablation therapies are associated with complex RUF reconstructions, and higher failure rates. Most of these patients require abdominopereineal approach and flap interposition. Failure of RUF repair with need for permanent urinary/fecal diversion, eventually combined with extirpative surgery, is also higher after previous radiation/ablative treatment. Therefore, the possibility of permanent diversion(s) as primary treatment should be included in the decision-making process.*

XVI SIMPÓSIO APU

Linhas de Orientação em Urologia

CARTAZES

C 13

RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA – IMPACTO DE UMA RECOMENDAÇÃO NORTE-AMERICANA DO OUTRO LADO DO ATLÂNTICO

Silva, A.B.; Dinis, P.J.; Fonseca, R.; Gaspar, F.; Monteiro, L.A.

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)

Introdução: Em maio de 2012, a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) emitiu um comunicado com uma recomendação de grau D contra o rastreio de Cancro da Próstata (CaP) baseado na avaliação do PSA, em homens de todas as idades. O seu painel de especialistas concluiu que o rastreio poderia resultar numa elevada taxa de resultados falsos positivos, sobrediagnóstico e sobretratamento subsequentes.

Em 2020 o rastreio do CaP é ainda controverso: não existe evidência de benefício generalizado que advinha da sua aplicação e o mesmo envolve riscos. Homens com esperança média de vida limitada e/ou comorbilidades têm uma baixa probabilidade de virem a beneficiar de rastreio. Por outro lado, a redução mundial das taxas de rastreio pode conduzir a uma deteção mais tardia de neoplasias, subdiagnóstico e subtratamento de formas mais agressivas de CaP.

Objetivos: Avaliar o impacto da recomendação da USPSTF na taxa de deteção de CaP, na agressividade da doença. Descrever as diferenças na abordagem terapêutica ado-

tada no período que precedeu e sucedeu a publicação da norma.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional. Procedeu-se à análise comparativa dos doentes submetidos a biópsia prostática (BP) entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, num centro terciário, antes e após a divulgação da recomendação da USPSTF.

Incluíram-se os doentes submetidos à sua primeira BP após terem sido referenciados a partir dos cuidados de saúde primários (CSP) por suspeita de CaP. Foram excluídos doentes com outros motivos de referenciação que não suspeita de CaP.

Procedeu-se à avaliação da demografia e comorbilidades da amostra. Foram comparados: PSA à apresentação, características da BP, grau e estadió da doença e tratamento proposto. As coortes foram comparadas através da aplicação de testes estatísticos (t de Student, qui-quadrado, Mann-Whitney U), tendo-se considerado $p < 0.05$ como nível de significância estatística.

Resultados: Analisaram-se 518 doentes submetidos a BP, 245 antes e 273 após maio de 2012 (valor médio de 98 e 61 BP por ano, respetivamente). A idade dos doentes (66 ± 7 vs. 67 ± 8 anos) e o PSA inicial (7.2 vs. 7.5 ng/mL) eram comparáveis.

Um total de 281 (52.4%) dos doentes foram diagnosticados com CaP – um aumento sem significado estatístico de 52.7% para 55.7% após a publicação da recomendação da USPSTF.

Após a recomendação, a proporção de CaP de baixo risco Gleason 3+3 diminuiu (53.5% vs. 45.9%). Contudo, as neoplasias Gleason 4+4 (4.7% vs. 10.5%) e superior (3.2% vs. 11.2%) aumentaram significativamente, $p = 0.045$. Adicionalmente, verificou-se um aumento significativo da percentagem de fragmentos envolvidos por neoplasia ($p = 0.039$). Registou-se um incremento do número de indivíduos com envolvimento metastático ab initio no período pós-recomendação (1.8% vs. 6.7%, $p = 0.009$).

Assinalou-se ainda uma redução da percentagem de doentes propostos para tratamentos com intuito curativo após diagnóstico de doença localizada (37.9% vs. 32.9%, $p = 0.021$) após a recomendação.

Conclusões: Posteriormente à divulgação da recomendação da USPSTF para o rastreio do CaP, em 2012, tem-se constatado um incremento no diagnóstico de neoplasias com características anatomopatológicas que traduzem uma maior agressividade da doença. As taxas de doença metastática ab initio também registaram uma elevação considerável. Estes achados devem sensibilizar-nos quanto a uma provável transição epidemiológica com um aumento das neoplasias de alto risco aquando do diagnóstico.

C 14

CALCULADORAS DE RISCO DE CANCRO DA PRÓSTATA – QUAL A MAIS ADEQUADA NA OPTIMIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA?

Silva, A.B.; Dinis, P.J.; Fonseca, R.; Gaspar, F.; Monteiro, L.A.

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)

Introdução: A utilização de instrumentos que contribuem para determinar a necessidade de se proceder a biópsia prostática (BP) para diagnosticar Cancro da Próstata (CaP) tem vindo a aumentar. Existem várias calculado-

ras disponíveis e validadas que suportam a tomada de decisão na prática clínica, nomeadamente a *Prostate Cancer Prevention Trial* (PCPT) 2.0 e a *Prostate Biopsy Collaborative Group* (PBCG). Estas ferramentas têm como objetivo prever o risco de um indivíduo ter uma neoplasia, permitindo minorar o número de BPs desnecessárias.

Contudo, não existe evidência de superioridade de nenhuma destas calculadoras.

Objetivos: Comparar o desempenho de duas calculadoras de risco, PBCG e PCPT 2.0, através da avaliação da sua acuidade preditiva de risco de cancro.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional. Procedeu-se à análise dos doentes submetidos a BP entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, num centro terciário.

Incluíram-se os doentes submetidos à sua primeira BP após terem sido referenciados a partir dos cuidados de saúde primários (CSP) por suspeita de CaP. Foram excluídos doentes com outros motivos de referenciação que não suspeita de CaP.

Os valores de probabilidade individual de cancro definidos como limiar para deteção da doença foram 10% e 30%. Acima destes valores, os doentes deveriam ser submetidos a BP. Aferiram-se a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos negativo e positivo para cada uma das calculadoras de risco.

Definiu-se CaP clinicamente significativo (CaPcs) como Gleason *score* 3+4 ou superior. Avaliaram-se as características demográficas, comorbilidades, antecedentes familiares, PSA inicial, achados na BP, grau e estadio da doença.

Resultados: Analisaram-se 518 doentes. Destes, 495 (95.6%) e 457 (88.2%) eram elegíveis de acordo com os critérios de aplicação das calculadoras de risco PBCG e PCPT, respetivamente. Os restantes foram excluí-

dos da análise dada a sua idade ou valor de PSA inicial.

Um total de 281 (52.4%) dos doentes foram diagnosticados com CaP, 129 (45.9%) dos quais Gleason *score* 3+3.

Admitindo um limiar de risco de CaP $\geq 10\%$ (e assumindo que não são realizadas biópsias abaixo do mesmo), evitam-se 11/495 (2.2%) biópsias, aplicando a PBCG, comparativamente com 144/457 (31.5%) com a PCPT. Contudo, a PCPT falha o diagnóstico de 29 (6.3%) CaPcs comparativamente com apenas 1 (0.2%) com a PBCG.

Considerando um limiar de risco $\geq 30\%$, 121 (24.4%) biópsias são evitadas com a PBCG enquanto que a utilização da PCPT evita 308 (67.4%). Um total de 22 (4.4%) CaPcs não são diagnosticados com a utilização da PBCG comparativamente com 93 (20.4%), com a PCPT.

A calculadora PBCG apresenta a melhor acuidade diagnóstica com um limiar de risco de cancro $\geq 30\%$, o que é suportado pela sua sensibilidade (83.8%), especificidade (33.6%), valor preditivo negativo (84.6%) e positivo (32.3%). Apenas a sensibilidade da calculadora PBCG com um limiar de risco de cancro $\geq 10\%$ (99.3%) é superior, mas com um prejuízo significativo da especificidade da ferramenta (3.06%).

A área sob a curva característica de operação do recetor (*area under the receiver operating characteristic curve* – AUC) da calculadora PBCG é de 71.4% (95% intervalo de confiança: 66 – 76.8), uma melhoria relativamente à de 66.3% (60.7 - 71.9) obtida com a calculadora PCPT.

Conclusões: A calculadora PBCG é a ferramenta preditiva mais adequada para antever o resultado de uma BP num contexto clínico. Verifica-se que apresenta o melhor desempenho quando se define 30% de risco de neoplasia como limiar a partir do qual se deve proceder a BP. Assim, reduz o número

de BPs desnecessárias permitindo também o diagnóstico da maioria dos CaPcs.

C 15

DETEÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE TUMOR NO ÁPEX PROSTÁTICO. QUAL O IMPACTO NA RECORRÊNCIA BIOQUÍMICA?

Nuno Ramos; Alexandre Macedo; João Paulo Rosa; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Cerca de 18% dos doentes submetidos a prostatectomia radical (PR) para tratamento de carcinoma da próstata (CaP) localizado, podem apresentar recorrência bioquímica (RBQ). A presença de tumor no ápex prostático representa um desafio, não só pela dificuldade na preservação da continência urinária, como também, pela maior frequência de margens cirúrgicas positivas. Contudo, o papel prognóstico da deteção pré-operatória de tumor no ápex prostático continua por determinar.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto da deteção pré-operatória de tumor no ápex prostático na recorrência bioquímica, em doentes submetidos a PR.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com CaP clinicamente localizado, submetidos a PR, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015, no nosso serviço. Foram excluídos os doentes que realizaram biópsia prostática fora da nossa instituição, assim como, aqueles que abandonaram o seguimento oncológico. Nos restantes doentes, procedeu-se à avaliação das características clínicas, dos fatores anatomopatológicos da biópsia prostática e da peça cirúrgica, tendo sido correlacionados com a recorrência bioquímica (RBQ). A sobrevivência livre de RBQ foi calculada através da análise de Kaplan-Meier. O impacto da presença de tumor no ápex prostático foi avaliado pelo modelo de regressão de Cox. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado

estatisticamente significativo.

Resultados: A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/ml. Na biópsia prostática, 71 (66,4%) dos casos apresentavam *score* de Gleason 6 (3 + 3), 33 (30,9%) Gleason 7 e 3 (2,7%) Gleason ≥ 8 , tendo sido detetado tumor no ápex em 68 doentes (63,5%). Em relação às categorias de risco D'Amico, 65 (60,7%) dos tumores eram de risco baixo, 29 (27,1%) risco intermédio e 13 (12,2%) risco alto. Analisando as características anatomopatológicas da peça operatória, observou-se invasão tumoral das vesículas seminais em 7 (6,5%) casos e margens cirúrgicas positivas em 29 (27,1%), sendo estas multifocais em 13 (12,2%). Durante o *follow-up* dos doentes, registou-se RBQ em 26 (24,3%) dos casos. As características clínicas e anatomopatológicas foram estratificadas em função da presença de tumor no ápex prostático, existindo significância estatística na amostra, em relação ao *score* de Gleason ($p = 0.036$), estadiamento patológico ($p = 0.013$), margens cirúrgicas positivas ($p = 0.002$) e RBQ ($p = 0.015$). As curvas de Kaplan-Meier, com avaliação da sobrevivência livre de RBQ revelaram diferença em função da presença de tumor no ápex prostático na biópsia ($p = 0.015$). Quer na análise univariada quer na análise multivariada, com ajuste para o PSA inicial, estadiamento patológico e *score* de Gleason, a presença de tumor no ápex prostático foi preditor de RBQ (HR: 3.39, 95% CI: 1,11-10,35, $p = 0.032$).

Conclusões: Este estudo revela que a deteção pré-operatória de tumor no ápex prostático está relacionada com fatores anatomopatológicos adversos, sendo um potencial preditor independente de RBQ em doentes submetidos a PR. Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

C 16

ADVANCED LAPAROSCOPIC SURGICAL TRAINING USING THE GOYRI-O'NEILL PERFUSION TECHNIQUE OF CADAVERIC EMBALMING

Tiago Ribeiro de Oliveira¹; Nuno Domingues¹; Artur Palmas¹; João Felício¹; Chandra Shekhar Biyani²; Diogo Pais³; João Goyri-O'Neill³

¹Armed Forces Hospital, Department of Urology, Lisbon, Portugal; ²Leeds Teaching Hospitals, Department of Urology, Leeds, United Kingdom; ³Nova Medical School, Department of Anatomy, Lisboa, Portugal

Introduction: *Laparoscopy has become the standard surgical approach for many urological conditions. However, due to the steep learning curve, achieving proficiency in laparoscopic surgery requires considerable training. Several artificial models have been developed for basic and intermediate laparoscopic training. Nevertheless, there is no consensus on the best model to train advanced laparoscopic skills.*

Objectives: *This study aims to evaluate the usefulness of the Goyri-O'Neill perfusion technique of cadaveric embalming (GOPT) to train advanced laparoscopic surgery in Urology.*

Materials and Methods: *Cadaveric specimens were provided by the voluntary Body Donation to Science program, in accordance with the previously designed protocol approved by the National Committee for the Sciences of Life and in line with the principles of the Declaration of Helsinki. Participants were recruited through three editions of a 3-day advanced laparoscopic skills course, and were divided into non-experts (performed ≤ 50 laparoscopic procedures) and experts (performed > 50 laparoscopic procedures). The GOPT cadaveric model was tested for its applicability using several laparoscopic urological procedures of the upper and lower*

urinary tract (pyeloplasty, adrenalectomy, partial and radical nephrectomy, retroperitoneal and pelvic lymph node dissection, radical prostatectomy and radical cystectomy). Participants rated their experience (overall and in specific domains), with an emphasis on realism (face validity), and the appropriateness of the model to train advanced laparoscopic skills (content validity). Reliability was calculated by comparing each domain between the three editions of the course.

Results: Fifty-two participants (26 non-experts and 26 experts) were included, with 94% considering the model realistic or extremely realistic and 96% considering it appropriate or very appropriate to train upper and lower urinary tract laparoscopic surgery. Amongst non-experts, 88% considered their experience with the model relevant or extremely relevant in improving their laparoscopic skills and 85% felt improvement in the degree of confidence in performing laparoscopic surgery. Similar results were obtained in all editions of the course.

Discussion/Conclusions: This study suggests reliability, face and content validity of the GOPT of cadaveric embalming as a training model for advanced laparoscopic surgical training in Urology. Moreover, our results suggest that the GOPT may provide more realistic surgical training than the other models available to date.

C 17

DAILY LOW-DOSE OF TADALAFIL IN BLADDER PAIN SYNDROME/INTERSTITIAL CYSTITIS REFRACTORY PATIENTS: A PILOT STUDY

Pedro Abreu-Mendes^{1,2,3}; José Simões²; Pedro Pereira¹; Nuno Dias¹; Francisco Cruz^{1,2,3}; Paulo Dinis^{1,2,3}; Rui Pinto^{1,2,3}

¹Urology Department, Urology, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal; ²Faculty of Medicine of University of Porto, Portugal; ³c I3s Institute, Porto, Portugal

Introduction and objective: Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis (BPS/IC) is a chronic inflammatory disease with complaints of suprapubic pain, associated with other LUTS as increased frequency, urinary urgency, nocturia. Increasing evidence suggests that bladder afferent hyperexcitability, through neurogenic bladder inflammation and urothelial dysfunction, plays a key role in the pathophysiology of BPS/IC. The rationale of using phosphodiesterase type 5 inhibitors (PDE5I) would be to inhibit the cGMP and, therefore, decrease bladder afferent hyperactivity causing relaxation of the detrusor, improvement of microcirculation, and decreasing adrenergic nociceptive overactivity. We aimed to assess efficacy, tolerability, and safety of a daily low dose of tadalafil in refractory BPS/IC patients.

Methods: A total of 14 refractory BPS/IC female patients, previously evaluated with the physical examination, bladder diary, bladder-pain related visual analog score (VAS), O'Leary-Sant Scores (OSS) for symptoms and problems, and quality of life (QoL), were treated with a daily low-dose of tadalafil (5 mg, oral) for 3 months. Patients were evaluated after 4 and 12 weeks for the same parameters. Adverse events and urinary tract infections were also assessed. Results are shown mean values \pm standard deviation. T-test was used for comparisons.

Results: BPS/IC Patients age was 45 ± 13 years, pain intensity in the VAS (0 - 10) was 6.3 ± 1.1 , OSS was 24.5 ± 3.5 , day and night frequency were 11.5 ± 3.7 and 3.1 ± 1.7 , respectively; maximal bladder capacity was 208.3 ± 59.7 ml and the QoL score (0 - 6) was 5 ± 1 . Pain intensity and urinary frequency were significantly improved at a 1-month follow-up (4.7 ± 1.4 and 10.2 ± 2.5 , respectively, $p < 0.05$). Although OSS and QoL were lower at 1 and 3 months, at follow-up there was no statistical significance. When asked to the patients, urinary frequency was the most important reported parameter improved at 1-month follow-up and pain at 3 months. Eight patients had Hunner's lesions but there were no differences between ulcer and non-ulcerated patients. There were no urinary tract infections and 1 patient dropped out (persistent headache).

Conclusions: Daily low-dose tadalafil is an easy, well-tolerated, and effective treatment for refractory BPS/IC in women. Similar findings have been reported with sildenafil.

C 18

EVOLUÇÃO TEMPORAL DA INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DE CANCRO DA BEXIGA EM PORTUGAL

Ramos P; Alves J; Silva A; Botelho F; Pereira P; Pacheco-Figueiredo L
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto, Portugal; Instituto de Ciências da Vida e da Saúde; Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal; Unidade de Saúde Pública de Braga, ACES Cávado I, Braga, Portugal

Introdução: A neoplasia da bexiga (NB) constituiu o sexto tumor mais frequente entre os casos incidentes de cancro registados em Portugal em 2010. A nível internacional verifica-se uma heterogeneidade na evolução da sua incidência e mortalidade, como consequência da variabilidade no controlo de fatores de risco, acessibilidade aos serviços de

saúde e qualidade dos tratamentos prestados.

Objetivos: Com o presente estudo pretendeu-se descrever o padrão epidemiológico nacional e regional da evolução temporal da NB em Portugal nas últimas décadas.

Material e métodos: Foram analisados os dados referentes a casos de NB, definidos com o código C67 da classificação do ICD-10. Para estimar o número de casos novos e as taxas de incidência no período 1997-2011 utilizaram-se dados dos Registos Oncológicos Regionais. As estimativas de mortes e taxas de mortalidade no período 1991-2018 foram obtidas de acordo com informação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Instituto Nacional de Estatística (INE). A sobrevivência relativa nos períodos 2000-01, 2005-06, 2007-08 e 2009-10 foi calculada apenas com dados disponíveis no Registo Oncológico da Região Norte (RORENO). Para identificação de tendências estatisticamente significativas nas análises de incidência e mortalidade padronizadas para idade e sobrevivência relativa, recorreu-se ao *software Joinpoint v.4.8.0.1*.

Resultados: A taxa de incidência bruta (CIR) de cancro da bexiga em Portugal nos homens aumentou de 18,0 casos/100 000 em 1997 para 38,6 casos/100 000 em 2011. A taxa de incidência padronizada para a idade (ASIR) revelou um aumento estatisticamente significativo nos homens no período 1997-2005 [percentagem de crescimento anual (APC): 3,5%; Intervalo de Confiança 95% (IC95%): 1,4% - 5,8%]. No período 2005-2011 não se verificaram mudanças estatisticamente significativas. Nas mulheres, a CIR aumentou de 4,7 casos/100 000 em 1997 para 10,1 casos/100 000 em 2011. Observou-se um crescimento estatisticamente significativo da ASIR nas mulheres no período 1997-2011 (APC: 1,4%; IC95%: 0,4% - 2,4%). A taxa de mortalidade padronizada para a idade (ASMR) revelou ape-

nas um aumento estatisticamente significativo nos homens no período 2005-2018 (APC: 1,7%; IC95%: 1,0% - 2,4%). A sobrevivência relativa aos 5 anos (5y - RS) nos homens desceu de 72,0% no período 2000-01 para 70,2% no período 2009-10. Nas mulheres verificou igualmente uma redução da 5y - RS de 73,0% para 69,9%.

Conclusão: Os dados observados em Portugal revelam tendências mais desfavoráveis em comparação com países com idênticos índices de desenvolvimento, levantando preocupações quanto ao controlo dos fatores de risco de NB na população portuguesa assim como à acessibilidade adequada a cuidados de saúde que permitam um diagnóstico atempado e tratamento subsequente adequado.

C 19

PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY VERSUS URETERAL STENT IN HYDRONEPHROSIS SECONDARY TO OBSTRUCTIVE UROLITHIASIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Andreia Cardoso; Aparício Coutinho; Gonçalo Neto; Estevão Lima; Paulo Mota
Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introduction: Upper urinary tract stone obstruction often causes hydronephrosis and is associated with complications including infection or renal impairment. These urologic emergencies are routinely drained by either a retrograde ureteral stent (RUS) or a percutaneous nephrostomy tube (PCN), with no available literature stating the superiority of one modality over the other.

Objectives: The aim of this systematic review is to assess if there is a preferable intervention between the two options available for urgent decompression in cases of hydronephrosis secondary to urinary calculi, by evaluating four outcomes.

Methods: We searched MEDLINE database and other sources for relevant articles in

June 2019, without any date restrictions or filters applied. Search Terms: (double J stent OR JJ stent OR ureteral stent OR ureteric stent) AND percutaneous nephrostomy AND (obstruction OR calculi OR urosepsis) NOT nephrolithotomy. The selection was done first by title and abstract screening and then by full-text assessment for eligibility. Only randomized controlled trials or cohort studies in patients with hydronephrosis secondary to obstructive urolithiasis that presented comparative data between PCN and RUS placement concerning at least one of the defined outcome measures were included. Primary outcomes: patient-perceived quality of life (QoL) and post-operative urinary symptoms. Secondary outcomes: spontaneous stone passage and length of hospital stay.

Results: Of 556 initial articles, 7 were included, performing a total of 655 cases (355 PCN and 300 RUS). Most works were considered of moderate-to-high quality using checklists from CASP. Three studies regarding QoL showed a tendency against RUS, even though only one demonstrated statistically significant negative impact in overall health state. Two works reported significantly more post-intervention urinary symptoms in stenting patients. One article found that PCN is a significant predictor of spontaneous stone passage, when adjusted for stone size and location, and compared to RUS (OR = 6.667; 95% CI 1.034-42.970; $p = 0.046$). Studies regarding length of hospital stay reported inconsistent findings, but it seems to be a tendency towards longer stays after PCN.

Conclusions: PCN appears to be the procedure better tolerated, with less impact on patient's perceived QoL and significantly less post-intervention urinary symptoms, in comparison with RUS. PCN also presents a higher chance of spontaneous stone passage, which we consider of great relevance in the daily

practice, once it may prevent the need for subsequent procedures, reducing costs and morbidity. On the other hand, it appears to be a tendency towards longer hospital stays after PCN, even though the results are not absolutely clear, and might be influenced by other factors, such as disease severity and patient selection bias. This way, we conclude that the analysis of the different outcomes for selecting the best urinary diversion method is influenced by several factors, hence the difficulty of obtaining global recommendations to guide clinical practice. We suggest the need for further studies with larger samples and a randomized controlled design, reporting these outcomes and the psychological effect of the externalized PCN tube, so we can draw better conclusions in such a frequent and relevant matter as the daily management of obstructive urolithiasis.

C 20

HISTÓRIA NATURAL DA LITÍASE RENAL RESIDUAL APÓS URETERORRENOSCOPIA FLEXÍVEL

Sofia Mesquita; André Marques-Pinto;
Vitor Cavadas; Avelino Fraga
Serviço de Urologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A abordagem da litíase renal residual após tratamento endoscópico de cálculos renais é controversa. Fragmentos com menos de 4 mm de maior diâmetro apresentam elevada probabilidade de eliminação espontânea. Porém, devido a formas geométricas irregulares, o diâmetro é uma má estimativa da carga litíásica. Acresce que os fragmentos residuais apresentam potencial promotor do crescimento litíásico, podendo suscitar tratamento.

Objetivos: Descrever a história natural da litíase residual, avaliando o crescimento dos fragmentos, a presença de novos episódios de cólica renal e a necessidade de reinter-

venção após ureterorenoscopia flexível (URSf) com laser Holmium.

Material e métodos: Analisaram-se os processos clínicos e exames imagiológicos de 100 doentes submetidos a URSf com laser Holmium para o tratamento de litíase renal com tomografia computadorizada (TC) pré e pós-operatória, entre outubro de 2014 e setembro de 2019, num centro de referência terciário. Foram incluídos os doentes com litíase renal residual, definida como a presença de um volume litíásico superior a 0,5 mm³ através de um modelo de reconstrução tridimensional do cálculo em TC utilizando o software de processamento de imagem OsiriX Lite v.10. As variáveis da análise abrangem o crescimento dos fragmentos ao longo do tempo e a incidência de *stone events* (episódios de cólica renal ou intervenção adicional para tratar sintomas, obstrução ou remoção de fragmentos residuais).

Resultados: De um total de 100 doentes submetidos a URSf para o tratamento de litíase renal, foram incluídos no estudo 55 doentes. Em 41 dos doentes iniciais, não foi detetada litíase residual. Dos restantes 59,4 foram excluídos por perda de vigilância. De ressalvar, em 8 doentes, a carga litíásica residual ocorreu por impossibilidade de alcance cirúrgico, nomeadamente por fatores anatómicos.

A mediana do volume total litíásico residual foi de 72 mm³ (29 - 195). A maioria dos doentes apresentava fragmentos no grupo calicial inferior. A mediana de tempo de vigilância foi de 37,7 meses (17,6 - 50,1).

Verificou-se aumento das dimensões ao longo do período de vigilância em 12 doentes (21,8%). Nos 55 doentes com fragmentos residuais, 44 (80%) permaneceram assintomáticos. 11 (20%) doentes apresentaram episódios de cólica renal, tratados eficazmente com analgesia e terapêutica médica expulsiva. Registou-se um episódio de pielo-

nefrite obstrutiva com cateterização ureteral retrógrada. 6 doentes (10,9%) necessitaram de reintervenção - 4 foram submetidos a litotricia extracorporal, 1 a nova URSf para remoção de fragmentos e 1 a cirurgia intrarrenal endoscópica combinada por cálculos de novo noutras localizações. A sobrevida livre de eventos relacionados com litíase residual sintomática, nesta amostra, foi de 70% aos 5 anos de vigiância.

O volume residual mediano dos doentes com eventos foi tendencialmente maior do que os restantes (128 vs 50, $p = 0.056$), embora não tenha atingido significância estatística. Não se observou associação estatisticamente significativa entre a necessidade de reintervenção e a localização ou composição bioquímica dos fragmentos. Nos modelos de regressão logística, o volume pré-operatório, a composição bioquímica e a localização dos fragmentos não foram preditores de recorrência de cólica renal ou necessidade de reintervenção.

Discussão e conclusão: A URSf representa um procedimento pouco invasivo associado a uma taxa de *stone free* satisfatória, estando esta dependente do *cut-off* utilizado, não padronizado. Apesar do volume residual mediano dos doentes com eventos ser tendencialmente maior, não apresenta significância estatística. Nesta amostra, após 5 anos de seguimento, 20% dos doentes com litíase residual apresentaram episódios sintomáticos e 10,9% necessitaram de reintervenção. A maioria permanece assintomática, com carga litíásica estável a médio prazo.

C 21

PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL APÓS NEFRECTOMIA PARCIAL

Maria Alexandra Rocha; Mariana Madanelo; Sofia Mesquita; Bernardo Teixeira; Jorge Correia; Gonçalo Mendes; André Marques-Pinto; Paulo Príncipe; Miguel Silva Ramos; Avelino Fraga
Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: A nefrectomia parcial está bem estabelecida para o tratamento cirúrgico de neoplasias renais T1. Aliás, quando tecnicamente executável, a nefrectomia parcial é o método de eleição para abordar a maioria das massas renais, de forma a preservação máxima função renal. As principais complicações descritas para esta técnica cirúrgica são as fístulas urinária, hemorragia pós-operatória e insuficiência renal aguda, adicionalmente, também podem estar associadas complicações vasculares iatrogénicas, das quais destacamos os pseudoaneurismas. Os pseudoaneurismas da artéria renal após nefrectomia parcial são raros, com apresentações que vão desde a hematúria até ao choque hipovolémico. Este evento pode ser tratado com embolização arterial ou tratamento conservador.

Objetivos: Avaliar a taxa de pseudoaneurismas após nefrectomia parcial entre janeiro de 2015 e julho de 2020, no Centro Hospitalar e Universitário do Porto, e avaliar possíveis fatores preditivos para a ocorrência desta complicação.

Material e métodos: Foram recolhidos dados de todas as nefrectomias parciais (abertas e laparoscópicas) realizadas no CHUP entre janeiro de 2015 e julho de 2020, incluindo dados demográficos (sexo, idade), dados clínicos do tumor (tamanho, lateralidade e RENAL score), variáveis cirúrgicas (abordagem cirúrgica, tempo operatório, tempo de isquemia e complicações intra-operatórias) e, em caso de pseudoaneurismas, data de início de

sintomas, método de diagnósticos e abordagem terapêutica.

Resultados: Foram recolhidos dados de 183, submetidos a nefrectomia parcial no período definido. Deste grupo, 31 foram excluídos por não haver registos dos exames de imagem pré-operatórios no sistema, ficando então uma amostra de 152 doentes. Destes, 10 desenvolveram pseudoaneurisma da artéria renal (6,6%).

Os doentes que desenvolveram pseudoaneurisma, iniciaram sintomatologia em média $19,5 \pm 11,3$ dias após a nefrectomia parcial, sendo o sintoma mais frequentemente reportado hematúria macroscópica (70%). Todos foram avaliados inicialmente com TAC abdomino-pélvica. Em relação à terapêutica, 8 foram submetidos a embolização da artéria renal (realizada pela Angiologia e Cirurgia Vascular) e 2 foram tratados conservadoramente.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que desenvolveu e o que não desenvolveu para as variáveis: idade (58,6 vs 62,3 anos respetivamente), tamanho do tumor (40,8 vs 35,3 mm respetivamente), RENAL score (7,4 vs 6,5 respetivamente), tempo de isquemia quente (20,5 vs 17,1 minutos respetivamente), tempo operatório (127,7 vs 127,2 minutos respetivamente) e abordagem laparoscópica (80% vs 59,2% respetivamente).

Discussão/Conclusões: O pseudoaneurisma da artéria renal é uma complicação rara mas amplamente reconhecida das nefrectomias parciais, tanto por via aberta como por via laparoscópica. No nosso estudo retrospectivo, não foram encontrados fatores relacionados com a ocorrência desta complicação pós-operatória.

C 22

O IMPACTO DA IDADE, NÍVEL DE ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO PROFISSIONAL NO PREENCHIMENTO DO DIÁRIO MICCIONAL DA INTERNACIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE (ICIQ): RESULTADOS DE UM ESTUDO COMUNITÁRIO UTILIZANDO UMA HISTÓRIA CLÍNICA PREDEFINIDA

Paulo Pe-Leve¹; Filipe Lopes¹; João Felício¹; André Esteves²; Ricardo Pereira e Silva¹; Alan Uren³; José Palma dos Reis¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte;

²Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta;

³Department of Urology, Bristol Urological Institute

Objetivo: Avaliar eventuais dificuldades no preenchimento do diário miccional da ICIQ, determinando quais os itens de preenchimento mais problemáticos e quais as características dos doentes (idade, nível de escolaridade e ocupação profissional) preditoras dessas dificuldades.

Material e métodos: Foi elaborada uma história clínica de 24 horas de um doente fictício com sintomas do aparelho urinário baixo (LUTS). Foi pedido a 113 voluntários saudáveis (49 mulheres, 46 homens; média de idade 45.6 ± 17.3 anos) que preenchessem um diário miccional de 1 dia com base nos dados contidos na história clínica fictícia. Foi realizada uma análise dos erros de preenchimento obtidos, e as características demográficas dos participantes foram testadas como fatores preditores.

Resultados: A escala de sensação da bexiga foi o item do diário miccional onde os voluntários apresentaram maior dificuldade no preenchimento, com apenas 38% dos participantes a realizar o preenchimento sem qualquer erro neste item. Não foi encontrada associação entre o número total de erros de preenchimento com a idade ou nível de escolaridade dos participantes, no entanto, verificou-se que participantes com profissões

menos diferenciadas apresentaram maiores dificuldades no preenchimento, com maior número de erros totais obtidos (média: 7.00 vs 3.94 erros, $p = 0.002$).

Conclusão: O diário miccional da ICIQ é uma ferramenta de grande utilidade na avaliação de LUTS, no entanto, o preenchimento da escala de sensação da bexiga demonstrou ser um item de difícil preenchimento, particularmente para profissionais de trabalhos predominantemente manuais e menos exigentes do ponto de vista intelectual.

C 23

LESÕES UROLÓGICAS POR ARMA DE FOGO

Diogo Pereira; Pedro Mendes; Gabriel Costa; Raquel Catarino; Tiago Correia; André Cardoso; Manuel Cerqueira; Frederico Carmo Reis; Rui Pinto; Rui Prisco

ULS Matosinhos CHU São João

Introdução: As lesões de órgãos genitourinários por armas de fogo são raras. No que diz respeito ao envolvimento do tracto urinário, os órgãos mais frequentemente afetados são rins e bexiga, seguidos pela uretra e ureter. Tal como as lesões que envolvem o tracto urinário, as lesões que envolvem os genitais externos estão geralmente associadas a danos de outros órgãos.

Objetivo: Descrever dois casos clínicos de doentes com lesões genitourinárias causadas por armas de fogo.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos e sua descrição.

Resultados: Um doente do sexo masculino com 32 anos deu entrada no Serviço de Urgência após ter sido baleado. Ao exame físico, foi identificado o orifício de entrada do projétil na nádega esquerda, sem identificação do orifício de saída, com tumefação dura na região dorsal do pénis compatível com projétil. Os exames auxiliares de diagnóstico confirmaram a presença da bala no dorso do pénis, sem qualquer outra lesão nos órgãos

adjacentes. Foi feita a remoção cirúrgica do projétil alojado no corpo cavernoso do pénis sem qualquer intercorrência. O segundo caso é de um homem de 29 anos que deu entrada no serviço de Urgência em anúria. Tratava-se de um doente submetido a uma laparotomia exploradora com enterorrafia um mês antes após lesão por arma de fogo. Com auxílio dos exames auxiliares de diagnóstico, constatou-se a presença de uma volumosa ascite urinária e lesão do ureter proximal esquerdo. A abordagem foi conservadora com paracentese evacuadora, colocação de *stent* urinário e algália. O UroTC de controlo demonstrou a ausência de extravasamento de contraste pelo ureter.

Discussão: A abordagem de feridas por armas de fogo em órgãos genitourinários podem ser complexas, sendo importante excluir lesões das estruturas envolventes.

C 24

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS EM ERA DE COVID-19 – ONDE A TELEMEDICINA NÃO CHEGA

Silva, A.B.; Dinis, P.J.; Fonseca, R.; Gaspar, F.; Monteiro, L.A.

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A rápida disseminação da doença por Coronavírus (COVID-19), causada pelo novo Coronavírus causador de síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), surtiu um efeito sem precedentes na prestação de cuidados de saúde.

O estado de emergência em Portugal foi decretado em março de 2020, tendo em vista a contenção da pandemia e a mitigação dos seus efeitos. A medida teve repercussões na atividade assistencial: houve necessidade de implementar processos de triagem de doentes e ocorreu uma transição para a prática de telemedicina.

Como consequência dos planos de contin-

gência instituídos nos diversos centros hospitalares, muitos dos doentes com patologia do foro urológico já propostos para intervenção cirúrgica viram as suas cirurgias proteladas.

Objetivos: Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na atividade cirúrgica, em regime eletivo e em regime urgente, num centro terciário.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional. Procedeu-se à análise comparativa dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica em períodos análogos de 2019 e 2020 – entre os meses de março e agosto. Os dados foram obtidos a partir da consulta do processo eletrónico de cada um dos doentes intervencionados.

Os procedimentos cirúrgicos foram distinguidos, mediante a sua natureza, em oncológicos ou não-oncológicos.

Assinalaram-se as cirurgias levadas a cabo em contexto de urgência. Para as cirurgias realizadas eletivamente, obteve-se a data de elaboração da proposta cirúrgica pelo médico assistente.

Registou-se a duração do internamento associado à intervenção cirúrgica.

As coortes foram comparadas através da aplicação de testes estatísticos (qui-quadrado, t de Student, Mann-Whitney U), tendo-se considerado $p < 0.05$ como nível de significância estatística.

Resultados: Analisaram-se 513 doentes submetidos a cirurgia, 326 no período compreendido entre março e agosto de 2019 e 187 no período análogo de 2020. Os valores representam uma redução na média de doentes intervencionados mensalmente de 54, em 2019, para 31, em 2020.

A idade dos doentes (63 ± 15 vs. 62 ± 16 anos) era comparável ($p = 0.091$).

Em 2019, 32.8% dos doentes eram do sexo feminino e 67.2% do sexo masculino, valores comparáveis aos de 2020 (31.6% e 68.4%,

respetivamente).

Em ambos os períodos, predominaram as intervenções cirúrgicas endoscópicas (tratamento de litíase e resseções transuretrais da próstata e da bexiga), não se assinalando uma diferença estatisticamente significativa entre o tipo de cirurgias realizadas ($p = 0.230$).

Constatou-se um aumento estatisticamente significativo do número de intervenções realizadas em contexto urgente (17.8% vs. 25.7%) em 2020, por oposição às cirurgias eletivas (82.2% vs. 74.3%), $p = 0.034$. O número de cirurgias oncológicas e não-oncológicas nos dois intervalos de tempo foi idêntico ($p = 0.640$).

Parece existir uma tendência para um aumento do tempo de espera médio por intervenção (nas cirurgias eletivas), com uma mediana de 48 e 69 dias em 2019 e em 2020, respetivamente ($p = 0.092$). A duração de internamento manteve-se semelhante em ambos os períodos (4 dias, $p = 0.260$).

Conclusões: Não obstante a precocidade da avaliação elaborada em relação ao início da pandemia, a COVID-19 parece ter determinado um incremento relativo do número de cirurgias realizadas em contexto de urgência. Este dado pode traduzir, por um lado, um decréscimo da capacidade eletiva de intervenção e, concomitantemente, um aumento do recurso aos cuidados de saúde em contexto de agudização de doença.

É de salientar que, apesar de o número de doentes intervencionados ser inferior, não se observa, por enquanto, um aumento significativo no tempo de espera por cirurgia.

C 25

LINFOMA MALT DA BEXIGA: LOCALIZAÇÃO RARA PARA UMA NEOPLASIA FREQUENTE

Filipe Lopes; Carolina Ponte; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Introdução: A incidência do linfoma de tecido linfoide associado à mucosa (MALT) primário da bexiga é extremamente baixa, tendo sido descritos, até ao momento, apenas 64 casos. Pela sua raridade, o tratamento adjuvante após ressecção do tumor e o seguimento não estão padronizados, sendo o prognóstico desconhecido.

Objetivo: Descrever a marcha terapêutica e seguimento de uma doente com linfoma MALT, bem como efetuar uma breve revisão da literatura existente sobre o tema.

Material e métodos: Descrevemos o caso clínico de uma doente com linfoma MALT diagnosticado no contexto de sintomas do aparelho urinário inferior, a terapêutica adjuvante utilizada e o seguimento até ao momento atual.

Resultados: Doente de 62 anos enviada à consulta de Urologia por um quadro de dor supra-púbica, noctúria acentuada (4-5 micções/noite), episódios recorrentes de cistite não-complicada e hematúria macroscópica intermitente.

Na investigação diagnóstica inicial, a ecografia vesical revelou uma bexiga polidiverticular e um espessamento inespecífico da parede posterior da bexiga. A cistoscopia mostrou 3 lesões vegetantes na parede posterior, a maior com 19 mm. A citologia urinária foi negativa. A doente foi proposta para Ressecção transuretral vesical (RTU-V), durante a qual as 3 lesões suspeitas foram ressecadas, e realizou instilação com Mitomicina C intravesical no pós-operatório imediato, sem intercorrências. O diagnóstico definitivo foi estabelecido pela análise anátomo-patológica,

que revelou um linfoma MALT, com infiltrados de linfócitos B sob ulcerações de epitélio pavimentoso estratificado. Após discussão em reunião multidisciplinar de tumores genitourinários, a doente completou 4 ciclos de quimioterapia adjuvante com R-CVP (Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisona) e a PET/CT de controlo, 4 meses após o último ciclo, não revelou qualquer evidência de recorrência vesical ou extra-vesical. A doente encontra-se em *follow-up*, 28 meses após a cirurgia, com cistoscopia e citologia urinária a cada 6 meses, sem evidência de recorrência até à data.

Discussão: O linfoma MALT apresenta-se como uma versão comum de Linfoma não-Hodgkin, com origem mais frequentemente gástrica e pulmonar. Na bexiga, a sua ocorrência é muito rara, sendo que a incidência aumenta com a idade e é 5 vezes superior no sexo feminino. A maioria dos casos de linfoma MALT da bexiga apresentam um início insidioso com sintomas inespecíficos ou sugestivos de neoplasia urotelial. Hematúria macroscópica intermitente é a manifestação mais frequente, mas disúria, noctúria e urgência miccional são comuns. As opções terapêuticas incluem cirurgia, quimio e/ou radioterapia, sendo o tratamento cirúrgico considerado a melhor opção para a doença localizada. O uso de quimio e radioterapia, embora frequentemente descrito, carece ainda de estudos de eficácia e segurança, muito devido à baixa incidência desta neoplasia. Assim, não existem guidelines para o tratamento, e nos casos descritos até à data foram usados diferentes programas de quimio e radioterapia com base na experiência com tumores similares noutras localizações. De igual modo, a melhor estratégia de *follow-up* é desconhecida, incluindo a periodicidade com que devem ser realizadas a cistoscopia e a citologia urinária, sendo a utilidade

desta última igualmente discutível. O uso de métodos imagiológicos no seguimento não é recomendado, uma vez que não há relatos de recidiva à distância após RTU-V.

Conclusão: Reportamos um caso de linfoma MALT primário da bexiga, uma entidade rara cujo diagnóstico é estabelecido apenas após a cirurgia, através da análise histológica. O valor da utilização de terapêutica adjuvante (quimioterapia sistémica e/ou radioterapia) não está completamente estabelecido apesar de ser frequentemente utilizada e não existem protocolos de seguimento padronizados após tratamento inicial. Mais estudos são necessários para estabelecer o correto diagnóstico, estadiamento, tratamento e follow-up desta neoplasia rara.

C 26

O PAPEL DA LESÃO ÍNDEX NO CARCINOMA DA PRÓSTATA: SERÁ QUE O TAMANHO IMPORTA?

Mariana Madanelo; Carlos Ferreira; Avelino Fraga
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Por convenção, a lesão índice (LI) é definida como o nódulo com maior grau ou de maior tamanho. Há evidência limitada de que a progressão da doença para um carcinoma disseminado esteja relacionada com a LI. Duas características de interesse são o tamanho e o grau da lesão, que são importantes fatores de prognóstico em homens com cancro da próstata.

A forma como as características da LI interferem com outras variantes já estudadas como predictoras de prognóstico no cancro da próstata e com a probabilidade de disseminação da doença pode dar-nos indícios sobre a influência direta que esta pode ter na evolução da doença.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo foi relacionar as características da LI, nomeadamente, o tamanho e a localização, com ou-

tros preditores de prognóstico de cancro da próstata, como o valor de *Prostate Specific Antigen* (PSA) e o grau da *International Society of Urological Pathology* (ISUP) máximo dos fragmentos de biópsia prostática.

Métodos: Foi feito um estudo observacional, retrospectivo de 101 doentes do sexo masculino com o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata no Serviço de Urologia no Centro Hospitalar Universitário do Porto (de agosto de 2019 a agosto de 2020). Foram consultados os processos clínicos destes doentes. Para além da idade, as variáveis analisadas foram o PSA à apresentação, o volume prostático e o tamanho da LI em ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) pélvica, os resultados da análise histológica das biópsias prostáticas transretais e o estadiamento TNM de cada doença.

Para análise estatística, foi utilizado o IBM SPSS Statistics 23, considerando-se significativo $p < 0,01$.

Resultados: A idade dos doentes variou entre 51 e 87 anos, com uma mediana de 72 anos. O PSA médio à apresentação foi de 14.7 ng/mL. A mediana de ISUP máximo dos fragmentos da biópsia prostática foi de 3, variando de 1 a 5.

A média do volume prostático foi de 49.2 cm³ (variação de 12 a 170 cm³) e a dimensão máxima da LI variou de 4 a 60 mm, com uma média de 19.37 mm, não existindo relação significativa entre ambas ($p > 0.01$). Relativamente ao local da LI, 87,1% das lesões ($n = 88$) localizavam-se na zona periférica, enquanto que 10,9% ($n = 11$) estavam localizadas na zona de transição. Duas lesões tinham extensão às duas zonas.

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão máxima da LI em RMmp e o PSA inicial ($p < 0.01$) mas não com o grau de ISUP ($p = 0.01$).

O volume prostático também contribuiu sig-

nificativamente para o PSA, mas de forma menos expressiva que a dimensão máxima da LI ($R = 0.20$ vs. $R = 0.32$). Os doentes metastizados apresentam valores de PSA inicial e dimensões máximas da LI significativamente superiores ($p < 0.01$).

As lesões que ocupam a zona periférica apresentam valores de PSA inicial significativamente inferiores ($p < 0.01$), contudo, também apresentam dimensões inferiores ($p < 0.01$).

Discussão e conclusão: Estes resultados mostraram existir uma correlação entre o valor de PSA e o tamanho da LI. Relativamente à probabilidade de metastização, também o tamanho da LI nos pode dar indícios da mesma, independentemente das outras variáveis prognósticas. Apesar disso, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o tamanho da LI e o grau de ISUP.

Com o uso rotineiro da RMmp, cada vez mais se valorizam as características da LI. O facto do tamanho da LI estar relacionado com a probabilidade de disseminação da doença e não com o grau de ISUP, poderá abrir caminho a que se possa, eventualmente, vigiar doenças clinicamente insignificantes pelo acompanhamento da evolução da LI, evitando a iatrogenia do sobretratamento de algumas doenças ou de biópsias seriadas na vigilância ativa das mesmas.

No entanto, para usar as características da LI e a sua evolução como método de vigilância ativa, são necessários mais estudos que ajudem a definir critérios radiológicos de doença insignificante e de progressão da mesma.

C 27

RECONSTRUCTION OF THE DENONVILLIER'S FASCIA AND POSTERIOR LIGAMENT OF THE EXTERNAL URETHRAL SPHINCTER: ASSESSMENT OF ITS EFFECT ON URINARY CONTINENCE AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Sousa P.; Ferreira M.; Anacleto S.; Morais N.; Dias E.; Mota P.; Lima E.

Hospital de Braga, Department of Urology, Braga, Portugal

Introduction: *Urinary incontinence and erectile dysfunction are two major concerns of laparoscopic radical prostatectomy (LRP) with great impact on patient's quality of life. In order to provide early continence after LRP, surgical techniques for posterior reconstruction of the rhabdosphincter were developed: namely "Rocco stitch" and "Bollens stitch". Some studies have shown that rhabdosphincter reconstruction provides an earlier return to continence after LRP but the results are controversial.*

Objectives: *This study aims primarily to assess the impact of posterior reconstruction of the rhabdosphincter on urinary continence 90 days after LRP and to compare the "Rocco stitch" and "Bollens stitch", techniques of posterior reconstruction of the rhabdosphincter, in terms of their impact on urinary continence.*

Methods: *LRP was performed in a group of patients using standard urethrovesical anastomosis with No Rhabdosphincter Reconstruction (group NRR) and in another group with Posterior Reconstruction of the Rhabdosphincter (group PRR). The latter was further divided into Rocco stitch (RS) and Bollens stitch (BS). To assess urinary continence and erectile function at 90 days after LRP, 3 questionnaires were applied: IIEF-5, ICIQ-SF and IPSS. Data on patient's age, prostate size, preoperative PSA, Gleason score, post-*

perative complications and number of pads/day were collected.

Results: A total of 63 patients underwent LRP ($n = 28$ NRR versus $n = 35$ PRR). Patients of PRR group had better full continence rate than patients of NRR group at 90 days (96.6% vs 33.3%, $p < 0.001$). Concerning urinary incontinence, lower urinary tract symptoms and postoperative complication rates, our results suggest that there are no differences between the RS group and the BS group.

Conclusion: Posterior reconstruction of the rhabdosphincter has significant benefits for urinary continence recovery in the first 90 days on patients undergoing LRP. Additionally, reconstruction of the rhabdosphincter appears to be a safe procedure with no increased risk of postoperative complications.

C 28

PREDICTORS OF COMPLETE RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN NON-METASTATIC BLADDER CANCER

Passos P.; Silva P.; Anacleto S.; Morais N.; Dias E.; Mota P.; Lima E.; Leão R.
Hospital de Braga, Department of Urology, Braga, Portugal

Introduction & Objectives: Radical cystectomy (RC) with curative intent is the standard of care for muscle invasive non-metastatic bladder cancer and high grade non-muscle invasive bladder cancer Bacillus Calmette-Guerrin (BCG) unresponsive. Neoadjuvant chemotherapy (NAC), when indicated, increases overall survival by 5%. The objective of this study was to determine predictive factors for Complete Response (CR) in NAC non-metastatic bladder cancer population.

Materials & Methods: In this observational, analytic, longitudinal and retrospective study, patients who underwent NAC, were stratified according to the final pathological staging as: complete responders (ypT0N0), partial responders ($\leq pT2$), and non-responders (NR) ($>$

$pT2$ and/or N+). Patients treated with upfront RC were divided into those with organ-confined disease ($\leq pT2$) and those with extravesical disease ($> pT2$ and/or N+).

Results: 146 patients submitted to RC (43 treated with NAC). NAC group has higher number of younger patients ($p = 0.005$) and patients with lower basal creatinine levels ($p < 0.001$). Time to surgery is increased in NAC group however does not impact OS (Overall Survival) and PFS (Progression Free Survival). Of the 43 patients who underwent NAC, 18 (41.9%) had a CR. NAC comprises better OS ($p = 0.035$) and lower ganglionic burden disease but no better PFS when compared to RC group ($p = 0.13$). NR to NAC have worse OS than patients submitted to RC ($pT2$ patients) upfront ($p = 0.004$). Hypertension is a risk factor for complete response to NAC ($p = 0.008$), the same was not verified for gender, smoking, cardiovascular disease, hydronephrosis, renal function, diabetes and neutrophils/lymphocytes ratio.

Conclusions: CR in NAC encompasses better outcomes than upfront RC and the time for surgery in these patients does not compromise OS. Despite an absence of specified risk factors for NAC patient selection, it seems to guide decision to younger and healthier patients. Thus, for now, NAC should always be considered for patients undergoing radical cystectomy and for whom the clinical status allows. Further studies are needed for accurate clinical selection.

C 29

DIGITAL INFORMED CONSENT ON RADICAL PROSTATECTOMY SURGERY – A TURNING POINT ON PATIENT COMMUNICATION MEANS

Passos P.; Lima F.; Carvalho N.; Anacleto S.;
Morais N.; Dias E.; Lima E.; Mota P.
Hospital de Braga, Department of Urology, Braga,
Portugal

Introduction: Due to a busy clinical practice, besides other obstacles, there are some gaps in information transmission during the informed consent. Therefore, there is a growing need for new communication alternatives to better educate patients. Some studies have shown that audiovisual information is the best way to educate and reduce the gap between those with poor health literacy and those with higher health literacy.

Objective: To create an educational video about radical prostatectomy, both open and laparoscopic, and evaluate its impact on patient's education.

Materials & Methods: Prospective comparative trial, which included all the patients submitted to a radical prostatectomy, both open and laparoscopic, on the Urology Department of Hospital de Braga, between November 2019 and December 2019. A questionnaire, with 9 satisfaction plus 2 knowledge questions, was applied on pre-operative consultations to those who watched the video as well as those who only received verbal information.

Results: There were statistically significant differences between the groups in both parts of the questionnaire, satisfaction ($p < 0.001$) and knowledge ($p = 0.001$), with the group that watched the video achieving higher scores. Also, the median of satisfaction score was different between both groups ($p = 0.038$). Nevertheless, patients who watched the educational animated video had

about 10.8 ($p < 0.001$; 95% CI 6.59 to 15.0) more points on satisfaction and were 3.12 ($p = 0.004$; 95% CI 2.8 to 185.5) times more likely to answer correctly the 2 knowledge questions.

Conclusion: We concluded that educational videos with voice-over animations, seem to be associated with higher satisfaction and comprehension patterns by patients. Therefore, we are witnessing a turning point on health information and communication means.

C 30

SARCOMA GRANULOCÍTICO TESTICULAR – UM CASO DE CONFUSÃO COM ORQUITE

Vanessa Andrade; Miguel Gil; Ngete Veloso;
João Guerra; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães;
Rui Bernardino; Gil Falcão; Fernando Calais;
Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: Os sarcomas granulocíticos são tumores extra-medulares, sólidos, compostos por precursores granulocíticos imaturos. Estão associados à leucemia mielóide aguda ou outras doenças mieloproliferativas e podem inclusive ser a primeira manifestação destas doenças. Podem surgir em múltiplos órgãos, sendo bastante raros a nível testicular.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de um sarcoma granulocítico após orquidectomia e realização de revisão bibliográfica acerca do tema.

Material e métodos: Relatamos um caso clínico de um doente com um sarcoma granulocítico. Para obtenção dos dados relevantes foi consultado o processo clínico e entrevista direccionada ao doente. A revisão bibliográfica do tema foi realizada com recurso à base de dados pubmed®.

Resultados/Caso clínico: Trata-se de um doente de 61 anos com quadro de dor e edema testicular esquerdo com dois meses

de evolução, submetido a múltiplos tratamentos com antibioterapia. Referenciado ao nosso SU contactou-se edema e eritema testicular com úlcera erosiva da pele com conteúdo testicular. Analiticamente, à entrada, apresentava anemia, trombocitopenia e leucocitose com presença de blastos. Foi realizada orquidectomia cuja anatomia patológica mostrou tratar-se de um sarcoma granulocítico. A investigação por mielograma diagnosticou um Síndrome Mielodisplásico com excesso de blastos tipo 1. Foi seguido posteriormente em consulta de hematologia, tendo acabado por falecer por progressão da doença de base.

Discussão/Conclusões: A apresentação dos sarcomas granulocíticos testiculares é muitas vezes confundida com condições infecciosas ou outros tumores. Apesar da sua raridade devemos ter presente a sua capacidade de afecção do testículo, sendo um diagnóstico a considerar quando existe patologia testicular pouco esclarecida ou de difícil resolução, principalmente se o doente tiver concomitantemente alterações hematológicas como as descritas neste doente. O tratamento, mal definido dada a sua raridade, passa pela cirurgia, quimio e radioterapia e eventual transplante de células estaminais hematopoiéticas.

C 31

UM CASO RARO DE CARCINOSSARCOMA PROSTÁTICO

Vanessa Andrade; Miguel Gil; Ngete Veloso;
João Guerra; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães;
Rui Bernardino; Gil Falcão; Fernando Calais;
Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: Os carcinossarcomas prostáticos são extremamente raros, constituindo menos de 0.1% de todos os tumores prostáticos. Mais frequentes na 7ª década de vida, a sua fisiopatologia está ainda pouco esclarecida.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de um carcinossarcoma de origem prostática e revisão bibliográfica acerca do tema.

Material e métodos: Relatamos um caso clínico de um doente com diagnóstico de carcinossarcoma prostático após prostatectomia de Millin. Foi consultado o processo clínico do doente para a obtenção dos dados clínicos considerados relevantes. A revisão bibliográfica do tema foi realizada com recurso à base de dados pubmed®.

Resultados/Caso clínico: Doente do sexo masculino, 68 anos, oriundo de Angola, algaliado crónico por obstrução infravesical. Foi submetido a prostatectomia de Millin em Março de 2020 sem intercorrências, com diagnóstico de adenocarcinoma na peça cirúrgica. O pós-operatório foi complicada de abscesso da loca cirúrgica, drenado por laparotomia infrapúbica, onde se constatou, intra-operatoriamente, material necrosado e de cheiro fético que foi enviado análise anatomopatológica que revelou tratar-se de um carcinossarcoma. Foi então submetido a exenteração pélvica anterior e posterior, sem intercorrências no intra ou pós-operatório imediato. Ao 15º dia pós operatório o doente retornou ao hospital por volumoso abscesso pélvico, encontrando-se ainda sob tratamento, com evolução favorável a este nível.

Discussão/Conclusões: O carcinossarcoma é uma entidade rara e altamente agressiva. Infelizmente, este é um caso com mau prognóstico, agravado pelo facto de estarmos perante uma complicação pós-cirúrgica de difícil resolução (abscesso pélvico) e que impede que se prossiga com tratamentos adjuvantes enquanto a mesma não estiver resolvida. Dado o baixo número de casos conhecidos não existe tratamento bem definido para estes doentes, sendo que na maioria o tratamento passa pela cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia.

C 32

ABORDAGEM TERAPÉUTICA DO CARCINOMA PRIMÁRIO DA URETRA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Ascensão; Luísa Alves; João Almeida Dóres;
Catarina Gameiro; Bruno Graça; João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O carcinoma primário da uretra é raro, correspondendo a < 1% das neoplasias malignas, e afecta predominantemente os doentes do sexo masculino. A inflamação crónica da uretra constitui a principal causa da doença. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma urotelial, mais comum na uretra proximal, seguido do carcinoma pavimentocelular, mais comum na uretra distal. A presença de sinais como uretrorragia, hematuria macroscópica, obstrução infra-vesical e eventual massa palpável associa-se a doença avançada em mais de 50% dos casos. O diagnóstico é confirmado por uretroroscopia com biópsia da lesão. O estadiamento é realizado idealmente com ressonância magnética (RMN) pélvica e tomografia computadorizada torácica e abdominal. Não existe ainda uma abordagem estandardizada para o seu tratamento, devendo a decisão ser individualizada tendo em conta factores como a localização, volume e extensão da lesão. Nos tumores localizados superficiais (Ta/T1) recomenda-se uma abordagem cirúrgica mais conservadora, com ressecção intra-uretral da lesão, uretrectomia parcial e/ou total. Nos tumores da uretra distal classificados como T2 recomenda-se a penectomia parcial/total com linfadenectomia inguinal enquanto que para tumores da uretra proximal está preconizada uma terapêutica agressiva com cistoprostatectomia radical, penectomia total e linfadenectomia pélvica. A quimioterapia e/ou radioterapia devem ser equacionadas em contexto multimodal para tumores localmente avançados (T3-4).

Objectivo: Apresentação do caso de um doente com o diagnóstico inaugural de carcinoma urotelial da uretra bulbar, que invade as porções peniana e prostática, tratado com cistoprostatectomia radical, linfadenectomia pélvica bilateral e penectomia total.

Método: Recolha da informação clínica através da consulta informática do processo do doente, seguido no serviço de Urologia.

Resultados: Doente de 52 anos, sexo masculino, com antecedentes de infecção por HIV e HCV, admitido no serviço de urgência por retenção urinária aguda. Realizada cistoscopia que revelou estenose da uretra peniana a cerca de 5cm do meato uretral, tendo-se optado pela colocação de cistocatóter. Foi submetido a uretroroscopia no bloco operatório com biópsia da área suspeita da uretra bulbar, identificando-se concomitantemente pequenas lesões papilares da uretra prostática. Não se identificaram lesões da mucosa vesical. No estadiamento local com RMN realizado seis semanas após biópsia verificou-se uma rápida progressão da doença, identificando-se lesão de 9 cm que se estende anteriormente ao longo da uretra desde o plano do esfíncter externo, com infiltração do corpo esponjoso e túnica albugínea, sem gânglios suspeitos (iT2N0). Foi submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral e penectomia total. Optou-se pelo conduto ileal como derivação urinária. O exame histopatológico revelou carcinoma urotelial de alto grau com diferenciação pavimentosa (60%) e com invasão do corpo esponjoso (pT2N0). Actualmente o doente encontra-se em vigilância clínica e imagiológica, sem evidência de recidiva local ou à distância.

Discussão: O diagnóstico dos tumores primários da uretra continua a ser um desafio, particularmente na uretra proximal, pela paucidade de sintomatologia e alterações ao exame objectivo até fases mais avançadas

da doença. O número reduzido de doentes, estudados maioritariamente de forma retrospectiva, limita a evidência para um tratamento estandardizado. Actualmente o tratamento cirúrgico depende fundamentalmente da sua localização e grau de invasão, podendo ser em alguns casos complementado com quimioterapia e/ou radioterapia.

C 33

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY NA CISTECTOMIA RADICAL: RESULTADOS DE UM CENTRO

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro; Bruno Graça; João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) foi desenvolvido com o objectivo de melhorar a reabilitação pós-operatória. O programa baseia-se em planeamento precoce com reabilitação respiratória, suporte nutricional e início precoce da alimentação, entre outros aspectos, num processo multidisciplinar em colaboração com Anestesiologia, Pneumologia, Nutrição e Enfermagem. A aplicação do ERAS na cirurgia urológica é ainda limitada embora haja evidência crescente da sua eficácia na cistectomia radical - um procedimento complexo com morbilidade elevada. A aplicação do protocolo noutros centros demonstrou diminuir o tempo de internamento, a necessidade de suporte transfusional e as complicações pós-operatórias.

Objectivo: Avaliar o impacto do programa ERAS no tempo de internamento e morbilidade pós-operatória dos doentes submetidos a cistectomia radical.

Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico dos doentes submetidos a cistectomia radical por neoplasia da bexiga entre agosto de 2012 e março de 2020. A análise estatística foi feita com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics 20.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 67 doentes, com uma mediana de idade de 68 anos, 80,6% do sexo masculino, na sua maioria com *performance status* de 0 (91%) e fumadores (53,7%). Na ressecção transuretral da bexiga (RTU-V), 83,6% dos doentes apresentava-se no estágio pT2, e 23,89% tinha adenomegalias suspeitas por exame de imagem; 78,6% dos doentes com estágio pT2 fez quimioterapia neoadjuvante (84,1% com cisplatina e gemcitabina). Os valores medianos de creatinina, taxa de filtração glomerular estimada (TFG) (CKD-EPI 2019) e hemoglobina pré-operatórios foram, respectivamente, 0,97 mg/dL, 76 mL/min /1.73 m² e 11,5 g/dL. O tempo operatório mediano foi de 345 min, com perdas hemáticas de 1200 mL e 15 dias de internamento. A derivação urinária utilizada foi conduto ileal em 73,1%, neobexiga em 19,4% e ureterostomias em 7,5%. Foi necessário suporte transfusional em 73% dos doentes. Um número significativo de doentes teve íleus prolongado (49,3%), infecção da ferida operatória (31,3%) e fístula urinária (19,4%). Foram re-operados 22,4% dos doentes por complicações precoces. Dos 67 doentes operados, 17 (25,4%) integraram o protocolo ERAS. O estudo comparativo entre os doentes não-ERAS e ERAS não revelou diferenças estatisticamente significativas em termos de tempo cirúrgico, perdas hemáticas, complicações (íleus prolongado, infecção da ferida operatória, fístula urinária) e necessidade de reintervenção durante o internamento. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na duração do internamento (8 dias ERAS vs. 17 dias não-ERAS, $p = 0.008$) e na necessidade de suporte transfusional (41,2% ERAS vs. 84% não-ERAS, $p = 0.001$).

Discussão: A aplicação do programa ERAS na cistectomia radical tem um impacto pós-operatório significativo na redução do tempo

de internamento e da necessidade de suporte transfusional, dados que se verificaram também na nossa amostra. Não obtivemos diferenças com significado estatístico em termos de complicações pós-operatórias. O número reduzido de doentes e a aplicação ainda recente de um protocolo em adaptação e melhoria impactam nos resultados obtidos. Não foi analisada a compliance com o protocolo ERAS, um dos factores determinantes na qualidade dos resultados obtidos

C 34

PROSTATECTOMIA RADICAL DE SALVAÇÃO PÓS BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA DE DOSE: REVISÃO DOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS E FUNCIONAIS

Peyroteo I.; Ramos R.B.; Macedo A.; Marialva C. João R.; Lencastre J.M.; Da Silva J.P.J.; Silva E. *Instituto Português de Oncologia de Lisboa Hospital Garcia de Orta*

Introdução e objectivos: A actuação perante recidiva de neoplasia da próstata após tratamento inicial com braquiterapia com baixa taxa de dose está em constante actualização a par de avanços nos métodos imagiológicos que nos permitem distinguir com maior precisão recidivas locais de recidivas à distância. Se a neoplasia se mantém localmente confinada, a prostatectomia radical de salvação pode ser considerada. O objectivo deste trabalho é apresentar uma série de casos de prostatectomia radical de salvação após tratamento primário com braquiterapia de baixa taxa de dose.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a prostatectomia radical de salvação após tratamento primário com braquiterapia de baixa taxa de dose num hospital português. Entre 2018 e 2020, 3 doentes foram submetidos a prostatectomia radical de salvação por neoplasia da próstata recidivada pós braquiterapia primária. A investigação de recidiva local iniciou-se

quando se verificou um aumento de PSA > nadir + 2 ng/ml e todos os casos foram confirmados por biópsia prostática transrectal. Analisaram-se as complicações peri-operatórias bem como os resultados funcionais e oncológicos.

Resultados: Foram incluídos 3 doentes com uma mediana de idades de 67 anos. A mediana de tempo decorrido desde o tratamento primário até à recidiva foi de 108 meses. As abordagens usadas na prostatectomia radical foram via aberta num caso, laparoscópica extra-peritoneal noutra e laparoscópica transperitoneal no terceiro caso. Como complicações intra-operatórias, há a destacar uma lesão rectal na abordagem transperitoneal que foi corrigida durante o procedimento. Não ha registo de complicações durante o internamento e todos os doentes tiveram alta ao 5º dia de pós-operatório. A análise anátomo-patológica revelou um estadio pT2 em 2 doentes (66.6%) e pT3a num doente (33.3%) e presença de margens cirúrgicas positivas num caso. Na avaliação em consulta, nenhum doente apresenta incontinência urinária e apenas um doente apresenta disfunção erétil. Todos os doentes tem um valor de PSA pós-operatório < 0.02 ng/ml.

Conclusão: A prostatectomia radical de salvação é um procedimento a considerar em doentes altamente seleccionados com recidiva de neoplasia da próstata após tratamento primário com braquiterapia, com bons resultados tanto em termos de controlo local como de morbilidade. Apesar da série descrita ter um pequeno número de casos, consideramos um passo muito importante no sentido de encorajar esta opção em doentes altamente seleccionados.

C 35

LINFADENECTOMIA PÉLVICA DE SALVAÇÃO NO CANCRO DA PRÓSTATA OLIGORRECORRENTE – QUAIS OS REAIS BENEFÍCIOS E COMPLICAÇÕES?

Jorge Correia; Alexandra Rocha; Sofia Mesquita; Gonçalo Mendes; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Após tratamento com intuito curativo do cancro da próstata (CaP), uma proporção significativa de doentes desenvolve recidiva bioquímica (BCR) e progressão clínica. Estes doentes eram maioritariamente tratados com hormonoterapia, mas a evidência sugere que possam ter prognósticos diferentes consoante o local e número de metástases. Tendo em conta que os doentes com recorrência ganglionar local apresentam melhor prognóstico, a linfadenectomia pélvica de salvação (LNDS) foi proposta como uma alternativa terapêutica. Ela permite otimizar o controlo locorregional, atrasar a progressão à distância e evitar o uso de tratamentos sistémicos e, conseqüentemente, a sua toxicidade e desenvolvimento de resistência à castração.

Objetivos: Avaliar o benefício oncológico e a segurança da LNDS nos doentes com CaP com recorrência ganglionar local após tratamento primário com intuito curativo.

Material e métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva das características demográficas, resultados peri-operatórios e oncológicos de todos os doentes submetidos a linfadenectomia pélvica de salvação no nosso centro entre Junho de 2014 e Março de 2020.

Resultados: Foram intervencionados 15 doentes, com uma média de idades de $66,1 \pm 8,2$ anos [46 - 79], ao longo de um *follow-up* mediano de 32 meses [IQR 22 - 49]. Todos os doentes tinham sido submetidos previamente a prostatectomia radical, com

LNDS primária em 73% dos casos. O número mediano de gânglios removidos na cirurgia primária foi 4 [IQR 3 - 6], tendo todos os doentes sido estadiados como pN0. 80% dos doentes realizaram radioterapia subsequente ($n = 12$, 67% adjuvante e 33% de salvação). Todas as recorrências foram diagnosticadas através de PET (68Ga - PSMA PET em 67% e 11C - Colina PET em 33% dos casos), com um número mediano de gânglios positivos no PET de 1 [IQR 1 - 2]. O PSA mediano antes da LNDS foi de 2,43 ng/ml [1,47 - 4,10].

A duração média da cirurgia foi de 142 ± 38 min, realizada por via laparoscópica em 67% dos casos ($n = 10$). 1 doente necessitou de conversão para cirurgia aberta por hemorragia, sem registo de outras complicações intra-operatórias. As perdas sanguíneas foram estimadas em 100 ml [IQR 51 - 175]. A mediana de internamento foi de 5 dias [IQR 3 - 6], registando-se complicações em 33% dos doentes (todas \leq grau 2 de Clavien), sendo a mais comum linforreia ($n = 4$, 27%). Durante o *follow-up* observaram-se complicações em 27% dos doentes ($n = 4$): linfedema em 2 doentes, e parestesias do membro inferior em outros 2.

O número mediano de gânglios removidos e metastizados durante a LNDS foi, respectivamente, de 11 [IQR 6 - 15] e 2 [IQR 1 - 3], com 80% dos doentes sendo estadiados como pN1 ($n = 12$). 3 doentes apresentavam metastização ganglionar bilateral, sendo que 2 deles apresentavam doença detectada no PET apenas unilateralmente.

Não foi utilizada terapêutica adicional adjuvante em nenhum doente até progressão.

7 doentes apresentaram uma redução de PSA $> 50\%$ em relação ao basal (47%), sendo que a taxa de resposta bioquímica (definida como PSA $< 0,2$ ng/ml aos 3 meses) foi de 20% ($n = 3$). Nos doentes que obtiveram resposta bioquímica, a sobrevida livre de BCR

mediana foi de 53 meses. Em 87% dos doentes (n = 13) foi iniciada hormonoterapia por progressão após uma mediana de 11 meses (IC 95%: 6 - 16), com 2 doentes a desenvolverem posterior resistência à castracção (15%, mediana não atingida após *follow-up* de 32 meses). A sobrevida específica de CaP e a sobrevida global foram, respectivamente, de 93% e 84% durante o *follow-up* (medianas não atingidas).

Discussão/Conclusões: A LND5 parece ser uma opção terapêutica segura no cancro da próstata com recidiva ganglionar local após tratamento primário, permitindo atrasar a terapêutica sistémica e a progressão da doença. A sua utilidade é, contudo, limitada pela taxa de resposta bioquímica reduzida e pela ainda ausência de evidência de impacto em “endpoints” de longo prazo significativos.

C 36 Cartaz retirado

C 37

RISK FACTORS FOR MORBIDITY AND MORTALITY RELATED TO RADICAL CYSTECTOMY

António Modesto Pinheiro; Sara Duarte;
André Barcelos; Sónia Ramos; Fernando Ribeiro;
Fernando Ferrito
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introduction & objectives: Radical cystectomy (RC) remains the standard treatment for muscle-invasive bladder cancer (MIBC). However, this surgery is very aggressive and it is associated with significant morbidity and mortality. Previous studies suggest that at least 70% of patients have a complication of any sort and around 30% have a major or high-grade complication. Complications rates have remained high despite new surgical techniques, enhanced recovery programs and centralization of care. Therefore, it is critical to identify which patients are at most risk of developing complications in order to try to

prevent them or considering other treatment options.

The objective of this work is to identify risk factors associated with morbidity and mortality in RC.

Materials & methods: A retrospective observational study was made using data from 102 patients submitted to RC in our institution from January 2014 to December 2019. 4 patients were excluded due to non-oncological RC. Basic patient characteristics, pre-operative, operative and post-operative variables were taken account. Surgical morbidity and mortality were analyzed until 30 days after the surgery. Risk analysis included 20 variables.

A multivariate logistic regression model was applied to predict all complications, minor complications (Clavien-Dindo I and II), and major complications (Clavien-Dindo III, IV and V) and mortality.

Results: The total complication rate was 55%, with a minor and major complication rate of 23% and 32%, respectively. The 30-day mortality rate was 11%.

Our population had a mean age of 71,0 years and it had male predominance – 87%. The Average Charlson comorbidity index score was 6,01 and 35% had ASA \geq 3. 77% had a muscle invasive disease on the last TUBR and 46% had preoperative hydronephrosis. Neoadjuvant QT was given to 11% and 86% had a curative intent RC, opposing to 7% palliative and 7% salvage. On the RC, 79% were open comparing to 21% laparoscopic. The main urinary diversion was an ileal conduit in 77% and pelvic lymphadenectomy was made in 84% of patients. On the pathological results extravesical disease (\geq T3) was present in 69% of the patients and 31% showed node involvement (\geq N1).

Pre-operative hydronephrosis and pelvic lymphadenectomy where the only risk factor

associated with all complications ($p = 0,011$ and $0,020$, respectively). There was no statistical difference from the Charlson comorbidity index, open to laparoscopic approach neither the use of neoadjuvant QT.

We found no statistically significant risk factors associated with the minor complications. Regarding major complications, increased Charlson comorbidity index, pre-operative hydronephrosis, pelvic lymphadenectomy, urinary diversion with cutaneous ureterostomy and ileal conduit, and intra-operative blood transfusion were all associated risk factors ($p = 0,041, 0,021, 0,021, 0,019, 0,005$ and $0,031$ respectively).

There were risk factors with statistical significance associated with mortality in this study.

Discussion/Conclusion: In this study there seems to be an underreport of minor complications, we had a difference of over 50% to the majority of the literature. Therefore, its results cannot be correctly interpreted, the cause might be due to the lack of report on the clinical file.

However when considering major complication, the same does not apply, and multiple risk factors were identified. In spite of it, caution must be taken when analyzing them. Since this is a retrospective study there is a bias in patient selection and in treatment options, such that in frail patients less aggressive treatment options are chosen.

RC is associated with a significant morbidity and mortality. Risk factors associated must be taken in account to prevent these complications, whenever it is possible.

C 38

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF UROLITHIASIS IN A PAEDIATRIC POPULATION AT A TERTIARY CENTRE

André Marques-Pinto; Armando Reis; Vítor Cavadas
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introduction: Urolithiasis presents in all ages. The management of urolithiasis in paediatrics has to be customised. Minimally invasive surgery (MIS) is a challenging but worthwhile option that requires careful planning and execution, especially in patients with reconstructed lower urinary tracts (LUT).

Objective: This study aims to summarize the series of patients treated in a dedicated Urolithiasis Unit.

Methods: Retrospective analysis of all paediatrics patients treated in a Urolithiasis Unit at a tertiary centre since its foundation in 2012. All relevant clinical data were reviewed.

Results: In the past 8 years, our Unit treated 22 paediatric patients (31 procedures). The median age was 14.1 years (interquartile range 6.7 - 16.5). Depending on the characteristics of the calculi, different approaches were considered. Concerning the upper urinary tract, 12 flexible ureterorenoscopies, 7 semirigid ureteroscopies, 6 endoscopic combined intrarenal surgeries, and 2 percutaneous nephrolithotomies were performed. Three cystinuria patients accounted for 9 procedures. Regarding the LUT, 4 percutaneous cystolithotomies and 1 flexible cystoscopy through a Mitrofanoff conduit were performed. In 21 procedures, holmium:YAG LASER lithotripsy was used, whereas in 5 a ballistic lithotripter was employed. The median operative time was 86 minutes (interquartile range 67 - 148). There was no record of major complications.

Conclusion: Urolithiasis in the paediatric group can be safely and efficiently managed

by MIS, when indicated. Due to the relative scarcity in non-endemic areas and high heterogeneity of procedures, the best results may be found at dedicated, high-volume centres with access to a vast armamentarium and experience in complex cases, regardless of age.

C 39

PREDICTING UROTHELIAL CARCINOMA IN PATIENTS WITH HEMATURIA

Roberto Jarimba; Vasco Quaresma; Miguel Eliseu; João André Carvalho; João Lima; Edgar Tavares da Silva; Pedro Moreira; Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Hematuria is the presence of blood in urine. It should prompt be investigated to rule out urological malignancies, being the bladder cancer the most frequent. Given its frequency among general population and the lack of unlimited health resources in an era of cost-effectiveness medicine is of the primordial importance trying to prioritize patients with higher risk.

Objectives: The aim of this study was to identify predictive factors of bladder cancer among patients presenting with hematuria.

Patients and Methods: We retrospectively reviewed 296 referred to our department for hematuria. We evaluated different demographic, clinic and ultrasound features to uncover possible associations between those and the diagnosis of bladder cancer in those patients, to estimate the individual risk of being diagnosed with bladder cancer during the investigation of hematuria.

Results: A total of 296 were studied for hematuria between January 1 of 2017 and December 31 of 2019, 23.6% of those patients were diagnosed with bladder cancer after TURB results. Older patients, male (OR 2.727, $p = 0.069$), a history of smoking (OR 3.84, p

< 0.05), with recurrent hematuria (OR 3.396, $p < 0.05$) and positive ultrasound exam for bladder cancer (OR 30.423, $p < 0.05$) were identified as predictors of bladder cancer in patients with hematuria.

Conclusions: This study suggests that it is possible to reliably estimate the risk of bladder cancer in patients with hematuria, using clinical and imagiological data to help defining who should be investigated and in whom the investigation could be postponed

C 40

LINFANGIOMA DA SUPRA RENAL: UM ACHADO RARO E FREQUENTEMENTE INCIDENTAL

Daniela Pereira; Alexandre Gromicho; Carolina Marramaque; Débora Araújo; Raquel Rodrigues; Luís Costa; Rui Amorim; Luís Ferraz

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Os linfangiomas da supra renal são tumores raros e benignos, com um componente quístico. A maioria são assintomáticos e descobertos incidentalmente.

O presente trabalho descreve um caso clínico de linfangioma tratado no nosso centro hospitalar.

Descrição do caso clínico: Doente do género feminino, de 29 anos. Sem antecedentes de relevo ou medicação habitual.

Observada na consulta externa de urologia por achado ecográfico de uma massa quística retroperitoneal na dependência do polo superior do rim esquerdo, com 7 cm.

A doente referia dor lombar esquerda persistente, sem características motoras e com resposta insatisfatória ao tratamento analgésico.

Foi pedido uro-TC para melhor caracterização da lesão e posteriormente RNM abdominal por haver suspeita de envolvimento pancreático.

A RNM confirmou a presença de massa quís-

tica na dependência da supra renal esquerda, sem relação com o pâncreas, sugestiva de linfangioma.

Dado a sintomatologia da doente, foi realizado tratamento cirúrgico com supra adrenalectomia esquerda laparoscópica.

Procedimento decorreu sem intercorrências. A patologia clínica confirmou o diagnóstico de linfangioma.

Conclusão: O tratamento cirúrgico está indicado em grandes lesões sintomáticas, geralmente com resolução dos sintomas.

C 41

SHISTOSSOMÍASE URINÁRIA: DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Daniela Pereira; Alexandre Gromicho;
Carolina Marramaque; Débora Araújo;
Raquel Rodrigues; Luís Costa; Vítor Oliveira;
Luís Ferraz

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A Schistosomíase é uma parasitose endêmica da África, América do Sul, médio Oriente, China, Filipinas e em algumas ilhas das Caraíbas.

Existem duas formas clínicas principais, intestinal e urinária causada por 5 espécies do parasita: *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi*, *S. intercalatum* e *S. haematobium*, sendo o último, o principal agente responsável pela schistosomíase urinária.

O principal sintoma da schistosomíase urinária é a hematuria, que pode associar-se a eosinofilia em 50% dos casos.

Descrição do caso clínico: Homem de 45 anos, natural de Angola, residente em Portugal desde o início de 2019.

Antecedentes de linfoma tipo B estadio IV, com diagnóstico há menos de 6 meses. Apresentava envolvimento renal esquerdo pelo linfoma e DRC sob hemodiálise. Esteve internado previamente por febre prolongada, e necessidade de múltiplos ciclos de antibioterapia.

Foi internado no serviço de nefrologia por ter iniciado quadro de febre, associada a LUTs e hematuria macroscópica de novo.

Iniciou terapêutica empírica com ceftazidima e vancomicina.

Foi realizado rastreio sético, sem isolamento de agente. Por manter febre persistente apesar do antibiótico instituído, o mesmo foi alterado para imipenem.

Para identificação do foco infeccioso, foi realizado, Eco transtorácico para excluir endocardite, Rx do tórax que não mostrou alterações e TC abdómino-pélvica.

O estudo imagiológico realizado com TC abdómino-pélvica mostrou a presença de marcado espessamento e hipercaptação da parede urotelial pélvica e ureteral bilateral. A bexiga apresentava-se com parede espessa e heterogênea, hipercaptante, traduzindo eventual bexiga neurogénica/inflamatória.

Neste contexto foi algaliado e colhido novo rastreio sético com pesquisa de BK na urina (exame direto e cultural), que foi negativo.

Por manter persistência do quadro infeccioso e sintomas urinários apesar do tratamento antibiótico instituído, foi decidida a realização de cistoscopia com biópsia vesical.

Foi submetido a RTU-V com colheita de biópsias para pesquisa de BK, avaliação histológica e pesquisa de Schistosoma.

Histologia positiva para infeção para schistosoma.

Realizou tratamento com praziquantel com uma resposta satisfatória.

Conclusão: A schistosomíase urinária associa-se a uma infeção granulomatosa da bexiga com espessamento da mucosa vesical, formação de pólipos, podendo eventualmente evoluir para carcinoma da bexiga, na ausência de diagnóstico e tratamento adequados.

Apesar de rara na Europa, o aumento dos movimentos migratórios e a globalização poderão aumentar contacto com estas pa-

tologias, com a consequente necessidade de reformular o pensamento clínico

C 42

UNINTENTIONAL LEFT URETERAL CANNULATION WITH FOLEY CATHETER CAUSING OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS AND SEVERE SEPTIC SHOCK

Vasco Quaresma; João Pedroso de Lima; Lorenzo Marconi; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Urethral catheterization is a daily based procedure, technically simple, especially when performed in females. There are well-recognized complications associated with indwelling catheters such as urinary tract infections and limited genitourinary trauma.

Misplaced or migrated Foley catheter leading to ureteral cannulation represents an extremely rare complication of urethral catheterization and has been previously described in eleven cases within the literature. Along with prior reports, we establish a shrunken neurogenic bladder with associated dilated lower ureters as plausible cause. Remarkably, we report a major complication of urethral catheterization and the first case of obstructive pyelonephritis and septic shock as complication of unintentional selective cannulation of the left ureter.

Therefore, in patients with dysfunctional neurogenic bladders such as in spina bifida and multiple sclerosis, there is a need for a more cautious approach in catheterization.

C 43

INSTILAÇÕES BCG PODEM MIMETIZAR CANCRO DE PRÓSTATA NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Miguel Gil; João Lopes Dias; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução e objetivos: Apesar da administração intravesical de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) fazer parte do tratamento de carcinomas uroteliais da bexiga não músculo-invasivos de alto e intermédio risco de doentes submetidos a ressecção transuretral de lesões vesicais, por reduzir o risco de recorrência destes, não está isenta de efeitos secundários. Entre os quais se descreve a prostatite granulomatosa, condição causada por urina contaminada por BCG, usualmente assintomática, com reações locais ou sistémicas em apenas 1 - 3% dos doentes. Ao toque retal a próstata frequentemente apresenta nódulos fixos com consistência aumentada e pode existir elevação significativa do PSA em até 40% dos casos.

A ressonância magnética multiparamétrica (RM-mp) tornou-se uma importante ferramenta na deteção, localização e caracterização de lesões sugestivas de cancro da próstata, tendo levado ao desenvolvimento de técnicas de biópsia prostática dirigida. Existem, contudo, condições benignas que mimetizam cancro de próstata clinicamente significativo, de acordo com a classificação globalmente aceite, PI-RADS v2.1, entre as quais se inclui a prostatite granulomatosa. Com este trabalho pretendemos fazer uma revisão teórica e exposição dos casos do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (CHULC) no que concerne a esta temática, descrevendo e avaliando os achados imagiológicos, explorando a história e dados

clínicos destes doentes.

Material e métodos: Para este estudo foram tidos em conta todos os doentes submetidos a biópsia guiada por fusão entre imagens de RM-mp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transretal no CHULC no período entre Janeiro 2016 e Agosto 2020, foram analisados os exames histopatológicos destes e seleccionados os que revelaram prostatite granulomatosa. Procedeu-se posteriormente à avaliação das histórias clínicas de cada um destes doentes.

As RM-mp foram efectuadas de acordo com o protocolo estabelecido pela Sociedade Europeia de Radiologia Urogenital (ESUR). Os critérios para interpretação das imagens seguiram a evolução do PI-RADS, desde a versão 1 até à 2.1.

Resultados: Seis doentes revelaram lesões correspondentes a prostatite granulomatosa. Verificou-se que todos tinham história de ressecção transuretral de carcinomas uroteliais da bexiga não músculo-invasivos de alto ou intermédio risco, tendo feito subsequentemente imunoterapia com administração intravesical de BCG.

Tinham idades compreendidas entre 46 e 64 anos (média 58.8 anos), valores de PSA entre 4.95 e 9.75 ng/mL (média 7.70 ng/mL), volumes prostáticos entre 35 e 144 cc (média 66.6 cc), densidades de PSA 0.068 e 0.207 ng/mL² (média 0.149 ng/mL²). Dois apresentavam lesão PI-RADS 5 (muito alta probabilidade de cancro clinicamente significativo) e quatro apresentavam lesão PI-RADS 4 (alta probabilidade de cancro clinicamente significativo). De forma global, as lesões descreviam-se como hipointensas em T2, com restrição à difusão tendo alto sinal em *diffusion weighted imaging* (DWI) e baixo sinal no mapa ADC, revelando ainda captação precoce e intensa de contraste.

Os resultados são explorados e pormenori-

zados no estudo, bem como esquematizados em tabela.

Conclusão: A prostatite granulomatosa é uma condição inflamatória benigna da próstata difícil de distinguir clínica e imagiologicamente de cancro de próstata clinicamente significativo, havendo, contudo, discretas particularidades que podem ajudar a guiar o diagnóstico. Ainda assim, atualmente, o exame histopatológico é fulcral na diferenciação dos mesmos.

Futuramente poderão surgir novas técnicas ou aplicação de novos critérios que possam permitir melhor caracterização destas lesões e, assim, possivelmente reduzir a realização de biópsias desnecessárias.

Palavras-chave: Prostatite Granulomatosa; *Bacillus Calmette-Guérin*; Cancro; Bexiga; Próstata; Ressonância; Biópsia; Fusão

C 44

LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY VS OPEN RADICAL CYSTECTOMY – ONCOLOGICAL OUTCOMES

André Barcelos; António Pinheiro; Sónia Ramos; Ana Cebola; Pedro Bargão; Fernando Ferrito
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introduction: *Radical cystectomy (RC) remains the standard of care for muscle-invasive bladder cancer (MIBC) and high-risk nonmuscle-invasive bladder cancer (HRNMIBC) where bladder preservation treatments have failed. Open radical cystectomy (ORC) is accepted as the gold standard because its long-term oncological outcomes are well-established. In an endeavour to minimise the perioperative morbidity, minimally invasive approaches (MIA) such as laparoscopic radical cystectomy (LRC) have been increasing. Several studies have shown lower complication rates for LRC compared with ORC, but more data is still needed to support the oncological effectiveness and safety of MIA. The objective of this study was to report and*

compare de oncological results between ORC and LRC in patients submitted to RC with pelvic lymph node dissection (PLND) with curative intent in our institution.

Materials/Methods: Comparative retrospective study between ORC and LRC performed in our institution between January 2014 and December 2019. A total of 102 RC were performed (21 LRC). 84 RC (19 LRC) were performed with curative intent due to MIBC or HRNMIBC. The main outcomes studied included recurrence-free survival (RFS), cancer-specific survival (CSS), and overall survival (OS).

Results: 65 patients underwent ORC (8 ♀), mean age 70,9 yo, 57 MIBC (88%) and 8 HRNMIBC (12%). Concerning pre-operative clinical lymph node involvement in MIBC patients: 82% cN0; 12% cN1; 4% cN2, 2% cN3. 6 patients were submitted to neoadjuvant chemotherapy. All patients were submitted to PLND: 22% limited, 72% standard and 6% extended.

Final pathological T stage: 4 pT0; 1 pTcis; 1 pTa; 4 pT1; 6 pT2a; 8 pT2b; 9 pT3a; 10 pT3b; 22 pT4a. Final pathological N stage: 7 Nx, 42 N0, 4 N1, 12 N2. Regarding lymph node yield (LNY) in node-negative patients: limited PLND 7 nodes (mean, 0 - 21); standard PLND 8 nodes (median, 0 - 34); extended PLND 17 (median 11 - 23). Concerning LNY in node-positive patients: limited PLND 4/6 nodes (mean, 1 - 6/3 - 9); standard PLND 3/10 nodes (median, 1 - 8/2 - 15); extended PLND 4/17 nodes (median, 3 - 4/15 - 18). Positive surgical margins (PSM) rate was 15%.

12 patients did adjuvant chemotherapy. Follow up (FU) 28 months (25 patients still in FU). Overall, 37% of patients had disease recurrence, (2/24 local; 7/24 ganglionic; 4/24 distant; 11/24 combination) and the RFS was 11,5 months. 26/40 patients died from disease progression - CSS 9,2 months

(1 - 29). OS was 10 months (1 - 31).

19 patients underwent LRC (4 ♀), mean age 70,3 yo, 13 MIBC (68%) and 6 HRNMIBC (32%). Concerning pre-operative clinical lymph node involvement in MIBC patients: 77% cN0; 15% cN2, 8% cN3. 4 patients were submitted to neoadjuvant chemotherapy. All patients were submitted to PLND: 16% limited and 84% standard.

Final pathological T stage: 1 pT0; 1 pT1; 1 pT2a; 2 pT2b; 2 pT3a; 5 pT3b; 7 pT4a. Final pathological N stage: 2 Nx, 12 N0, 5 N2. Regarding LNY in node-negative patients: limited PLND 1 nodes (mean, 0 - 4); standard PLND 9 nodes (median, 1 - 22). Concerning LNY in node-positive patients: standard PLND 5/12 nodes (median, 2 - 9/11 - 21). PSM rate was 26%.

6 patients did adjuvant chemotherapy. FU 15,6 months (12 patients still in FU). Overall, 36,8% of patients had disease recurrence, (2/7 local; 1/7 ganglionic; 4/7 combination) and the RFS was 6,4 months. 7/7 patients died from disease progression - CSS 8,8 months (5 - 12). OS 8,8 months (5 - 12).

Discussion/Conclusion: ORC had higher RFS, CSS and OS than LRC but the results found no statistical difference. LNY results were equivalent, when comparing the same templates from ORC and LRC. PSM's rate was 15% vs 26% in ORC and LRC, respectively. However, the results need to be interpreted with caution due to the small sample size (first LRC was in November 2017).

There is yet little evidence to suggest that MIA yield superior oncological outcomes, which are largely dependent on the local stage and biology of the disease, and also th

C 45

VIDEO ENDOSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY – INITIAL EXPERIENCE OF A DISTRICT HOSPITAL

André Barcelos; António Pinheiro; Sónia Ramos; Ana Cebola; Pedro Bargão; Fernando Ferrito
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introduction: Penile cancer is a rare tumour with an overall incidence of around 1/100,000 males in Europe and the USA. The most common metastasis site for penile cancer is the inguinal lymph nodes and its presence indicates poor prognosis. In clinically node-negative patients (cN0), micro-metastatic disease occurs in up to 25% of cases and invasive lymph node staging is required since no imaging technique can reliably detect or exclude micro-metastatic disease. In patients with penile cancer staged > T1G2 bilateral modified inguinal lymphadenectomy is indicated. However, conventional open inguinal lymph node dissection (O-ILND) is associated with significant complications and high morbidity, including skin necrosis or post-operative infection of surgical wound. Also, depending on the extension of lymphadenectomy, a higher frequency of lower limb edema, lymphocele, lymphedema and lymphorrhea is observed. Bishoff et al reported the first report of video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) in 2003. This technique allows lowering morbidity, but maintaining the same oncologic principles of conventional technique.

The objective of the present study is to describe the initial experience with VEIL in a district hospital.

Materials/Methods: A retrospective and descriptive study of all patients with submitted to VEIL since april 2018 till july 2020. Surgeries were performed by four experienced laparoscopic surgeons in select patients with penile cancer staged > T1G2 with no palpable inguinal nodes.

Results: Three patients were submitted to simultaneous bilateral VEIL – 6 VEIL were performed. Mean age 69,7 yo. All patients had squamous cell carcinoma: patient 1 had been submitted to parcial penectomy – pT2G2; patient 2 had been submitted to glansectomy – pT2G2; patient 3 had been submitted to total penectomy – pT3G3.

No intraoperative complications were observed and all procedures were performed successfully with < 100cc intra-operative bleeding. Mean operative time was 96,7 minutes (range 70 to 125). The mean number of nodes removed was 5,5 (range 2 to 11). No metastasis were identified. All patients started early deambulation on the day after surgery. Mean drainage time was 6.7 days (range 5 to 8), being the removal criteria output < 50cc for one patient and < 20cc for the other two. Mean hospitalization time was 9,3 days (range 6 to 13). Post-surgical complications were reported in 2 limbs (33%), less than 1 month after surgery: one patient had a lymphocele; other had and infected lymphocele. Both cases were submitted to percutaneous drainage and antibiotics (Clavien-Dindo IIIa) with successful resolution. No skin complications were reported. All patients are still in follow up with no evidence of recurrence. Mean follow up time was 18,7 months (range 2 to 29).

Discussion/Conclusion: In patients with cN0 but high risk of inguinal metastasis, prophylatic inguinal lymph node dissection can achieve longer survival compared with other treatment options, such as inguinal radiotherapy and surveillance. However, its high complication and morbidity rates impelled for development of minimally invasive approaches. VEIL, when performed by experienced laparoscopic surgeons in selected patients, is an easy and safe procedure. Although with promising initial results, this surgery is still not enough widespread and currently

is being more performed in referral centers. Our results in terms of surgical time, skin and lymphatic complications, number of lymph nodes extrated and recurrence rate are in the same range of the main series published.

In conclusion, VEIL seems to be an alternative to reduce post-surgical morbidity of O-LND, easy to perform and reproducible in median size centers. However, randomized prospective studies are necessary to prove its oncological equivalence in order to better define its role in the treatment of penile cancer.

C 46

FALSA FRATURA DO PÊNIS

Raquel Catarino¹; Vasco Rodrigues²;
Diogo Pereira¹; Gabriel Costa¹; Paulo Dinis²;
João Silva^{2,3}

¹Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal; ²Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal;

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal * Ambos os autores contribuíram igualmente para o estudo

Introdução: Os quadros clínicos de urgência dos órgãos genitais masculinos podem ser traumáticos, vasculares ou de natureza infecciosa. As urgências do foro peniano são raras, e quando traumáticas, resultam geralmente de traumatismo peniano em erecção, na maioria das vezes durante a relação sexual. A forma mais comum de traumatismo do pénis é a fratura peniana, que resulta de ruptura da túnica albugínea dos corpos cavernosos. A ruptura da veia dorsal do pénis é uma situação de urgência traumática peniana rara, com poucos casos descritos na literatura.

Objetivo: Descrevemos um caso clínico de um doente com ruptura da veia dorsal superficial do pénis tratado conservadoramente.

Caso clínico: Doente de 63 anos, com antecedentes de diabetes *Melittus* tipo 2 e dislipidemia, recorreu ao serviço de Urgência por

hematoma peniano com 8 horas de evolução, após relação sexual, sem dor associada. Sem queixas urinárias, uretrorragia ou hematúria. Negava dor ou detumescência durante ou após a relação sexual.

Ao exame físico, apresentava edema e hematoma peniano, com pénis indolor à palpação. Escroto sem alterações, sem hematoma e testículos nas bolsas escrotais, também sem alterações ao exame físico.

Fez ecografia peniana com Doppler, sendo possível observar marcado espessamento do tecido subcutâneo peniano e descontinuidade da veia dorsal superficial do pénis, com coleção fusiforme na topografia da veia, com 22 mm de extensão e 3 mm de espessura, compatíveis com ruptura e de acordo com suspeita clínica. Foi também observada integridade da túnica albugínea dos corpos cavernosos, sem hematoma ou outras alterações.

Foi decidido tratamento conservador com penso compressivo e anti-inflamatório não esteroide. O doente foi seguido na consulta de Urologia e após 2 meses de seguimento apresentou recuperação completa da lesão, sem queixas álgicas ou urinárias e sem disfunção erétil.

Discussão/Conclusões: O surgimento agudo de dor, edema e hematoma peniano durante a relação sexual sugere o diagnóstico de fratura do pénis, até prova em contrário.

Os doentes com ruptura da veia dorsal superficial do pénis podem apresentar sintomas que mimetizam fratura peniana, no entanto, a apresentação clínica difere em alguns aspetos. Na fratura peniana, os doentes referem geralmente que ouvem um “click”, seguido de dor, detumescência peniana, e posteriormente edema, hematoma e deformidade do pénis. No caso de atingimento da uretra, os doentes podem apresentar retenção urinária, uretrorragia ou hematúria. Por outro lado, os

doentes com ruptura da veia dorsal superficial do pênis geralmente não descrevem o clássico “click” com rápida detumescência, podendo apresentar hemorragia da veia afetada, com dor peniana e subsequente edema e hematoma que ocorre nas primeiras 24 h após a relação sexual, com a glândula sem alterações.

No caso clínico descrito, o doente não refere o clássico “click”, nem descreve rápida detumescência. A ecografia com Doppler permite uma avaliação sensível da vasculatura peniana, incluindo da veia dorsal superficial do pênis, podendo visualizar descontinuidade da veia e excluir ruptura dos corpos cavernosos. O tratamento da patologia é conservador, mas pode ser necessária exploração cirúrgica para excluir fratura dos corpos cavernosos. O prognóstico é excelente, com recuperação completa, sem sequelas.

Referências bibliográficas: Bujons Tur A, Rodríguez-Ledesma JM, Cetina Errando A, Puigvert Martínez A, Iglesias Guzmán JC, Villavicencio Mavrich H. Penile hematoma secondary to rupture of the superficial dorsal vein of the penis. *Bujons Tur A, et al. Arch Esp Urol.* 2004 Sep;57(7):748-51.

Eken A, Acil M, Arpacı T. Isolated rupture of the superficial vein of the penis. *Can Urol Assoc J.* 2014 May;8(5-6): E371-3.

Sharma GR. Rupture of the superficial dorsal vein of the penis. *Int J Urol.* 2005 Dec;12(12):1071-3.

C 47

PROSTATE HEALTH INDEX NA IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES COM MAIOR RISCO DE RECIDIVA BIOQUÍMICA APÓS TRATAMENTO DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

José Alberto Pereira; Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço; Paulo Conceição; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Bruno Pereira; Mário Reis; Carlos Rabaça

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução: O *Prostate Health Index* (PHI) combina os valores de PSA, PSA livre e [-2] proPSA.

Estudos internacionais demonstraram o seu valor clínico como biomarcador com valor preditivo de recorrência bioquímica após prostatectomia radical no tratamento do cancro da próstata (CaP), podendo ser utilizado para avaliar a necessidade de terapêuticas adjuvantes e tempos de *follow-up* após tratamento.

Objetivos: Avaliar a capacidade do PHI inicial na predição da recorrência bioquímica após tratamento com intuito curativo para o CaP.

Material e métodos: Avaliados 96 doentes com suspeita de CaP, que realizaram PHI e biópsia prostática (BP) entre 2015 e 2017. Avaliada prospectivamente a relação entre o valor de PHI (dividido em 3 escalões) e a recidiva bioquímica dos doentes sujeitos a terapia de intuito curativo (prostatectomia radical ou técnicas de radioterapia). Análise estatística com IBM SPSS Statistics v25.

Resultados: A média de idades da amostra foi de 71.6 anos. 63.5% (n = 61) dos doentes apresentaram CaP na BP. Em relação aos doentes com CaP, 88.5% (n = 54) foram tratados com intuito curativo, entre estes: 35.2% (n = 19) realizaram radioterapia (RT), 31.5% (n = 17) prostatectomia radical (PR), 31.5% (n = 17) braquiterapia (BT) e 1.9% (n = 1) RT + BT. No total existiram 5 recidivas

bioquímicas (9.3%) num *follow-up* mediano de 39.0 meses. Não existiu relação estatisticamente significativa entre o PHI e a recidiva BQ (0 recidivas BQ para PHI < 21; 2 recidivas para PHI [21 - 39.99]; 3 recidivas BQ para PHI ≥ 40; p = 0.149).

Discussão e conclusão: Parece haver uma tendência para maior taxa de recidiva bioquímica em doentes com PHI mais elevado antes do tratamento, embora sem significado estatístico. Limitações como o tamanho da amostra, tempo reduzido de *follow-up* e conseqüente baixa taxa de recidiva bioquímica impactam nos resultados obtidos. Estudos de maiores dimensões e com maior tempo de *follow-up* são necessários para avaliar esta hipótese.

C 48

FRACTURA DOS CORPOS CAVERNOSOS – 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Vanessa Andrade; Miguel Gil; Ngete Veloso; João Guerra; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A fractura dos corpos cavernosos é uma emergência urológica, rara, que se caracteriza pela rotura da túnica albugínea dos corpos cavernosos.

Objetivos: Avaliação das características das fracturas dos corpos cavernosos e suas complicações cirúrgicas e funcionais.

Material e métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a correcção cirúrgica de fractura dos corpos cavernosos no nosso centro hospitalar, desde Janeiro de 2010 a Agosto de 2020. Foram avaliadas as complicações pós operatórias e função sexual, para a qual foi utilizada a versão portuguesa do *International Index of Erectile Function-5* (IEEF-5).

Resultados: Dos 13 doentes intervenciona-

dos, a idade média foi 45 anos. O diagnóstico foi clínico em todos os doentes, não tendo sido utilizado qualquer meio complementar de diagnóstico previamente à cirurgia. Decorreram em média 19h desde a fractura até à correcção cirúrgica. Um doente teve necrose cutânea como complicação pós-operatória. Dois doentes perderam o seguimento e não foi possível avaliar funcionalmente um outro por apresentar um pós-operatório inferior a um mês. Dos restantes, três apresentam disfunção eréctil ligeira e outros três curvaturas penianas discretas, que não afectam a qualidade da vida sexual. Apenas 3 doentes referem este episódio como tendo impacto negativo na sua vida sexual.

Discussão/Conclusões: A fractura dos corpos cavernosos é uma emergência urológica, de diagnóstico clínico, sendo recomendado o tratamento cirúrgico precoce. Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações cirúrgicas e funcionais a longo prazo que muitas das vezes acabam por afectar psicologicamente estes pacientes, com conseqüente impacto na sua vida sexual.

C 49

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE SALVAÇÃO APÓS TRATAMENTO PRIMÁRIO DE CANCRO DA PRÓSTATA

Caratino R¹; Otta-Oshiro RJ²; Lista-Mateos F²; Garcia-Mediero JM²; Nunez-Mora C²

¹Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal; ²Departamento de Urologia/Oncologia Urológica, MD Anderson Cancer Center, Madrid, Espanha

Introdução: As taxas de recorrência de cancro da próstata localizado são elevadas no caso de doentes de risco intermédio ou alto, com uma percentagem importante de doentes que necessitam de tratamento subseqüente. A prostatectomia radical de salvação (sPR) constitui uma opção para doentes com

recidiva de cancro da próstata após tratamento primário não cirúrgico, no entanto, a maioria destes doentes é tratada com bloqueio androgénico.

Objetivo: Neste estudo apresentamos uma série de doentes com recidiva de cancro da próstata após tratamento primário não cirúrgico, submetidos a prostatectomia radical laparoscópica de salvação.

Métodos: Um total de 29 doentes com recidiva bioquímica de cancro da próstata após tratamento primário não cirúrgico foram submetidos a prostatectomia radical de salvação laparoscópica na nossa instituição, de Janeiro 2007 até Setembro 2019, com um tempo médio de seguimento de 7 anos.

Resultados: Descrevemos 7 casos de complicações pós-operatórias (4 casos de grau 2 de Clavien-Dindo e 3 casos de grau 3b). No final do seguimento, 58.6% dos doentes apresentaram recidiva bioquímica, com um tempo mediano de 61 meses. A sobrevivência livre de doença (SLD) aos 5 anos foi de 50%.

Os nossos resultados indicam que doentes com tumores de estadió \leq pT3a apresentam um tempo médio de sobrevivência livre de doença significativamente superior, de 101.1 meses, comparativamente a 31.5 meses no caso de doentes com estadios \geq pT3b (teste *log-rank*, $p = 0.008$). A análise dos resultados indica que a presença de gânglios linfáticos positivos ou níveis elevados de PSA pré-operatórios correlacionam-se também com pior SLD.

A análise de regressão de Cox multivariada demonstrou que o estadió pT3b está independentemente associado a pior SLD em comparação com doentes com tumores de estadió pT3a (HR 14.3; IC 95% 1.52-135.16; $P = 0.020$), com valores de PSA antes da cirurgia e envolvimento ganglionar como co-variáveis.

Aos 12 meses, foi observada continência urinária perfeita em 20.6% dos doentes, incontinência moderada em 41.4% e incontinência severa em 34.5% dos doentes. Relativamente à função erétil, dos 7 doentes potentes antes da cirurgia, 1 preservou função erétil.

Discussão/Conclusões: Os doentes com recidiva de cancro da próstata após radioterapia são tratados maioritariamente com bloqueio androgénico, que carece de intenção curativa, e considerando que na maioria dos casos a recorrência é local, estes doentes podem beneficiar de opções de tratamento local de salvação. A prostatectomia radical de salvação é uma cirurgia complexa e tecnicamente difícil, comumente evitada por dificuldades técnicas. Neste estudo demonstramos uma série de doentes em que foi possível realizar a cirurgia com um tempo médio aceitável (tempo mediano de cirurgia de 90 minutos) e com perdas hemorrágicas limitadas.

As complicações pós-operatórias, os resultados funcionais e os resultados oncológicos são semelhantes a outros estudos publicados, nomeadamente a estudos recentes referentes a prostatectomia de salvação com cirurgia assistida por *robot* e de acordo com a bibliografia pesquisada, este estudo apresenta o tempo de seguimento mais longo, de 7 anos.

O tratamento de salvação precoce após recidiva bioquímica está associado a melhor prognóstico, sendo necessário um diagnóstico de recidiva atempado non sentido de melhorar os resultados oncológicos num contexto de salvação.

Em conclusão, a prostatectomia radical de salvação constitui uma modalidade de tratamento exequível de recorrência de cancro da próstata, com intenção curativa e com bons resultados oncológicos em doentes selecionados.

C 50

TROMBOSE DA VEIA DORSAL PROFUNDA DO PÊNIS (DOENÇA DE MONDOR) – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Barros, P; Oliveira, B; Lourenço, M; Morgado, M; Marques, V; Dores, M; Cabrita, M; Paulo, L; Barroso, F; Rosa, G; Calado, L; Coutinho, A
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Pela primeira vez descrita em 1939, a doença de Mondor diz respeito à trombose venosa superficial, ocorrendo em indivíduos jovens e saudáveis, localizada à parede torácica antero-lateral e região mamária, que tende à regressão espontânea. Em 1955 foram descritos os primeiros casos de trombose da veia dorsal superficial do pênis, assumindo o mesmo nome.

No caso apresentado, um indivíduo do sexo masculino de 19 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos ou história de trauma prévio, recorreu ao serviço de urgência por dor supra-púbica e aumento do volume do pênis, que surgiu após relação sexual vigorosa. O exame objectivo revelou edema do corpo do pênis, sem dor à palpação, sem hematoma associado e sem aparentes sinais de ruptura da túnica albugínea.

O estudo ecográfico revelou a presença de um trombo oclusivo na veia dorsal profunda do pênis e concomitante proeminência dos planos subcutâneos, mais evidente a nível da base da vertente dorsal do pênis, consistente com alterações edematosas.

A doença de Mondor peniana por trombose venosa superficial da veia dorsal do pênis é uma doença benigna, cuja patogénese, ainda que não totalmente esclarecida, se deve às forças de estiramento com torção da veia dorsal e consequente microtrauma endotelial, no decurso de uma relação sexual enérgica. Para além deste factor de risco, estão ainda descritos factores de propensão como sejam história de trauma, doenças se-

xualmente transmissíveis, neoplasias pélvicas ou drepanocitose. O diagnóstico é feito com base no exame objectivo, devendo ser complementado com estudo ecográfico com doppler peniano, também para exclusão de outras causas.

No caso apresentado, diferentemente do descrito na literatura, a trombose deu-se a nível do ramo dorsal profundo, sendo que o factor desencadeante terá sido a relação sexual prévia. O diagnóstico diferencial com fractura do pênis obriga a uma particular atenção, por forma a não submetermos o doente a intervenções cirúrgicas desnecessárias. Uma importante pista é o aparecimento dos sinais e sintomas após a relação e não durante esta. O tratamento nestes casos é primordialmente na maior das parte das vezes sintomático, não havendo consenso quanto ao início da anti-coagulação, ocorrendo na sua maioria uma regressão gradual das alterações do pênis às 4 - 6 semanas, com reperfusão luminal às 9 semanas. Em casos em que haja persistência do trombo, poderá ser necessário trombectomia ou excisão do segmento afectado da veia. No presente caso, o doente iniciou anticoagulação em dose terapêutica, tendo posteriormente sido encaminhado para consulta de Cirurgia Vascular, para aferição do risco tromboembólico.

C 51

CALCIFILAXIA DO PÊNIS – UMA PATOLOGIA LETAL TRATADA COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

Afonso Castro¹; Tiago Oliveira^{1,2};
Carolina Borges da Ponte¹; José Dias¹;
João Branco²; José Palma dos Reis¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; ²Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica, Lisboa, Portugal

Introdução: A calcifilaxia é uma patologia sistémica, caracterizada pela calcificação de artérias de pequeno calibre, arteríolas e capilares, levando progressivamente a necrose tecidual. Ocorre em cerca de 1 a 4% dos doentes com doença renal crónica sob hemodiálise.

Outros fatores de risco são sexo feminino, obesidade, hiperfosfatémia, hipercalcémia, hiperalbuminémia e tratamento crónico com corticoterapia e varfarina, entre outros.

A sua etiologia é atualmente desconhecida, mas sabe-se que envolve a desregulação no ciclo do fósforo e do cálcio. Em termos histológicos, verifica-se alteração da parede dos pequenos vasos, com calcificação da camada média, hipertrofia e fibrose da camada íntima, conduzindo a oclusão luminal arterial e conseqüente necrose cutânea, mais frequentemente a nível das extremidades dos membros superiores e inferiores.

O envolvimento peniano por esta entidade é extremamente raro, devido à abundante rede vascular que supre o pênis, estando reportados cerca de 50 casos.

O diagnóstico da calcifilaxia do pênis baseia-se no quadro clínico, análises laboratoriais e achados dos exames de imagem. O exame objetivo revela úlceras necróticas dolorosas ao nível do pênis com progressão ao longo deste, se não tratada. Analiticamente, pode verificar-se alterações nos níveis séricos do cálcio e do fosfato. Os exames de imagem revelam calcificação extensa da vasculari-

zação peniana. A biópsia do tecido necrótico está contraindicada, pelo risco de infeção e sépsis, atendendo à má cicatrização local. A melhor abordagem terapêutica não está ainda definida e esta patologia apresenta uma mortalidade muito elevada, sendo superior a 60% aos 6 meses e uma sobrevida média de 2,5 meses.

Objetivos: Apresentar um caso de calcifilaxia peniana tratada com sucesso com oxigenoterapia hiperbárica.

Material e Métodos: Revisão do processo clínico do doente.

Resultados: Doente do sexo masculino, 57 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e doença renal crónica, que foi referenciado, após indução dialítica, para avaliação pela Urologia por lesão de novo ulcerada com centro necrótico a nível da glândula, com posterior extensão até ao meato uretral, referindo dor local de difícil controlo. Laboratorialmente, apresentava leucocitose com neutrofilia relativa (12.300 x 10⁹), elevação dos valores séricos do fósforo (5.9 mg/dL), valor do cálcio sérico normal (8.7 mg/dL) e elevação da PTH (224 pg/mL), coincidentes com hiperparatiroidismo secundário à doença renal crónica. A tomografia computadorizada pélvica revelou calcificação difusa da vascularização peniana.

Pelo diagnóstico presumptivo de calcifilaxia peniana, o doente foi submetido a derivação urinária com cistocatóter e proposto para tratamento com oxigenoterapia hiperbárica.

Realizou um total de 20 sessões de 90 minutos com O₂ a 100%, a 2.5 atm em câmara multilugar Haux.

Após o tratamento, apresentou melhoria completa das queixas álgicas, resolução da lesão da glândula. Encontra-se atualmente assintomático sem lesões ao exame objetivo.

Discussão/Conclusões: A calcifilaxia peniana é uma patologia desafiante pela sua rari-

dade, alta taxa de morbidade e mortalidade, e pela resposta precária aos tratamentos atualmente preconizados. Os tratamentos descritos envolvem o uso de tiossulfato de sódio, oxigenoterapia hiperbárica, desbridamento cirúrgico ou penectomia. Atendendo à escassez de casos reportados e letalidade associada, a melhor abordagem terapêutica não está esclarecida.

Na literatura, estão descritos oito casos tratados com oxigenoterapia hiperbárica, com melhoria clínica parcial ou completa. A oxigenoterapia hiperbárica está bem estabelecida para o tratamento de diversas patologias, como as lesões do pé diabético, por reverter a hipoxia tecidual, levando a cicatrização e resolução de lesões necróticas com componente isquémico. O caso apresentado demonstra o potencial da oxigenoterapia hiperbárica enquanto tratamento de primeira linha desta patologia com uma mortalidade associada elevada.

C 52

HISTOLOGIA TRIPLA EM CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS MULTIFOCAL IPSILATERAL

Afonso Castro; Tiago Oliveira;
Carolina Borges da Ponte; Miguel Miranda;
Joana Polido; Miguel Fernandes; José Dias;
Tito Palmela Leitão; José Palma dos Reis
*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte,
Lisboa, Portugal*

Introdução: O Carcinoma de Células Renais (CCR) representa cerca de 3% de todas as neoplasias, apresentando mundialmente uma incidência superior e crescente nos países ocidentais.

Mais de 50% dos casos são diagnosticados incidentalmente durante a realização de exames complementares de diagnóstico como a ecografia e a tomografia computadorizada (TC) realizados por outros motivos.

Atualmente, identificam-se vários tipos histo-

lógicos, sendo os mais frequentes o carcinoma de células claras, o papilar e o cromóforo, que representam, respetivamente, 75%, 10% e 5% dos casos.

A incidência de tumores multifocais varia entre os 4 e 20%, em casos esporádicos, sendo esta superior em alguns síndromes genéticos, como o Síndrome de Reed, Doença de von Hippel-Lindau, Esclerose Tuberosa ou Síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Adicionalmente, nalgumas doenças adquiridas, como na Doença Renal Crónica, existe uma predisposição para desenvolver tumores bilaterais, nomeadamente do tipo papilar.

Apesar dos diferentes prognósticos para cada tipo histológico, a multifocalidade não constitui um fator de risco independente para o aumento da mortalidade.

Embora existam vários casos reportados de CCR síncronos com duas histologias diferentes, não há referência a casos com uma histologia tripla com a combinação dos três tipos mais frequentes.

Objetivo: Pretende-se apresentar o caso de um doente submetido a nefrectomia radical por diagnóstico de carcinoma de células renais unilateral multifocal, cujo estudo anatomopatológico da peça operatória revelou CCR do tipo células claras, papilar tipo I e cromóforo.

Material e métodos: Revisão retrospectiva do processo clínico do doente.

Resultados: Doente do sexo masculino, 69 anos, com antecedentes de doença renal crónica sob hemodiálise, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2, encaminhado para consulta de Urologia por achado incidental em TC abdomino-pélvica de rim direito atrofico com três lesões sólidas hipercaptantes, com dimensões inferiores a 4 cm. Pela suspeita de carcinoma de células renais multifocal, o doente foi submetido a nefrectomia radical direita laparoscópica transperitoneal.

A avaliação anatomopatológica revelou CCR tipo células claras ISUP 2, papilar tipo 1 ISUP 1 e cromóforo ISUP 3 em cada uma das três lesões suspeitas, estadiamento pT1a(m). Atualmente, encontra-se no 3º ano de seguimento, sem evidência de recidiva local ou à distância.

Discussão/Conclusões: A abordagem do CCR multifocal baseia-se num equilíbrio entre a preservação da função renal e o controlo oncológico da doença. Estudos demonstraram que a avaliação patológica das várias lesões nos tumores renais múltiplos apresenta uma concordância acima dos 90% para a presença de malignidade. No entanto, para o tipo histológico, este valor baixa para 67.3%, sendo de 75% para tumores bilaterais e de 58% para tumores unilaterais, demonstrando que cerca de 42% dos casos apresentam mais de uma histologia em CCR múltiplos ipsilaterais. A idade inferior a 60 anos, lesões bilaterais e a presença de 3 ou mais tumores são fatores preditores de concordância histológica.

A heterogeneidade histológica ganha relevo nos casos cuja abordagem depende do resultado da biópsia renal, uma vez que a histologia da lesão de maiores dimensões pode ser errónea e subestimar o risco de progressão, especialmente quando se pondera vigilância ativa.

Em conclusão, a coexistência de CCR múltiplos, síncronos e histologicamente distintos no mesmo rim é rara mas deve ser relembrada. Esta apresenta impacto na abordagem terapêutica, nomeadamente na decisão de realização vigilância ativa versus tratamento cirúrgico e na opção de realização de cirurgia radical ou cirurgia poupadora de nefrónios.

C 53

CISTOADENOMA PAPILAR DO EPIDÍDIMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Débora Araújo¹; Carolina Marramaque¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Jorge Dias¹; Vítor Oliveira¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: O cistoadenoma papilar do epidídimo é uma hiperplasia epitelial benigna do epidídimo, extremamente rara e com escassos casos descritos na literatura. Clinicamente inespecífico, o diagnóstico diferencial com a neoplasia do testículo é desafiante, pelo que frequentemente é proposta orquidectomia radical e o diagnóstico definitivo é feito apenas pela histologia. Ocorre esporadicamente ou como manifestação da doença Von-Hippel-Lindau (DVHL). A imunofenotipagem é essencial no diagnóstico diferencial com metástases do carcinoma de células renais de células claras, extremamente relevante quando presente em doentes com DVHL.

Objetivos: Destacar o desafio diagnóstico e a importância da histologia e da imunofenotipagem no diagnóstico do cistoadenoma do epidídimo.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de cistoadenoma papilar do epidídimo diagnosticado no nosso centro clínico.

Resultados: Homem caucasiano de 57 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu à consulta externa de Urologia por aumento do volume escrotal esquerdo, indolor, com cerca de 6 meses de evolução. Ao exame objetivo, palpação de uma massa pétreo testicular à esquerda, de grandes dimensões, sem aparente envolvimento do cordão espermático nem das túnicas escrotais. Os marcadores tumorais do testículo estavam normais. A ecografia escrotal mostrou “uma estrutura quística septada volumosa, mul-

tilocular, medindo cerca de 5 cm de maior diâmetro, de conteúdo heterogéneo, localizada no mediastínio testicular que levantou a suspeita de neoplasia quística multilocular intra-testicular. Foi submetido a orquidectomia radical esquerda. Confirmou-se a presença de uma lesão com 4,4 x 3,5 cm de dimensão localizada na interface entre epidídimo/rete testis e o parênquima testicular. Macroscopicamente observou-se o aspecto de uma neoplasia multicística de limites expansivos com septos finos esbranquiçados e com conteúdo gelatinóide; restante parênquima testicular normal. Microscopicamente constituída maioritariamente por quistos, de tamanho variável, por vezes compostos por material eosinofílico e amorfo, e outras vezes com projecções papilares com parede fina coberta por células maioritariamente de citoplasma clarificado e núcleo redondo. Em relação à imunofenotipagem, revelou a presença dos seguintes marcadores: CK7 +, PAX8 +, anidrase carbónica 9 +, vimentina +, CkCAM5.2 +, alfa-fetoproteína -, CD20 -, calretinina -, WT1 -, D2-40 -, CD117 -, race-mase -, napsina A -, alfa-inibina -, PLAP -, glicpican3 -, CD30 -. Foi feito o diagnóstico de cistadenoma papilar do epidídimo. Até à data, o doente está assintomático e sem sinais de recorrência.

Discussão/Conclusão: O cistoadenoma papilar do epidídimo é uma entidade rara, em que o diagnóstico é um verdadeiro desafio no dia-a-dia. Clínica e imagiologicamente inespecíficos, são facilmente abordados como neoplasias de células germinativas do testículo e a orquidectomia radical é frequente apesar do comportamento benigno. A histologia e a imunofenotipagem são a única forma de diagnóstico definitivo.

C 54

MELANOMA IN SITU DO PÊNIS: UMA ENTIDADE RARA NUM DOENTE JOVEM

Afonso Castro; Pedro Oliveira;
Carolina Borges da Ponte; Miguel Miranda;
Joana Polido; Miguel Fernandes; João Felício;
osé Dias; Francisco Martins; José Palma dos Reis
*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte,
Lisboa, Portugal*

Introdução: O melanoma primário do pénis é uma neoplasia rara, representando 0,1% dos melanomas extraoculares e menos de 1.5% dos tumores primários do pénis. Estão descritos cerca de 200 casos. Dependendo da sua localização, podem ser considerados como melanomas cutâneos (localizado na pele ou no prepúcio) ou da mucosa (localizado na glândula, meato uretral, uretra, face interna do prepúcio), os quais apresentam etiologia, fatores de risco, apresentação clínica e prognóstico distintos.

Esta neoplasia apresenta-se mais frequentemente em homens a partir da 6ª década de vida, sendo detectada através do aparecimento de uma mácula ou pápula indolor pigmentada de crescimento progressivo, podendo apresentar ulceração central. O seu diagnóstico definitivo implica a confirmação histológica.

Na maioria dos casos o prognóstico é sombrio, com sobrevida média de 10 - 33% aos 5 anos, o que é em grande parte justificado pelo atraso no seu diagnóstico. O tratamento precoce tem um efeito major na sobrevida, devendo ser realizada uma vigilância apertada de possíveis recorrências locais ou à distância.

O melanoma in situ do pénis é ainda mais raro, com apenas 10 casos reportados na literatura. Assim, não existe consenso quanto à abordagem e tratamento destes casos, pela escassez de informação do mesmo.

Objetivo: Apresentação de um caso raro de Melanoma *in situ* do pénis num doente jo-

vem, tratado cirurgicamente com excisão do quadrante da glândula e resurfacing da glândula usando retalho da coxa.

Material e métodos: Processo clínico do doente.

Resultados: Um homem de 28 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais relevantes, apresentou-se na consulta de Dermatologia por lesão pigmentada ao nível da glândula com aumento do seu diâmetro nos últimos dois meses. O exame objectivo revelou um mácula de coloração castanho-escuro com 8 mm de diâmetro, distando 10 mm do meato uretral, com centro escuro irregular. Pelas características suspeitas, foi realizada biópsia da zona central, que revelou proliferação de melanócitos atípicos em camada única a migrarem das camadas superiores da epiderme, confirmatória do diagnóstico de Melanoma *in situ*.

Após avaliação multidisciplinar pela Urologia, Oncologia e Dermatologia, o doente foi proposto e submetido a alargamento de margens com excisão local do quadrante da glândula no qual se localizava a lesão com margens de 5mm e resurfacing usando enxerto cutâneo da coxa. A peça anatomopatológica não revelou tumor residual.

Quatro semanas após a cirurgia, o doente apresentou cicatrização completa da lesão e retomou a atividade sexual. Atualmente encontra-se no 2º ano de seguimento, sem sinais de recidiva tumoral.

Discussão/Conclusões: O melanoma é considerado uma das neoplasias mais perigosas, pelo seu alto risco de metastização. O principal desafio na sua abordagem é o diagnóstico precoce, uma vez que este tem um impacto importante na sobrevida global de doença.

A excisão cirúrgica é considerado o tratamento de escolha para o melanoma do pénis localizado. No entanto, ainda não está defi-

nida qual a extensão e margens ideais. Pelo número limitado de casos descritos, as recomendações variam desde tratamento tópico com imiquimod ou excisão local da lesão até penectomia total com linfadenectomia inguinal radical bilateral.

Independentemente da técnica aplicada, o principal objetivo é atingir margens negativas, pois diminui comprovadamente o risco de recorrência e aumenta a sobrevida livre de doença, sendo isto aplicado para qualquer localização. O sexo masculino é considerado um fator de risco para o tratamento do melanoma do pénis, uma vez que há um cuidado especial na sua abordagem para se realizar uma preservação do pénis, com risco de margens positivas. Pelo elevado impacto na sobrevida, o tratamento deve ser realizado nos estadios mais precoces.

Os autores realizaram, com sucesso, uma abordagem cirúrgica *organ-sparing*, com o objetivo de diminuir o impacto estético, funcional e psicológico na qualidade de vida de um doente jovem.

C 55

A IMPORTÂNCIA DA CIRCUNCISÃO NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA IDIOPÁTICO DO PÊNIS – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Débora Araújo¹; Carolina Marramaque¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Jorge Dias¹; Luís Ferraz¹
¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: O linfedema do genital é uma entidade pouco comum na prática clínica. Resulta da acumulação de linfa no espaço intersticial do tecido subcutâneo provocada por uma obstrução ou disfunção do sistema linfático. Pode afectar o pénis e o escroto de forma isolada ou abranger toda a zona genital. Intervenções cirúrgicas, trauma, radioterapia, patologia pélvica obstrutiva e doenças venéreas e parasitárias são causas secundá-

rias descritas, mas em menos de 20% dos casos trata-se uma doença idiopática. Habitualmente de evolução crónica e progressiva, condiciona significativa morbidade física e psicossocial do indivíduo, estando associado a dificuldades miccionais, disfunção sexual e psicológica (questão estética). Se não tratado, há um risco de celulite com necessidade de antibioterapia de largo espectro e de elefantíase. O tratamento cirúrgico na maioria dos casos é o mais eficaz e implica a remoção completa do tecido envolvido, reduzindo a probabilidade de recorrência, e se necessário reconstrução cirúrgica. O principal objetivo do tratamento consiste em preservar a função sexual e miccional, permitir a higiene local adequada e melhorar os resultados estéticos.

Objetivos: Realçar a importância da circuncisão no tratamento do linfedema idiopático do pénis.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de um doente com linfedema idiopático do pénis submetido a circuncisão.

Resultados: Homem caucasiano de 42 anos, com antecedentes pessoais de diabetes tipo 2 e depressão, recorreu à consulta externa de Urologia por um aumento indolor do prepúcio, sem sinais de agravamento, de forma generalizada, na extremidade distal do pénis com cerca de 2 anos de evolução. Referiu dificuldade nas relações sexuais e incomodado com a questão estética. Não tinha outras queixas associadas. Negou episódios de infeções do trato urinário, infeções locais como balanite e celulite, cirúrgias recentes e trauma local. Tinha uma única parceira sexual, saudável. Negou viagens recentes. Ao exame objetivo observou-se prepúcio edemaciado, indolor e sem eritema ou celulite ocupando o 1/3 distal do pénis; meato patente sem exsudados uretrais e glândula, testículos e escroto sem alterações. Restante exame

objetivo normal. Estudo analítico e imagiológico normal. Foi submetido a circuncisão com exérese de todo o tecido linfedematoso, constatando-se que não havia envolvimento da fásia de Buck. Histologicamente verificou-se a presença de edema marcado, com vasos ectasiados e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário moderado em localização perivascular da derme e do tecido celular subcutâneo; epiderme normal. Não se identificou alterações citoarquiteturais sugestivas de efeito citopático por infeção por HPV nem positividade difusa para p16. Confirmou-se a presença de linfedema idiopático do pénis. Na consulta de seguimento, o doente estava satisfeito com o resultado estético e com melhoria da atividade sexual. Ao exame objetivo observou-se pénis circuncidado com prepúcio normal. Até à data, o doente está assintomático apesar do elevado risco de recorrência.

Discussão/Conclusão: O linfedema do pénis associada a significativa morbidade física e psicológica. Na abordagem destes doentes é mandatório excluir a presença de causas secundárias como doenças sexualmente transmissíveis ou obstruções linfáticas de etiologia neoplásica. Dado o elevado impacto na função sexual e miccional, o tratamento acarreta um papel fundamental. Em alguns casos, a circuncisão com exérese do tecido envolvido é suficiente.

C 56

NEOPLASIA DO PÊNIS – REVISÃO DA CASUÍSTICA DO SERVIÇO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA FUNÇÃO SEXUAL ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE INTERNACIONAL DA FUNÇÃO ERÉTIL

Thiago Guimarães; Nguete Veloso; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; José Patena Forte; José Cabrita Carneiro; Fernando Calais; Fortunato Barros; Nelson Menezes; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A neoplasia do pênis é uma condição rara. A disfunção sexual após cirurgia pode ter um impacto negativo na qualidade de vida e fatores como a idade e o comprimento do coto peniano são determinantes na manutenção de uma vida sexual satisfatória.

Objetivos: Revisar a casuística dos doentes operados e avaliar o impacto da penectomia parcial na função sexual dos doentes

Materiais e métodos: Revisão retrospectiva dos dados epidemiológicos, clínicos e histopatológicos dos doentes operados entre Janeiro de 2010 e Maio de 2020 e avaliação da função sexual dos doentes submetidos a penectomia parcial por neoplasia do pênis através da realização do questionário IIFE-15.

Resultados: Foram operados 26 doentes, 5 penectomias radicais e 21 penectomias parciais. Média de idade: 70 anos (45-92). Os fatores de riscos mais prevalentes foram, por ordem decrescente: Tabagismo (53%), Fimose (31%) Infecção por VIH, (23,1%) infecção por HPV (23,1% - subtipo 16), sendo maioritariamente pessoas de baixo estrato socioeconómico (50%) e com baixo grau de escolaridade (apenas 1 licenciado). Localizado maioritariamente a nível da glândula (42,3%) ou glândula com extensão ao prepúcio (30,8%). Apresentavam maioritariamente > 3cm de maior eixo (30,8%). O estadi

patológico mais frequente foi pT1 (61,5%). Apenas 2 doentes foram referenciados para Oncologia para realização de quimioterapia. Apenas 1 doente submetido a penectomia radical apresentou aperto do meato perineal. Durante o *follow-up* contabilizou-se 7 óbitos. 9 doentes sexualmente ativos submetidos a penectomia parcial aceitaram responder ao questionário IIFE-15 com destaque para incapacidade de penetração apesar da presença de ereção (sobretudo aqueles com cotos penianos curtos), do desejo sexual, orgasmo e capacidade de ejaculação em doentes submetidos a penectomia parcial. Registou-se apenas 1 caso de paternidade após penectomia parcial por intermédio da procriação medicamente assistida.

Conclusão: A penectomia parcial pode afetar a função sexual dos doentes com carcinoma do pênis. Atualmente, aproximadamente 80% das neoplasias do pênis são curáveis e a disfunção sexual é reconhecidamente uma consequência negativa desta condição. Fatores como a idade, o comprimento do coto peniano e a adaptação do casal a nova realidade são essenciais para manutenção de uma qualidade de vida sexual satisfatória. A cirurgia preservadora do pênis deve ser oferecida sempre que exequível.

C 57

ADENOCARCINOMA DO ÚRACO – APRESENTAÇÃO DE UM CASO-CLÍNICO

Débora Araújo¹; Carolina Marramaque¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Jorge Dias¹; Luís Costa¹; Vitor Oliveira¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: O adenocarcinoma do úraco é uma neoplasia maligna com origem no remanescente do úraco e representa menos de 0.5% dos tumores vesicais. Dada a baixa incidência clínica, o seu diagnóstico é um verdadeiro desafio. A hematúria macroscópica

assintomática é o principal sintoma. O aspeto característico na cistoscopia é uma lesão volumosa na cúpula vesical. Os exames de imagem detectam uma massa intra-abdominal adjacente à cúpula vesical com extensão para o espaço de Retzius. No entanto, a presença de uma massa com calcificações ao longo da linha média é patognomónico mas está presente apenas em cerca de 32–46% dos casos. A biópsia é muitas vezes necessária, permitindo identificar a presença de adenocarcinoma. O tratamento gold standard nos casos de doença localizada implica uma exérese completa da lesão com excisão do umbigo, úraco, cistectomia parcial/radical e linfadenectomia bilateral, sendo suficiente para o controlo da doença.

Objetivos: Apresentação da abordagem de um caso clínico de adenocarcinoma do úraco.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de um adenocarcinoma do úraco diagnosticado no nosso centro clínico.

Resultados: Homem caucasiano de 58 anos, fumador, recorreu a consulta externa de Urologia por episódios de hematúria macroscópica recidivante com alguns meses de evolução, sem outras queixas associadas. Exame físico normal. Foi observada uma lesão volumosa esboçando papilas milimétricas localizada na cúpula vesical na cistoscopia. A ecografia renovesical mostrou uma lesão sólida de cerca de 41 mm x 29 mm, heterogénea, de contornos lobulados, localizada na parede vesical anterior. Foi pedido uma tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica para estudo da lesão que confirmou a existência de volumosa formação vesical de aspeto vegetante na vertente superior da bexiga, aparentemente associado a reliquat do úraco e na dependência do qual se observou calcificação grosseira com 2,6 cm; sem adenopatias ou outras lesões à distância. Foi levantada a suspeita de neoplasia do úraco e

foi proposto para biópsia por resseção transuretral. A histologia revelou a existência de neoplasia invasora de arquitetura glandular, cribriforme e com áreas de necrose, constituída por células colunares de fenótipo entérico com atipia marcada; não foram vistas áreas de carcinoma urotelial nem de mucina extracelular. Foi requisitada uma endoscopia digestiva alta e baixa para exclusão de adenocarcinoma primário gastrointestinal que foi normal. Dada a suspeita de neoplasia do úraco localizada, foi submetido a tratamento cirúrgico com exérese do umbigo, extração completa do úraco, cistectomia parcial da cúpula vesical com margens negativas (confirmado por extemporâneo) e linfadenectomia ileo-obturadora bilateral. No estudo histológico foi observada peça de cistectomia parcial de 7 x 7 x 6 cm, na qual se identificou uma lesão polipóide de 4 x 4 x 3 cm com envolvimento de toda a parede vesical e tecido adiposo perivesical, com área de necrose e nódulo calcificado no tecido adiposo perivesical. As margens radial (tecido adiposo) e da mucosa vesical e adenopatias ileo-obturadoras não mostraram envolvimento neoplásico. Portanto, confirmou-se a presença de adenocarcinoma do úraco estadio IIIA segundo estadiamento de Sheldon. Até à data, o doente está em vigilância clínica, assintomático e sem sinais de recidiva.

Discussão/Conclusão: O adenocarcinoma do úraco é uma doença rara, clinicamente inespecífica e cujo diagnóstico requer uma grande suspeição clínica. Na maioria dos casos, o diagnóstico presuntivo de neoplasia do úraco é estabelecido por cistoscopia e exames de imagem. A biópsia é importante para a identificação do tipo histológico. Dada a baixa incidência, é importante a exclusão de lesões secundárias como adenocarcinoma gastrointestinal que são mais frequentes no dia-a-dia. A cistectomia parcial com exérese

do úraco, umbigo e linfadenectomia são suficientes para o controlo da doença nos casos de doença localizada.

C 58

TUMORES DO TESTÍCULO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

Alexandre Gromicho¹; Daniela Pereira²;
Raquel Rodrigues²; Débora Araújo²;
Carolina Marramaque²; Pedro Costa²; Jorge Dias²;
Vitor Oliveira²; Paulo Espiridião²; Rui Amorim²;
Luís Costa²; Luís Xambre²; José Amaral²; Luís Ferraz²
¹Hospital Central do Funchal; ²CHVN Gaia/Espinho

Introdução: Os tumores do testículo (TT) correspondem a cerca de 1% de todas as neoplasias, sendo o tumor mais frequente nos homens jovens. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas sobretudo nos países industrializados. Os tumores de células germinativas (TCG) são o tipo histológico predominante (90 - 95%) e dentro destes, o seminoma estadio I é a apresentação inicial da doença mais comum. Estas neoplasias estão associadas a excelentes taxas de cura muito devido à sua elevada quimio e radiosensibilidade. Em 10 - 20% dos casos podem apresentar-se como doença metastizada e a mortalidade associada aos TT não é desprezível.

Objetivos: Caracterização dos doentes com o diagnóstico de tumor do testículo e tratamentos realizados.

Material e métodos: Realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com diagnóstico de tumor do testículo confirmado histologicamente observados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E) no período de 01/01/2005 até 31/12/2019.

Resultados: Foram incluídos na análise 80 doentes com tumores do testículo confirmada histologicamente após orquidectomia radical. A idade média dos doentes foi de 34 anos ± 12 anos. A presença de uma mas-

sa indolor foi a apresentação mais comum (48,4%), seguida da dor/desconforto testicular (41,9%). 3,3% tinham antecedentes de criptorquia (n = 2) e 1,7% história familiar de TT conhecida (n = 1). 15,8% dos doentes (n = 9) tinham lesões não palpáveis e detetadas apenas por ecografia. 58,6% tinham marcadores tumorais elevados à data de diagnóstico; 54,3% destes doentes normalizaram os marcadores após OR. Em 87,5% das lesões detetou-se a presença de TCG (n = 70), 10% de tumores do estroma (n = 8) e 2% linfoma (n = 2). Dos TCG, o seminoma clássico foi a neoplasia mais diagnosticada (42,5%). Um dos doentes foi diagnosticado com um TCG de origem primária extragonal com localização no retroperitoneu. Quanto ao estadiamento clínico, 70,7% diagnosticaram-se no estadio I, 21,3% no estadio II e 8% no estadio III. 31,3% dos doentes foram propostos para vigilância ativa (n = 25); 48,8% para quimioterapia (n = 39); 8,8% realizaram radioterapia dog-leg (n = 7); 8,8% necessitaram de linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia (n = 7). A presença de teratoma retroperitoneal foi confirmada em 50% doentes submetidos a linfadenectomia (n = 3). Houve 3 casos de tumores metácronos no testículo contralateral aos 5 meses, 7 meses e 6 anos após a lesão inicial que foram submetidos a orquidectomia parcial e biópsia da restante polpa testicular. Dois deles detetou-se a presença seminoma puro estadio I e neoplasia células germinativas intra-tubular na restante polpa; realizaram posteriormente radioterapia local. Até à data, 53,7% (n = 43) ainda mantêm seguimento clínico e apenas em 2 casos se observou uma recidiva clínica após quimioterapia. 35,5% dos doentes (n = 21) já tiveram alta clínica. Em 17,1% (n = 13) perdeu-se o seguimento clínico por não-compliance ou transferência para outro centro. Ocorrem 4 mortes (5,3%), 3 dos ca-

so relacionadas com a doença. A sobrevida global e específica de doença é de 95% e 96,25% respetivamente.

Discussão/Conclusão: Os TT são neoplasias potencialmente curáveis e com bom prognóstico se diagnosticadas numa fase precoce da doença. Um diagnóstico correto e um tratamento multidisciplinar atempado são cruciais na abordagem clínica uma vez que a mortalidade associada à doença não é desprezível.

C 59

CIRURGIA UROLÓGICA URGENTE: RESPOSTA AO ESTADO DE EMERGÊNCIA

Fernandes, M.; Miranda, M.; Ponte, C.; Polido, J.; Castro, A.; Pereira, S.; Palma dos Reis, J.
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A pandemia COVID19 e a implementação do estado de emergência obrigou a uma reestruturação nos cuidados de saúde, nomeadamente na instituição de protocolos pré-operatórios para doentes urgentes. Mundialmente, verificou-se um atraso significativo no tratamento de múltiplas patologias, com consequências ainda incertas.

Objetivos: Determinar se a implementação do estado de emergência e o período de espera pelo resultado do teste SARS-COV2 alterou o tempo decorrido até derivação urinária urgente e consequente morbilidade.

Material e métodos: Este estudo observacional retrospectivo foi conduzido num serviço de urgência (SU) polivalente entre 18 de março e 2 maio de 2020.

Incluímos doentes admitidos no SU com indicação para derivação urinária urgente (colocação de cateter ureteral e/ou nefrostomia percutânea, por qualquer etiologia). Analisámos variáveis demográficas, data e hora da admissão no SU, da admissão no SU do hospital de proveniência (se aplicável) e da cirurgia, realização de teste SARS-CoV2,

diagnóstico, tipo de cirurgia, necessidade de unidade de cuidados intensivos (UCI) e data da alta.

O *outcome* primário corresponde ao intervalo de tempo entre a admissão no nosso hospital e a cirurgia. Como *outcomes* secundários definimos o número absoluto de doentes operados, o intervalo de tempo entre a admissão no hospital de proveniência e na nossa instituição, entre admissão num hospital secundário e cirurgia, duração de internamento e necessidade de UCI. Comparámos estes dados com uma população controlo do mesmo período em 2019.

Foram avaliadas a distribuição normal ou diferente da normal dos dados estudados e aplicados os testes de acordo com os resultados obtidos. Definido *p-value* < 0.05 como estatisticamente significativo. A análise estatística dos dados foi realizada com SPSS 27.

Resultados: Foram operados 54 doentes em regime de urgência, sendo que 35 cumpriram os critérios de inclusão de derivação urinária urgente (27 colocações de cateter ureteral e 8 nefrostomias percutâneas), com uma idade mediana de 71 anos (intervalo 21-95 anos). Recebemos 14 (40%) doentes de outras instituições, com uma mediana de 29 h entre a admissão no hospital de proveniência e a admissão no nosso hospital.

Dos 35 doentes, 26 (74%) realizaram teste SARS-COVID19 e 1 foi positivo. Num doente não se esperou pela confirmação laboratorial do teste antes da cirurgia.

O tempo entre a admissão no SU do nosso hospital e a cirurgia foi de, em média, 18 horas. A mediana de internamento foi de 3 dias. Nenhum doente necessitou de UCI no pós-operatório. Dois doentes, com doença oncológica avançada, faleceram durante o internamento.

A população controlo consiste em 41 doentes com características semelhantes que foram

submetidos a derivação urinária urgente. Constata-se uma diminuição de 15% nas cirurgias urgentes em 2020. No entanto, não houve alteração estatisticamente significativa nas outras variáveis em estudo, nomeadamente no tempo decorrido entre a admissão no SU e a cirurgia, de 997 minutos em 2019 e 1080 minutos em 2020 ($p = 0.6$) e nos dias internamento ($p = 0.4$).

Discussão/Conclusão: A entrada em vigor do estado de emergência em Portugal pela pandemia COVID19 resultou numa diminuição acentuada de doentes operados em contexto de urgência no nosso hospital: 32% em março e 18% em abril de 2020, quando comparados com os meses homólogos de 2019. Tal diminuição foi menos acentuada nos doentes urológicos (15%).

A necessidade de confirmação pré-operatória do resultado do teste SARS-CoV2 não aumentou o tempo médio de espera para cirurgia, nem a duração do internamento dos doentes operados de urgência. Entre as hipóteses para a manutenção deste tempo de espera poderá estar a diminuição do número absoluto de cirurgias urgentes realizadas neste hospital, que permitiu um mais rápido encaminhamento dos doentes para o bloco operatório, após resultado de teste COVID.

C 60

ACTIVE SURVEILLANCE NO CARCINOMA DA PRÓSTATA EM PORTUGAL

Fernandes, M.; Castro, A.; Miranda, M.; Polido, J.; Oliveira, T.; Gaspar, S.; Pereira, S.; Palma Reis, J.
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: O carcinoma da próstata (CaP) é a neoplasia mais comum em homens e a segunda causa de morte mais comum no mundo. Com o aumento de incidência ao longo das últimas décadas, o adenocarcinoma de baixo risco é cada vez mais frequente. Com a adoção de protocolos de Vigilância

Activa/Active Surveillance (AS) em casos de CaP Baixo Risco, pretende-se preservar a qualidade de vida, atrasando ou evitando os efeitos adversos de um tratamento imediato enquanto se monitoriza ativamente a eventual progressão da doença.

Objetivos: Avaliar a perceção e atitude da comunidade urológica nacional em relação à utilização de AS e de outras recomendações terapêuticas para CaP de baixo risco.

Material e métodos: Foi conduzido um inquérito eletrónico acerca das práticas e hábitos de AS no CaP ente urologistas portugueses. Este inquérito, construído e gerido *online* utilizando o software Google *Forms*, consistiu em doze questões e foi enviado para todos os membros da Associação Portuguesa de Urologia (APU) registados entre maio e junho de 2019. Avaliou características demográficas, anos de experiência clínica, mudanças de hábitos atuais ou recentes na aplicação de protocolos de AS, opinião acerca da seleção de pacientes e barreiras à implementação destes protocolos.

Os *outcomes* primários do inquérito foram: atitude sobre AS, frequência de aplicação de AS e dificuldades da mesma face aos constrangimentos da prática clínica.

Foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliar as diferenças em perceção de AS e as recomendações terapêuticas por anos de prática médica. Análise estatística dos dados realizada com SPSS 26.0.

Resultados: Dos 368 inquéritos enviados, obtivemos 56 respostas, correspondente a uma taxa de resposta de 15%. Destes, 88% são homens, 34% provenientes da região norte, 23% do centro, 39% do sul e 4% dos dois territórios insulares. Metade da amostra tem ≥ 10 anos de experiência e 79% segue mais de 20 doentes com CaP/mês. Aproximadamente 46% trabalham num hospital comunitário, 32% num hospital universitário

e 21% em clínica privada.

Na seleção de doentes 100% concorda que AS é adequada em casos ISUP 1; 90% escolhe pacientes com PSA sérico < 10 ng/mL; um terço considera que a idade não é um fator para recomendar AS enquanto que outro terço prefere recomendar apenas com > 70 anos; 80% consideram o número de cores positivos um fator importante e 59% refere a percentagem de envolvimento do core como fator significativo.

O cumprimento dos programas de AS pelos pacientes não é um fator limitante para 70%, apesar de 49% referir como dificuldades major a disponibilidade e constrangimentos para realizar ressonância magnética e biópsias periódicas. A maioria (55%) considera que viver com uma doença oncológica sem tratamento local constitui uma morbidade psicológica importante e prejudicial.

Quase todos os urologistas (94%) consideram que a sobrevivência global não é alterada quando se escolhe uma estratégia de tratamento diferido.

Mais de 80% recomendam aos seus doentes AS, com 5% a responder que nem abordam o assunto. Os restantes 15% discutem AS com o doente, mas não a recomendam. 79% consideram que protocolos de AS atuais, tal como indicado por guidelines internacionais, são adequados e suficientes.

Quando inquiridos sobre a preferência dos pacientes com CaP de baixo risco, 53% refere que estes preferem tratamento cirúrgico e 38% radioterapia, com apenas 9% a privilegiar a AS.

Discussão/Conclusão: Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo nacional aplicado em urologistas acerca de tratamento diferido de CaP, revelando vários detalhes importantes sobre a implementação de AS. A comunidade urológica nacional encara globalmente a AS como uma estratégia vá-

lida e segura quando clinicamente indicado, independentemente do grau de experiência profissional, no entanto, são os doentes que (ainda) apresentam algumas reservas e optam pelo tratamento ativo.

C 61

LEIOMIOSSARCOMA RENAL PRIMÁRIO, UMA NEOPLASIA EXTREMAMENTE RARA – CASO CLÍNICO

Thiago Guimarães; Nguete Veloso; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; José Patena Forte; José Cabrita Carneiro; Fernando Calais; Fortunato Barros; Nelson Menezes; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O leiomiossarcoma primário do rim é um tumor extremamente raro, representando cerca de 0,5% - 1,5% de todos as neoplasias renais invasivas e constituem cerca de 50 - 60% dos sarcomas renais. A apresentação clínica é variável e infelizmente o tratamento desta condição é dificultado por existir na literatura informação escassa que auxilie na definição de linhas orientadoras de diagnóstico e tratamento

Objetivos: Relatar o caso clínico e fazer uma revisão do Leiomiossarcoma Primário do Rim.

Material e métodos: Consulta em processo clínico informático hospitalar e pesquisa bibliográfica através da PubMed.

Resultados: Doente do sexo feminino, de 55 anos de idade com queixas de dor abdominal com 1 ano e meio de evolução. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou volumosa lesão do rim esquerdo com 17 cm, centrado no terço médio e inferior, de crescimento parenquimatoso, mas predominantemente exofítico, sem evidências de disseminação hematogénica ou

ganglionar, admitindo-se invasão da glândula suprarrenal homolateral (T4, N0, Mx por critérios imagiológicos). O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar e decidiu-se pela realização de nefrectomia radical esquerda por via transperitoneal aberta, que decorreu sem intercorrências (tempo de cirurgia: 200min, hemorragia intra-operatória: 400 cc), tendo sido retirado dreno ao 2º dia. Foi dada alta ao 4º dia de pós-operatório. Doente reavaliada ao 1º mês de pós-operatório, sem complicações pós cirúrgicas. A histopatologia e o estudo imunohistoquímico da peça cirúrgica revelou uma formação tumoral com crescimento expansivo compatível com leiomiossarcoma primário do rim (peça 17 x 11 x 8 cm de grau 2, pT2, LV0, pNx, pMx, R0). Ao 6º mês de *follow-up* doente realizou tomografia computadorizada de reavaliação que felizmente não demonstrou recidiva da doença e apresenta função renal sem alterações.

Conclusão: O leiomiossarcoma renal é um tumor raro sendo de suma importância a o exame histopatológico e a imunohistoquímica para o seu correto diagnóstico. Apesar do tratamento cirúrgico agressivo e da utilização de terapias adjuvantes, apresenta mal prognóstico, o que reforça a necessidade de maior compreensão acerca desta patologia.

C 62

NEFRECTOMIA DE EMERGÊNCIA APÓS SUBSTITUIÇÃO DE CISTOSTOMIA SUPRAPÚBICA – UM CASO DE SÍNDROME DE WUNDERLICH?

Andreia Cardoso; Nuno Morais; Catarina Tinoco; Miguel Mendes; Emanuel Dias
Serviço de Urologia, Hospital de Braga

Introdução: O Síndrome de Wunderlich (SW) consiste numa hemorragia renal espontânea, atraumática, com formação de hematoma subcapsular/perirrenal. A tríade clínica clássica, incomum na prática, caracteriza-se por início súbito de dor no flanco com massa

palpável, e choque hipovolémico. Contudo, muitos casos apresentam clínica frustrada. A tomografia computadorizada (TC) é o exame de eleição para o seu diagnóstico e avaliação etiológica – maioritariamente angiomiolipomas e carcinoma de células renais. O tratamento agudo destes doentes é sobretudo conservador, seguindo-se técnicas minimamente invasivas, como a angioembolização, e, em última linha, a cirurgia.

Descrição do caso clínico: Homem, 57 anos, dependente, com bexiga neurogénica, portador de cistostomia suprapúbica (CSP) 16Fr, substituída de 2 em 2 meses, desde 2014, recorre ao Serviço de Urgência (SU) em 02/2019 por redução do débito urinário e hematúria, 12 horas após a substituição programada da CSP. Medicado com ácido acetilsalicílico 150 mg diário.

À admissão apresentava-se estável, negando outras queixas ou trauma recente, e sem alterações analíticas. Quatro horas depois a CSP foi desobstruída, constatando-se hematúria com coágulos. Passados 30 minutos o doente apresenta prostração súbita, hipertensão arterial e taquicardia, quadro interpretado como disreflexia autonómica. Uma gasimetria de sangue arterial revela: hemoglobina normal (Hb 15g/dl), hiperlactacidémia e acidose metabólica sem acidémia. Confirma-se o correto posicionamento e funcionamento da CSP e é intensificada a fluidoterapia. Novo estudo analítico revela anemia aguda (Hb 6.6g/dl) e elevação dos tempos de coagulação.

Uma TC demonstra hematoma na vertente latero-inferior do rim direito, com 90 x 60 mm, sangue e gás no bacinete, gás retroperitoneal envolvendo o trajeto do ureter, marcada densificação da gordura perirrenal com pequena quantidade de líquido perirrenal e perihepático, material hiperdenso no grupo calicial inferior com 15 mm, sem sinais de

extravasamento ativo de contraste, ou outras alterações.

Apesar das medidas de ressuscitação (2.5L de cristalóide + 3U CE + 5U PFC + 6U de plaquetas) o doente apresenta hipotensão arterial, taquicardia, 37.3°C - 37.9°C, e disfunção renal de novo, pelo que realiza TC de reavaliação 3 horas após a primeira, revelando à direita: hematoma perirrenal volumoso, com extensão ao espaço para-renal, com aspetos de hemorragia ativa, e cálculo pericentimétrico, não obstrutivo.

Assim, por choque hemorrágico refratário ao tratamento conservador, associado a disfunção renal, hematológica e neurológica, com suspeita de rutura renal com sinais imagiológicos de hemorragia ativa em fase arterial, é proposta laparotomia exploradora de emergência. Por incisão de Makuuchi modificada deteta-se líquido interansas hemático e volumoso hematoma retroperitoneal direito. É realizada dissecação do rim extra-gerota, e nefrectomia direita com preservação da glândula supra-renal.

O estudo anatomopatológico da peça operatória revelou apenas hematoma subcapsular renal, com cerca de 13 cm, com áreas de hemorragia intersticial do parênquima subjacente, sem outras alterações patológicas, e presença de abundantes coágulos sanguíneos na pelve renal e ureter.

O doente manteve um seguimento de 7 meses, até falecer por outra causa, sem evidência de complicações urológicas.

Discussão: Este caso revela uma situação extrema no espectro do SW, em que um doente estável à admissão no SU, em poucas horas desenvolve choque refratário ao suporte médico intenso, com necessidade de nefrectomia emergente. Mesmo a análise da peça operatória não revelou a causa desta rutura renal, ao que tudo indica espontânea. Do seu histórico salienta-se a antiagrega-

ção, manipulação da CSP, hematuria e foco litiásico renal não obstrutivo como possíveis contributos para o SW. Contudo, este parece-nos um verdadeiro caso raro de rutura renal espontânea grave, alertando-nos para a necessidade de elevado grau de suspeição e cautela com esta entidade.

C 63

EMBOLOGIZAÇÃO SELETIVA NO TRATAMENTO DO PRIAPISMO DE ALTO DÉBITO

– CASO CLÍNICO

Tiago Guimarães; Nguete Veloso; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; José Patena Forte; José Cabrita Carneiro; Fernando Calais; Fortunato Barros; Nelson Menezes; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O priapismo de alto débito ou não isquémico ocorre em < de 5% de todos os casos de priapismos observados na prática clínica e geralmente em contexto de trauma pélvico ou geniturinário podendo levar a formação de uma fístula arteriocarvenosa ou pseudoaneurisma com conseqüente aporte anormal de sangue arterial para o pénis. Existem apenas alguns casos descritos na literatura.

Objetivos: Relatar o caso clínico e fazer uma revisão da literatura.

Material e métodos: Consulta em processo clínico informático hospitalar e pesquisa bibliográfica através da PubMed.

Resultados: Doente do sexo masculino de 47 anos, que se apresenta no Serviço de Urgência com queixas de ereção prolongada por traumatismo ocorrido há 7 dias após queda à cavaleiro em aresta de tampa de metal. Admitiu-se a presença de priapismo de alto débito por fístula arteriovenosa em conseqüência de trauma pélvico e após medidas

de tratamento conservador que não se revelaram eficazes, o doente foi posteriormente encaminhado a Radiologia de Intervenção onde após arteriografia, identificou-se 2 fistulas arteriocavernosas com predomínio direito com normal patência das artérias bulbar e dorsal do pênis. Foi realizada a embolização seletiva das duas fistulas com micro-colis e spongostan. No primeiro mês de *follow-up* apresentou IIFE-5 de 6 e mantinha dor peniana. Iniciou tadalafil 5 mg 1 comprimido diário, que cumpriu por 1 mês e ao 6 meses de *follow-up*, o doente realizou eco-doppler peniano demonstrando fluxo arterial e venoso dentro dos parâmetros normais, e IIFE-5 28, sem necessidade de recorrer a IPDE-5 em SOS.

Conclusão: Com a Embolização Selectiva consegue-se uma alta taxa de eficácia com menor probabilidade de sequelas sobre a função sexual quando comparada a cirurgia pelo que a embolização assume-se cada vez mais um papel importante e seguro no tratamento do priapismo de alto débito.

C 64

ORQUITE XANTOGRANULOMATOSA: CASO CLÍNICO

Fernandes, M.; Ponte, C.; Miranda, M.; Pe Leve, P.; Felício, J.; Leitão, T.; Pereira, S.; Palma Reis, J.
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A reação inflamatória xantogranulomatosa é uma condição rara e benigna, que conhecidamente afeta o rim e a vesícula biliar. No entanto, pode também afetar o aparelho genital masculino incluindo o cordão espermático, epidídimo e testículo. A orquite xantogranulomatosa é uma entidade extremamente rara e de difícil diagnóstico diferencial com tumor testicular. Existem poucos casos descritos na literatura e a sua etiologia permanece ainda indeterminada.

Objetivos: Apresentar um caso de orquite xantogranulomatosa, entidade rara e de etio-

logia desconhecida, cujo diagnóstico diferencial com tumor do testículo pode ser difícil.

Material e métodos: Descreve-se o caso de um doente de 83 anos que se apresentou com uma história de aumento de volume escrotal à esquerda, indolor, com cerca de dois meses de evolução. O doente tinha como antecedentes relevantes a realização de uma resseção transuretral da próstata três anos antes, sem intercorrências, dois episódios de AVC com desvio da comissura labial e diminuição da acuidade visual à direita e HTA. Encontrava-se medicado com ticlopidina, losartan, nifedipina, sinvastatina. Reformado, com uma vida ativa, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Negava qualquer tipo de episódio recente de infeção do trato urinário, orquitepididimite ou sintomas do trato urinário baixo. Ao exame objetivo, o testículo esquerdo tinha dimensões cerca de 3 x superiores ao testículo contralateral, indolor e de consistência pétreia. O testículo direito não tinha qualquer alteração relevante. Analiticamente destacava-se anemia Hb 11,9 g/dL, sem leucocitose ($5,18 \times 10^9$ /L), com PCR 19,5 mg/dL. Sedimento urinário com ligeira eritrocitúria (14,1/ μ L; VR: < 5) e leucocitúria (18,5/ μ L; VR: < 10). Alfa-fetoproteína, beta-HCG, e LDH dentro dos valores de referência. A ecografia descreve bolsa escrotal esquerda multisseptada, líquido puro entre os septos e massa testicular heterogénea com sinal Doppler mantido. Tomografia Computadorizada toraco-abdomino-pélvica sem alterações.

Resultados: O doente foi submetido a orquidectomia por via inguinal esquerda. Intra-operatoriamente constatou-se importante destruição dos tecidos e massa pétreia testicular. Não se objetivou qualquer conteúdo purulento pelo que se colocou, simultaneamente, prótese do testículo. Cirurgia e internamento sem complicações com alta no 1º dia pós operatório.

O exame histológico da peça operatória refere área de fibrose com hialinização e intenso processo inflamatório crônico, xantogranulomatoso, com áreas de necrose e formação de abscessos. Testículo atrofico com infiltrado inflamatório crônico. Sem tecido de neoplasia.

Discussão/Conclusão: O processo de inflamação xantogranulomatosa é caracterizado pela destruição dos tecidos, substituídos por uma infiltração abundante de macrófagos repletos de lípidos e uma infiltração menor de linfócitos e plasmócitos. Segundo a escassa literatura publicada a orquite xantogranulomatosa apresenta-se maioritariamente entre a 3ª e a 7ª décadas de vida e, até à data, não existe teste laboratorial ou imagiológico específico para o seu diagnóstico. O tratamento curativo é possível apenas com intervenção cirúrgica, nomeadamente orquidectomia parcial ou total, com resultados favoráveis. Este caso reflete a importância de incluir a orquite xantogranulomatosa no diagnóstico diferencial de uma massa testicular.

C 65

ESTADO DE EMERGÊNCIA NA PANDEMIA COVID-19 – REPERCUSSÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UROLOGIA

Débora Araújo¹; Carolina Marramaque¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Pedro Costa¹; Jorge Dias¹; Vitor Oliveira¹; Paulo Espiridião¹; Rui Amorim¹; Luís Costa¹; Luís Xambre¹; José Amaral¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: A situação de emergência de saúde pública provocada pela doença COVID-19 obrigou a uma reformulação dos cuidados de saúde, quer motivada pela própria doença, que implicou uma resposta específica e imediata dos serviços de saúde, quer por medidas com o propósito de prevenir a transmissão do vírus e combater um estado de calamidade pública resultante da doença

em causa. Portugal decretou um estado de emergência de 18 de março a 3 de maio de 2020. Nesse período face ao aumento do número de infetados e de internamentos hospitalares relacionados com a doença, observaram-se restrições ao acesso a cuidados de saúde relativamente à atividade assistencial programada mas também uma diminuição ao recurso de cuidados de saúde mínimos como o serviço de urgência.

Objetivos: Avaliar o impacto da situação de emergência pela pandemia COVID-19 no recurso ao serviço de Urgência e taxa de internamento urgente de Urologia em relação aos últimos anos num centro hospitalar com triagem direta para a especialidade.

Material e métodos: Realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes admitidos no serviço de urgência durante o período de situação de emergência (março a maio de 2020) face a pandemia COVID-19 com indicação de observação por Urologia no nosso centro hospitalar. Foi realizada uma comparação desse número face aos últimos 2 anos e avaliação da taxa e motivo de internamento no serviço de Urologia.

Resultados: Durante o período de emergência, recorreram ao serviço de urgência de Urologia 406 doentes face aos 633 e 684 doentes admitidos nos anos 2018 e 2019, respetivamente. O número de episódios de urgência hospitalar urológicos foi 41,8%, 43,1% e 30,9% inferior nos meses de março, abril e maio, em comparação com os períodos homólogos nos últimos 2 anos. De forma geral, foi observada uma diminuição de 38,3% do número dos episódios de urgência de Urologia durante o período de emergência. Nos últimos 2 anos foram observados em média cerca de 9.6 doentes/dia, com um máximo de 24 doentes. No período de emergência em média foram observados 6,4 doentes/dia, com um mínimo de 1 doente e um máxi-

mo de 13 doentes. A triagem de Manchester foi semelhante nos 3 anos, sendo maior parte dos doentes observados de pulseira amarela. 10,6% dos doentes observados necessitaram de internamento (n = 43), 16,7% foram orientados para consulta externa de Urologia (n = 68), 1,7% foram transferidos para outro hospital (n = 7) e os restantes tiveram alta para o domicílio (71%, n = 288). Em relação a anos anteriores foi observada uma taxa de internamento ligeiramente inferior - redução 1,9% em relação a 2018 e de 1,5% a 2019. Nos anos 2018 e 2019, a taxa de internamento foi de 12,5% e 12,1%, respetivamente. No entanto, em número absoluto foram internados cerca de metade dos doentes. O número de doentes internados em 2018, 2019 e 2020 foi de 79, 83 e 43 doentes, respetivamente. Pielonefrite aguda obstrutiva (32,6%, n = 14) e hematúria (23,3%, n = 10) foram os principais motivos de internamento na situação de emergência. 62,8% dos doentes foram internados para tratamento conservador de diversas patologias (n=27). A derivação urinária foi a intervenção de urgência mais comum (32,6%, n = 14).

Discussão/Conclusão: A procura de cuidados de saúde no serviço de urgência de Urologia diminuiu durante o período de emergência face aos anos anteriores. Mesmo com as restrições ao acesso a cuidados de saúde e medidas de saúde pública instaladas, uma grande percentagem de casos que foram vistos não necessitaram de internamento ou encaminhamento para consulta externa de Urologia. No entanto, além de uma redução dos casos não-urgentes, também se observou uma diminuição do número de doentes internados e portanto, de doentes que necessitavam de cuidados hospitalares. Constatou-se assim que o estado de emergência provocou uma diminuição da procura dos cuidados de saúde mesmo em situações de

patologia grave que necessitavam de observação no serviço de urgência.

C 66

FÍSTULA CUTÂNEA LOMBAR APÓS NEFRECTOMIA E INFEÇÃO DE PRÓTESE HERNIÁRIA – OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO OPÇÃO EM CASO DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Carolina Borges da Ponte; Ricardo Pereira e Silva; Afonso Castro; Filipe Lopes; Miguel Miranda; Miguel Fernandes; Joana Polido; Tiago Oliveira; João Branco; José Palma dos Reis
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica do Hospital das Forças Armadas

Introdução: O tratamento de fístulas associadas a infeção de material protésico é desafiante; além da excisão do material infetado, existem poucas diretrizes de tratamento. A oxigenoterapia hiperbárica pode complementar a abordagem destes casos complexos, com possibilidade de resultados favoráveis, com efeitos secundários raros.

Objetivos: Pretende-se destacar o papel da oxigenoterapia hiperbárica, mais frequentemente utilizada noutro tipo de patologia urológica, no tratamento de feridas complexas ou de não cicatrização.

Metodologia: Descreve-se o caso de fístula lombar recidivante após hernioplastia de hérnia de flanco pós nefrectomia total, refratária a terapêutica cirúrgica, em que foi iniciada oxigenoterapia hiperbárica com outcome favorável.

Resultados: Doente do sexo feminino, 58 anos, com antecedentes de neoplasia do colo do útero aos 42 anos, tratada com radioterapia pélvica e exenteração pélvica anterior, nefrectomia total à esquerda por rim atrófico aos 47 anos e, após 4 anos, hernioplastia de hérnia incisional do flanco esquerdo. Manteve-se assintomática durante 7 anos,

altura em que recorreu ao serviço de Urgência por dor lombar e drenagem espon-tânea de conteúdo purulento por orifício na região lombar esquerda. Realizou tomografia computadorizada que revelou coleção da loca de nefrectomia com trajeto fistuloso até à superfície cutânea da região lombar homo-lateral. Realizou-se drenagem percutânea ecoguiada, tendo sido isolado MRSA no ex-sudado. Por persistência de drenagem pu-rulenta apesar de antibioterapia dirigida, a doente foi submetida a exploração cirúrgica, procedendo-se a remoção de prótese herniá-ria infetada e fistulectomia.

Após 6 meses, verificou-se recidiva de novo, comprovada imagiologicamente. Efetuou-se, novamente, exploração cirúrgica, lavagem da loca e fistulectomia, com aparente resolução. Após três meses, objetivou-se recidiva de trajeto fistuloso com 15 cm de profundidade e 2 cm de diâmetro. Perante a falência das várias abordagens cirúrgicas, foi referencia-da para oxigenoterapia hiperbárica. Ao final de 15 sessões (a 2,5 atm), de 90 minutos, verificou-se ausência de drenagem purulenta e diminuição da profundidade da fístula para 5 cm. No total, foram realizadas 30 sessões, durante um período de 5 meses.

Discussão/Conclusão: As fístulas associa-das a infeção de material protésico represen-tam um desafio para o cirurgião, sendo uma entidade de prevalência desconhecida, com importante impacto na qualidade de vida do doente. A evidência científica é escassa no que concerne à melhor abordagem. A hipó-xia parece ser o fator principal no atraso da cicatrização, uma vez que causa diminuição da atividade fibroblástica e da produção de colagénio. Concomitantemente, o risco de infeção aumenta, agravando o processo. Por outro lado, estima-se que alguns elementos de reparação tecidual sejam dependentes de oxigénio, tais como a proliferação endotelial

e de fibroblastos, a produção de colagénio e a atividade dos macrófagos na eliminação de bactérias.

Durante cada sessão, o doente é exposto a um ambiente com 100% de oxigénio, a uma pressão superior a 1 atm. O aumento do aporte de oxigénio parece promover a angiogénese, deposição de colagénio, além de possuir um papel anti-inflamatório e bac-tericida. Assim, a regeneração dos tecidos é otimizada e o risco de infeção diminuído.

O protocolo instituído é definido de acordo com cada caso. Geralmente, consiste entre 15 a 30 sessões diárias, com duração entre 60 a 120 minutos. Estima-se que ocorra uma melhoria mais evidente durante as primeiras dez sessões, pelo que estas devem ser cum-pridas, sem interrupção.

A evidência científica acerca da utilização de oxigenoterapia hiperbárica neste contexto é parca. No entanto, tratando-se de uma tera-pêutica não invasiva, cujos efeitos secundá-rios, como barotrauma e pneumotórax, são relativamente raros, pode ser uma opção de tratamento em casos refratários.

C 67

IMPORTÂNCIA DA INSTILAÇÃO ÚNICA DE MITOMICINA C APÓS RESSECÇÃO TRANSURETRAL NOS TUMORES UROTELIAIS

Alexandre Gromicho¹; Daniela Pereira²; Raquel Rodrigues²; Débora Araújo²; Carolina Marramaque²; Pedro Costa²; Jorge Dias²; Vitor Oliveira²; Paulo Espiridião²; Rui Amorim²; Luís Costa²; Luís Xambre²; José Amaral²; Luís Ferraz²

¹Hospital Central do Funchal; ²CHVN Gaia/Espinho

Introdução: A ressecção transuretral dos tu-mores vesicais (RTU) é considerado o *Gold Standard* no tratamento do carcinoma não músculo-invasivo (CNMI). Estes tumores frequentemente recidivam havendo necessi-dade de realizar tratamento adjuvante. Nos doentes com CNMI de risco baixo ou intermé-

dio e score de risco de recidiva EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) <5 , a Associação Europeia de Urologia (EAU) recomenda uma instilação única de quimioterapia no pós-operatório imediato após RTU completa. No entanto esta deve ser omitida se perfuração vesical ou hemorragia importante que necessite de lavagem vesical.

Objectivos: Avaliar o impacto no risco de recidiva da instilação de mitomicina C após RTU nos doentes com CNMI de risco baixo ou intermédio e com score de risco de recidiva EORTC < 5 .

Material e métodos: Realizado estudo retrospectivo com análise de todos os doentes submetidos a RTU desde 1 de Janeiro de 2016 até 31 de Dezembro de 2018 no nosso centro clínico. Os critérios de inclusão foram: a) RTU completa; b) doente com CNMI de risco baixo ou intermédio; c) doentes com *score* de risco de recidiva EORTC < 5 ;

Resultados: Com base nos critérios de inclusão foram incluídos 74 doentes. Em 66% ($n = 49$) foi observado CNMI de baixo risco. Do total de doentes submetidos a RTU apenas 32.9% ($n = 24$) realizaram MMC após RTU. Não foi realizada em instilação de MMC em 20.3% ($n = 15$) por suspeita de doença invasora durante a ressecção, em 12.6% ($n = 6$) por ocorrência de perfuração vesical (identificada pela presença de gordura extravesical no leito de ressecção) e em 4% dos casos ($n = 3$) por ressecção extensa.

Durante o seguimento foram observadas recidivas em 16.2% ($n = 12$) e progressão para CNMI de alto grau em 5.4% ($n = 4$). O tempo médio para desenvolver recidiva foi de 19.4 meses. 91% ($n = 11$) das recidivas ocorreram nos doentes que não realizaram MMC. Foi observada uma redução de 83% do risco relativo de recidiva com a MMC ($p = 0.039$).

Discussão e conclusão: As *guidelines* euro-

peias recomendam a instilação única de MMC após RTU nos tumores uroteliais de risco baixo ou intermédio e com score de risco de recidiva EORTC < 5 . Estudos recentes demonstraram o papel na MMC na redução do risco de recidiva em cerca de 35%. Neste estudo verificou-se uma diminuição do risco relativo de recidiva associada à instilação de MMC de 81%. Provavelmente este valor pode ser justificado pelo reduzido tamanho da amostra, embora reforce o benefício do tratamento. À semelhança de alguns estudos publicados na literatura, constatou-se uma reduzida adesão ao uso da MMC, algo que deve ser revisto e optimizado no nosso centro clínico. Em suma, a instilação de MMC após a RTU tem um papel crucial na diminuição do risco de recidiva e deve ser realizada nos doentes com CNMI de risco baixo ou intermédio e com *score* de risco de recidiva EORTC < 5 .

C 68

HÁ VANTAGENS EM OBTER VÁRIAS AMOSTRAS MICROBIOLÓGICAS EM DOENTES SUBMETIDOS A CATETERIZAÇÃO URETERAL POR QUADRO DE PIELONEFRITE AGUDA OBSTRUTIVA?

Nuno Dias; Pedro Abreu-Mendes;
Paulo Oliveira-Dinis; Francisco Botelho
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução e objetivos: A obtenção de culturas microbiológicas é importante para identificar os agentes causadores de pielonefrite aguda, principalmente para guiar a escolha terapêutica, mas também a sua duração.

O objetivo deste trabalho foi determinar o rendimento dos vários métodos de cultura e determinar o mais apropriado a obter em doentes com diagnóstica de pielonefrite aguda obstrutiva que coloquem cateteres ureterais.

Métodos: Revisão retrospectiva dos resultados microbiológicos obtidos de doentes consecutivos submetidos a cateterização

ureteral urgente, em contexto de pielonefrite aguda obstrutiva, entre Janeiro e Março de 2020, num hospital terciário com urgência regional.

Resultados: 86 doentes consecutivos foram submetidos a cateterização ureteral durante a duração do estado. A idade média foi de 60 anos (mín 21 – máx 94), sendo 24 homens e 62 mulheres.

Uroculturas (UC), hemoculturas (HC) e culturas por cateterização ureteral (CC) foram obtidas em 71%, 73% e 57% dos doentes, respetivamente.

O número de total de amostras microbiológicas analisadas foi de 0 para 5 (6%), 1 para 21 (24%), 2 para 28 (33%) e 3 para 32 (37%) dos doentes.

Foram identificados agentes causadores em 66% das UCs, 31% das HCs e 40% das CCs obtidas.

Em 11 doentes a única amostra a identificar um agente causador foi em CCs, mas em 5 destes casos esta foi a única amostra obtida. Para doentes a quem 1, 2 ou 3 amostras diferentes foram analisadas, um agente causador foi identificado em 8 (38%), 11 (39%) e 22 (69%) dos doentes, respetivamente. Isto traduz-se numa maior probabilidade de identificar um agente maior para um maior número de amostras analisadas ($p < 0.05$).

Os agentes mais frequentemente identificados foram *E coli* ($n = 22$), *Klebsiella pneumoniae* ($n=7$), *Proteus spp* ($n=4$) e *Ent faecalis* ($n=3$).

Baseados em estudos de suscetibilidade locais, habitualmente utilizamos ceftriaxone como tratamento empírico da pielonefrite aguda. Nesta amostra, em 10 (12% do total) doentes foi identificado um agente causador resistente às cefalosporinas de 3ª geração.

Conclusão: Nenhum método de cultura foi capaz de identificar uma bactéria causadora de infeção para todos os casos, mas a um

maior número de amostras analisadas correspondeu uma maior probabilidade de identificar um agente.

As CCs fornecem informação adicional às UCs e HCs.

A taxa de resistências ao antibiótico de escolha local foi baixa, mas relevante.

Os autores acreditam que doentes com quadros de pielonefrite aguda obstrutiva submetidos a cateterização ureteral deverão ter UCs, HCs e CCs analisadas.

C 69

DIAGNÓSTICO DE LESÕES BENIGNAS VESICAIS – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

Débora Araújo¹; Carolina Marramaque¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Pedro Costa¹; Jorge Dias¹; Vitor Oliveira¹; Paulo Espiridião¹; Rui Amorim¹; Luís Costa¹; Luís Xambre¹; Manuel Pereira¹; José Amaral¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: As neoplasias vesicais benignas são pouco frequentes na nossa prática clínica. A sintomatologia e os achados imagiológicos são inespecíficos. De uma forma geral, estas lesões são abordadas como lesões malignas da bexiga e propostas para resseção vesical transuretral. O diagnóstico final é feito após análise histológica. Apesar de benignas, está descrito o risco de recorrência em alguns casos como nos papilomas uroteliais. No entanto, na grande maioria não é necessário tratamento.

Objetivos: Análise descritiva de casos clínicos com diagnóstico de lesões benignas vesicais.

Material e métodos: Realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a resseção vesical transuretral no nosso centro clínico durante o período de 1/1/2016 a 31/6/2020. Excluíram-se todos os casos de neoplasia maligna, inclusive doen-

tes em seguimento de neoplasia urotelial que realizaram ressecção transuretral vesical por suspeita de recidiva/recorrência/progressão de doença. Foi realizada uma caracterização clínica destes doentes.

Resultados: No período supramencionado foram realizadas 394 ressecções transuretrais de lesões vesicais em estudo. Destes, em 17 casos confirmou-se histologicamente a presença de lesões benignas (4,3%). Excluíram-se 2 casos observados de hiperplasia e displasia urotelial de alto grau. Foram observados os seguintes casos: papiloma urotelial (n = 5; 29,4%), papiloma urotelial invertido (n = 4; 23,5%), cistite cística (n = 2; 11,8%), cistite glandular (n = 2; 11,8%), cistite glandular associada a metaplasia intestinal (n = 1; 5,9%), metaplasia escamosa (n = 1; 5,9%), pólipos vesicais fibroepiteliais (n = 1; 5,9%) e leiomioma (n = 1; 5,9%). A idade média de diagnóstico foi de 61,8 anos (máximo 89 e mínimo 33 anos). As lesões foram sobretudo diagnosticadas no género masculino (n = 11; 64,7%). Em 4 casos (23,5%) os doentes estavam assintomáticos e o estudo foi motivado por achados incidentais ecográficos no estudo de outras situações clínicas. A hematúria foi a principal manifestação clínica (apenas um caso de hematúria microscópica) (n = 11, 84,6%), seguida de disúria (n = 2; 15,4%). Em todos os casos foram observadas lesões suspeitas na cistoscopia. Na maioria dos casos foram identificadas lesões papilares com máximo de 20 mm de maior eixo (n = 11; 64,7%). Todos os doentes foram submetidos a ressecção vesical transuretral para diagnóstico e exclusão de lesões malignas. Um doente com diagnóstico de papiloma urotelial apresentou recidiva vesical aos 21 meses e foi realizada fulguração da lesão. 10 doentes ainda mantêm seguimento em consulta externa de Urologia por outras patologias concomitantes (58,8%).

Discussão/Conclusão: As lesões vesicais benignas são pouco frequentes e têm uma apresentação clínica inespecífica. O diagnóstico diferencial com lesões vesicais malignas é difícil e frequentemente é necessário a realização de uma ressecção vesical transuretral para estabelecer o diagnóstico histológico definitivo.

C 70

QUAL A UTILIDADE CLÍNICA DA ECOGRAFIA ESCROTAL EM CONTEXTO DE TRAUMATISMO?

Nuno Dias; Teresa Pina-Vaz; Paulo Dinis-Oliveira; Francisco Botelho

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução e objetivos: O trauma testicular é uma razão pouco frequente de apresentação no Serviço de Urgência. Estes doentes podem ter uma baixa tolerância ao exame físico e uma rutura testicular não reconhecida pode estar associado a complicações futuras.

A ecografia é um meio simples e rápido de avaliação do conteúdo escrotal e detetar a rutura da túnica albugínea, mas o seu papel não está completamente definido.

O objetivo deste trabalho é avaliar o papel da ecografia escrotal na decisão clínica num contexto da vida real, descrevendo os achados ecográficos e a sua correlação com achados intra-operatórios.

Métodos: Análise retrospectiva de 53 casos de doentes que recorreram por trauma testicular ao serviço de Urgência de um hospital terciário, com contexto de urgência regional, entre 2009 e 2019. Foram recolhidos dados clínicos, resultados imagiológicos e achados intra-operatórios.

Resultados: A idade média foi de 25 anos. 48 e 5 doentes apresentaram-se após traumas contusos e penetrantes, respetivamente.

Os achados mais comuns ao exame físico foram dor à palpação (n = 41), edema local (n = 41) e equimose escrotal (n = 8).

A ecografia escrotal foi realizada pelo radiologista de urgência em 47 doentes. Não foi realizada em 6 doentes que ao exame físico apresentavam soluções de continuidade das túnica escrotais, com exteriorização de pelo menos um testículo.

Os achados ecográficos classificam 2, 10, 0, 28, 3 e 4 doentes com traumas grau 0-V (escala AAST), respetivamente.

Entre os doentes que realizaram ecografia escrotal, 40 (85%) foram submetidos a cirurgia.

Os achados ecográficos de heterogeneidade do parênquima e contorno irregular correlacionaram-se com a observação intra-operatória de laceração da albugínea ou destruição testicular. Apenas a heterogeneidade do parênquima se correlacionou com a intervenção cirúrgica realizada.

Nenhum doente com parênquima homogéneo necessitou de uma intervenção mais radical do que o re-encerramento da túnica albugínea.

O padrão de distribuição de hematoma intra e/ou extra-testicular não se correlacionou com os achados intra-operatórios.

Conclusão: A ecografia é um método importante para avaliar doentes com trauma testicular. A heterogeneidade do parênquima correlaciona-se com os achados intra-operatórios e a intervenção cirúrgica realizada, mas nenhum achado permite prever os resultados em todos os doentes com indicação cirúrgica.

C 71

PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL APÓS NEFRECTOMIA PARCIAL

Alexandre Macedo; Inês Peyroteo; Celso Marialva; Raquel João; Rodrigo Ramos; Eduardo Silva
Hospital Garcia de Orta (HGO); Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO)

Introdução e Objetivos: A nefrectomia parcial é o tratamento de eleição das pequenas massas renais. As complicações precoces mais frequentes são a hemorragia e fistula urinária. O pseudoaneurisma da artéria renal é uma complicação rara e existe apenas um número bastante limitado de casos publicados.

O nosso trabalho tem como objectivo descrever dois casos clínicos de doentes que desenvolveram um pseudoaneurisma após nefrectomia parcial.

Materiais e métodos: Consulta e revisão dos processos clínicos dos doentes submetidos a nefrectomia parcial por tumor do rim dos últimos dez anos. Descrição de dois casos clínicos que desenvolveram pseudoaneurisma após esta cirurgia.

Revisão da informação obtida após pesquisa bibliográfica através da Medscape, usando os termos médicos *Partial nephrectomy* e *Pseudoaneurysm*.

Resultados: O primeiro caso trata-se de uma mulher de 77 anos, submetida a nefrectomia parcial esquerda por via laparoscópica retroperitoneal (retroperitoneoscopia) em Abril de 2018, por formação nodular do rim esquerdo relatada em TC (tomografia computadorizada) como formação tumoral sólida, com captação de contraste, com diâmetro de cerca de 31mm. O tempo de isquémia quente foi cerca de 20 minutos. A cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo tido alta ao 4º dia de pós-operatório.

Ao 6º dia de pós-operatório a doente é re-internada por quadro de hematúria macroscó-

pica com queda de hemoglobina.

Realizou angio-TC que revelou uma deformação lobulada da artéria renal segmentar inferior com 23 x 20 mm, com preenchimento de contraste em fase arterial.

A doente foi submetida a arteriografia com embolização, com resolução do quadro de hematúria e estabilização clínica. Posteriormente teve boa evolução, mantendo-se em vigilância em ambulatório sem outras complicações, até ao momento.

O segundo caso clínico trata-se de uma doente do sexo feminino com 73 anos, com rim único funcionante, submetida a nefrectomia parcial direita por via aberta por lombotomia em Agosto de 2020.

Relatava-se em TC uma formação nodular sólida com 53 x 47 mm, hipercaptante, parcialmente endofítica, ao nível do terço inferior do rim direito. Por dúvida relativamente à extensão da lesão ao bacinete, foi colocado cateter ureteral duplo J em 1º tempo operatório. Em 2º tempo, foi realizada a nefrectomia parcial por lombotomia, tendo em conta o risco cirúrgico e o objectivo principal de realizar uma cirurgia poupadora de nefrónios. O tempo de isquémia quente foi cerca de 15 minutos. A cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo a doente tido alta ao 5º dia de pós-operatório.

É re-internada ao 14º dia de pós-operatório por quadro de síncope e hematúria com queda de hemoglobina.

Realizou angio-TC que demonstrou uma imagem ovalada bem delimitada medindo 15 x 10 mm que preenchia com contraste em fase arterial, compatível com pseudoaneurisma. Foi também submetida a arteriografia e embolização do mesmo.

A evolução após o procedimento foi favorável, mantendo neste momento vigilância clínica.

Discussão/Conclusões: O pseudoaneurisma

da artéria renal é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da nefrectomia parcial, com uma taxa de incidência descrita na literatura em 0,4 - 1,4%. Na maioria dos casos os doentes apresentam-se com hematúria e dor lombar, sendo o diagnóstico precoce e atempado de extrema importância. O tratamento mais frequente é a angio-embolização, sendo raras vezes necessária a re-intervenção e conseqüente nefrectomia radical.

Esta complicação é mais frequentemente descrita na cirurgia laparoscópica, no entanto apresentamos também um caso raro em que esta decorreu na cirurgia aberta.

Relatamos estes casos com o intuito de aumentar o grau de suspeição clínica e sensibilidade diagnóstica para esta patologia, tendo em conta tratar-se de uma complicação rara, mas que se adequadamente diagnosticada, tem um desfecho favorável.

C 72

FLORA MICROBIANA DE INFEÇÕES URINÁRIAS EM DOENTES COM CATETERES URETERAIS DUPLO J

Gabriel Faria-Costa; Diogo Pereira; Raquel Catarino; Frederico Carmo Reis; André Cardoso; Tiago Correia; Manuel Cerqueira; Rui Prisco
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Os cateteres ureterais duplo J são dispositivos médicos muito usados em Urologia. Ao longo do tempo, estes cateteres acabam ser colonizados com agentes infecciosos, potenciado pela criação de biofilme na sua superfície 1. Isto resulta na presença de bacteriúria que pode ter tradução em infeções do trato urinário (ITU), de gravidade variável. O conhecimento dos agentes mais prevalentes nas uroculturas de ITU é fundamental para dirigir a antibioterapia inicial 2.

Objetivo: Caracterizar a flora microbiana isolada em uroculturas de doentes portadores de cateteres ureterais duplo J.

Métodos: Com base no acesso aos registos

clínicos informatizados, foram identificados todos os doentes portadores de cateteres ureterais seguidos no Hospital de Pedro Hispano entre Janeiro de 2018 e Agosto de 2020. Foram excluídos da análise doentes também portadores de nefrostomias; doentes com cateteres ureterais mono J; doentes com infeções complexas (i.e. doentes com fístulas retovesicais; coleções pélvicas e/ou renais abecedadas). Foram identificadas as uroculturas positivas para agentes infecciosos da população acima referida. Foram avaliados o diagnóstico à colocação do cateter e o tempo de duração do mesmo. A análise dos dados foi realizada com recurso ao SPSS statistics versão 23.

Resultados: Foram identificados um total de 200 cateteres duplo J que foram colocados em 119 doentes durante o período da análise. Em 51% dos casos (n = 102), o motivo foi por pielonefrite aguda (PNA), sendo que dos restantes casos (n = 98), 47 colocações de cateter foram de doentes em plano regular de substituição de cateteres.

Foram isolados agentes infecciosos na urina colhida durante a colocação do cateter em 30 doentes (n = 27 com PNA e n = 3 sem PNA). Os resultados culturais permitiram isolar *Escherichia coli* em 50% (n = 15); *Proteus mirabilis* em 16% (n = 5); *Klebsiella pneumoniae* em 13% (n = 4); *Staphylococcus hominis* em 6% (n = 2); *Pseudomonas aeruginosa* em 3% (n = 1); outros em 10% (n = 1 para os restantes agentes). A flora microbiana foi alterada com o tempo de permanência do cateter, sendo que no grupo de cateteres com > 210 dias encontramos: *Escherichia coli* em 25% (n = 4); *Klebsiella pneumoniae* em 19% (n = 3); *Enterococcus faecalis* em 19% (n = 3); outros em 37% (n = 1 para os restantes agentes).

No global a resistência a antibacterianos dos agentes isolados foi: amoxicilina/acido clavulânico 33%; cefalosporinas de 2ª geração

24%; cefalosporinas de 3ª geração 22%; cefalosporinas de 4ª geração 2%; fosfomicina 16%; nitrofurantoína 16%; quinolonas 31% e carbapenémicos 6%.

Discussão: O agente mais prevalente nas ITUs em doentes portadores de cateteres ureterais é a *Escherichia coli*, seguido da *Klebsiella pneumoniae* e do *Proteus mirabilis*. O padrão de isolamentos em uroculturas altera-se com o tempo de permanência do cateter ganhando maior preponderância agentes como *Enterococcus*. As cefalosporinas permanecem uma boa opção para terapêutica empírica, com baixa taxa de resistência.

Referências: 1. Ozgur BC, Ekici M, Yuceturk CN and Bayrak O. Bacterial colonization of double J stents and bacteriuria frequency. *Kaohsiung J Med Sci.* 2013;29:658-61.

2. Shabeena KS, Bhargava R, Manzoor MAP and Mujeeburahiman M. Characteristics of bacterial colonization after indwelling double-J ureteral stents for different time duration. *Urol Ann.* 2018;10:71-75.

C73

LAPAROSCOPIC PUDENDAL NERVE NEUROLYSIS AS A TREATMENT FOR ERECTILE DYSFUNCTION

Alexandre Macedo; Luigi Bevilacqua; Sergio Skrobot; Renaud Bollens
Hospital Garcia de Orta Belgian Laparoscopic Urology Group

Introduction/Objectives: *Pudendal neuropathy is a rare entrapment disorder that is not well understood in the differential diagnosis of pelvic pain and sensory dysesthesia of perineal and genital organs. Pudendal neuralgia is a painful, neuropathic condition involving the dermatome of the pudendal nerve. It can be compressed when it passes between the sacrotuberous and sacrospinous ligaments or within the Alcock canal.*

Pudendal artery syndrome may accompany the latter condition due to the common path-

way of the pudendal nerve and artery. Laparoscopic pudendal nerve and artery decompression is an optional modality besides conservative and open approaches, to treat this condition.

Material and methods: Review of the clinical process and description of the clinical history of a patient who presented to our hospital with symptoms of erectile dysfunction and pudendal nerve entrapment.

Review of the bibliographic research in *Journal of Urology* and *Medscape* using the medical terms “Pudendal nerve”, “Pudendal artery syndrome” and “Erectile dysfunction”.

Results: A 34 years old male presented to our hospital with symptoms of perineal pain and erectile dysfunction. A clinical history and physical exam were performed in order to assess any postural or digital rectal examination (DRE) abnormalities. DRE was performed by applying pressure to the ischial spine, which serves anatomically as the insertion site for the sacrospinous ligament, which revealed a painful trigger.

A CT-guided infiltration test was performed in the Alcock canal for the suspicion of pudendal nerve entrapment. Perineal pain was relieved for 2 days after the procedure. One month after the infiltration test, the symptoms were back and the patient was proposed to a laparoscopic pudendal nerve decompression. Laparoscopic approach with 4 trocars was performed. An access through the peritoneum was made externally to the umbilical artery and the space was created until we reach the sacrosiatic ligament, that is further divided. Careful dissection of pudendal nerve and vessels from their emergence to the Alcock canal was performed. Blood loss was inferior to 50cc and no drain was needed at the end of the surgery.

Patient was discharged after one day of the surgery and no complications were reported.

The patient refers amelioration of the symptoms related to perineal pain and great improvement concerning the erectile function, one year after the surgery.

Conclusions: Pudendal nerve and artery entrapment can be caused by compression of the ischial spine by the sacrospinous and sacrotuberous ligaments or at the Alcock canal due to thickening of the obturator fascia. The diagnosis is mainly clinical and can be divided by sensory and motor function abnormalities.

The pudendal artery runs with the pudendal nerve and is prone to compression by the same mechanisms and may cause symptoms of penile dysesthesia, erectile dysfunction and premature ejaculation.

With the increasing use of laparoscopy in urology, laparoscopic pudendal nerve and artery decompression is an optional treatment modality besides conservative options like analgesics, physiotherapy, pudendal nerve block, and open surgical nerve decompression. Laparoscopic approach permits an access which allows the entire exploration of sacral plexus, enables diagnosis of other endopelvic pathologies (e.g. endometriosis), gives better cosmetic results, faster discharge and less pain in the post-op.

C 74

REMISSÃO DE CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANÇADO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Gabriel Faria-Costa; Raquel Catarino; Diogo Pereira; André Cardoso; Tiago Correia; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Rui Prisco
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O carcinoma urotelial representa 90% dos cancros da bexiga e 1-4% dos cancros da próstata 1. O seu prognóstico agrava consideravelmente com um maior grau de invasão local, sendo a sobrevida aos 5 anos inferior a 20% nos tumores com extensão

para estruturas ou órgãos adjacentes 2. A cirurgia nestes casos é controversa e muitas vezes mesmo impossível. No entanto, a resposta à quimioterapia pode abrir lugar a uma cirurgia de consolidação com impacto na sobrevida do doente.

Objetivo: Neste trabalho pretende-se expor uma abordagem a um doente com carcinoma urotelial da bexiga e uretra prostática localmente avançado considerado irressecável.

Caso clínico: Um homem de 64 anos, fumador (48 UMAs) foi referenciado à consulta por hematúria e documentação neoplasia da bexiga em ecografia. O doente foi submetido a uma Ressecção Transuretral Vesical (RTU-V), e 2 re-resseções (re-RTU), que revelaram pT1 de alto grau, sem envolvimento da uretra prostática. O estudo tomográfico toraco-abdomino-pélvico não mostrou lesões no alto aparelho urinário ou lesões secundárias. Foi proposta cistoprostatectomia radical que o doente recusou.

Iniciou imunoterapia intravesical com BCG, tendo sido realizada nova RTU, após a indução, que não mostrou sinais de malignidade. Manteve seguimento com cistoscopia a cada 3 meses, tendo sido detetada uma recidiva no colo vesical, 14 meses após início de BCG. Concomitantemente foi descoberta uma massa retal extensa com invasão da fáscia meso-retal e conglomerados adenopáticos nas cadeias obturadoras bilateralmente. O doente realizou nova RTU-V, biópsia transretal da lesão, biópsia da mucosa retal e biópsia prostática. Todas as peças histológicas revelaram carcinoma urotelial, sendo o estadió pT4a N2 M0 (AJCC/TNM *Staging System*, 8ª edição). Em reunião multidisciplinar, a lesão foi considerada irressecável.

O doente realizou 4 ciclos de quimioterapia com cisplatina e gencitabina. O seguimento com ressonância magnética nuclear pélvica mostrou uma regressão quase completa

da massa retal e das adenopatias pélvicas, pelo que foi considerado haver condições de ressecabilidade. O doente foi submetido a exenteração pélvica total e uretrectomia. A avaliação anatomopatológica não demonstrou neoplasia urotelial residual e permitiu registar um adenocarcinoma da próstata gleason 6 (3+3), pT2 N0 Mx R0. Em TC de seguimento aos 4 meses não foram visíveis recidivas ou metastização. Atualmente no 4º mês de pós-operatório, o doente apresenta-se sem evidência de recidiva neoformativa urotelial ou prostática.

Discussão: O carcinoma de células de transição urotelial é um tumor quimiossensível, pelo que a quimioterapia pode providenciar não só palição, bem como uma modesta melhoria da sobrevida nos doentes com doença avançada. Há evidência crescente que após uma resposta clínica à quimioterapia, a cirurgia extirpativa aumenta significativamente a sobrevida 3. De facto, perante uma resposta completa à quimioterapia, o benefício da cirurgia ainda é maior, com relatos de sobrevida de 41% aos 5 anos 2. Este caso clínico ilustra um caso raro de remissão clínica completa após quimioterapia de um carcinoma urotelial localmente avançado e irressecável, o que demonstra a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e o papel importante da cirurgia consolidativa.

Referências: 1. Miyazaki J and Nishiyama H. Epidemiology of urothelial carcinoma. *Int J Urol*. 2017;24:730-734.

2. Tyson MD, Chang SS and Keegan KA. Role of consolidative surgical therapy in patients with locally advanced or regionally metastatic bladder cancer. *Bladder (San Franc)*. 2016;3.

3. Black PC, Dinney CP, Brown GA, Kassouf W, Siefker-Radtke AO, Munsell MF, Grossman HB and Kamat AM. The role of radical cystectomy in patients with clinical T4b bladder cancer. *Urol Oncol*. 2011;29:157-61.

C 75

PIELONEFRITE ENFISEMATOSA COMPLICADA COM ASCITE QUILOSA E ENDOFTALMITE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO COM UMA EVOLUÇÃO INVULGAR

Pedro Francisco Fernandes¹;
Jorge Lima Fernandes¹; Maria do Carmo Caldeira²;
João Araújo Vital¹; Artur Real¹; Duarte Saunders¹;
João Faria Nunes¹; Manuel Serrão¹;
Ferdinando Pereira¹

¹Serviço de Urologia; ²Serviço de Cirurgia Geral –
Hospital Central do Funchal

Introdução: A pielonefrite enfisematosa é uma infecção necrotizante do rim, caracterizada pela produção de gás, apresentando prognóstico reservado. É uma entidade rara, mais frequente nas mulheres, acometendo quase sempre indivíduos diabéticos com mau controlo metabólico. A *E. coli* e *Klebsiella spp.* são os microrganismos comumente envolvidos. Nos casos de maior gravidade o tratamento passa pela nefrectomia.

Caso Clínico: Mulher de 65 anos, com displipidemia, internada por astenia, vômitos e dor abdominal no quadrante superior esquerdo com 3 dias de evolução. À admissão, encontrava-se apirética, normotensa, taquicárdica, polipneica, desidratada e com dor abdominal à palpação profunda no epigastro e hipocôndrio esquerdo, sem defesa. Analiticamente com proteína C reactiva de 520 mg/dL, trombocitopenia, ureia de 112 mg/dL, creatinina de 1,43 mg/dL, hiponatremia, desidrogenase láctica de 974 UI/L e glicemia de 430 mg/dL. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou rim esquerdo aumentado, com destruição do seu parênquima e presença de gás no espaço retroperitoneal em abundante quantidade. Neste contexto foi instituída antibio-terapia empírica e submetida a nefrectomia total esquerda por incisão sub-costal, com dissecação do hilo renal bastante laboriosa. No período pós-operatório imediato, a doen-

te mantinha hiperglicemia sustentada com necessidade de terapêutica insulínica, além de fluidoterapia vigorosa e manutenção de suporte vasopressor. Estabelecido o diagnóstico de diabetes inaugural com estado hiperosmolar. Paulatinamente verificou-se melhoria clínica e do controlo glicémico. Procedeu-se ao ajuste da antibioterapia em função da sensibilidade da *E. coli* identificada no sangue, na urina e no tecido renal.

Ao 3.º dia de pós-operatório observou-se drenagem de líquido de aspecto leitoso pelo dreno cirúrgico com um volume diário superior a 1500 mL, analiticamente compatível com quiloperitoneu. Foi instituída dieta hiperproteica com triglicéridos de cadeia média, estratégia que viria a ser combinada com administração de octreótido, assistindo-se à resolução progressiva desta complicação. Ao 7.º dia de pós-operatório é objectivada perda de acuidade visual à direita sem aparente percepção da luz, acompanhada de sinais inflamatórios dos tecidos moles peri-orbitários, quemose e hiperemia conjuntival. Admitindo tratar-se de endoftalmite de causa infecciosa, foram realizadas duas administrações intra-vitreas de antibióticos de largo espectro, complementadas com neomicina, ciclopentolato e timolol de aplicação tópica e corticoide, este último também sistémico. Apesar da redução dos sinais inflamatórios, não se observou recuperação da acuidade visual.

Discussão: Cada vez mais se tem dado primazia às abordagens terapêuticas poupadoras de nefrónios, particularmente nas classes 1 e 2 do sistema de classificação por TC de Huang e Tseng. Porém, casos como o reportado (classe 3B) mantêm indicação para realização de nefrectomia combinada com antibioterapia de largo espectro e medidas de suporte.

A dissecação difícil do hilo renal poderá ter

contribuído para a laceração de alguma estrutura do sistema linfático, coadunando-se com o surgimento de ascite quilosa. O seu tratamento passa por modificações dietéticas. Na ausência de melhoria, agentes farmacológicos como a somatostatina, o octreótido ou orlistat combinados ou não com dieta parentérica poderão revelar-se eficazes.

Soma-se a este caso invulgar a existência de uma endoftalmite, a qual poderá ter estado correlacionada com a pielonefrite enfisematosa, ainda que haja registo de traumatismo orbitário prévio. A origem endógena, a menos vulgar, associa-se a estados de infecção grave com repercussão sistémica, sendo a *E. coli* o microrganismo frequentemente implicado.

C 76

CARCINOMATOSE PERITONEAL – UM CASO RARO DE METASTIZAÇÃO DE CANCRO DA PRÓSTATA

Gabriel Faria-Costa; Diogo Pereira; Raquel Catarino; Manuel Cerqueira; Frederico Carmo Reis; André Cardoso; Tiago Correia; Rui Prisco
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O cancro da próstata (CaP) é a segunda causa de morte relacionada com cancro em homens 1. A sobrevida está dependente do estadiamento, sendo que a presença de metastização reduz drasticamente a sobrevida. Os locais mais comuns de metástases do CaP são: osso (84%), nódulos linfáticos distantes (10%), fígado (10%), tórax (9%) e cérebro (3%) 2. A metastização peritoneal é extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura.

Objetivo: Neste trabalho apresentamos um caso de metastização peritoneal 10 anos após o tratamento primário de CaP com radioterapia.

Caso clínico: Um homem de 64 anos obteve um doseamento de PSA de 9,61 ng/ml numa avaliação de rotina. Ao exame objetivo apre-

sentava uma próstata endurecida com nodularidade no ápex. O estudo ecográfico revelou uma próstata de 27 cc com uma área hipoe-cogénica no ápex. Foi submetido a biópsia prostática que revelou um adenocarcinoma prostático Gleason 9 (5 + 4) presente em todos os fragmentos, com invasão perineural e linfática. A cingigrafia óssea foi negativa para metástases.

Foi submetido a radioterapia radical, totalizando 74 *gray* e efetuou 3 anos de bloqueio hormonal completo com triptorelina e bicalutamida. O nadir de PSA foi 0.02 ng/mL após 2 anos.

No 8º ano de seguimento, o doente cumpriu critérios de recidiva bioquímica, tendo sido reintroduzido bloqueio hormonal completo, que se revelou eficaz durante 18 meses, altura em que se constatou nova progressão bioquímica. Aos 10 anos de seguimento foi detetada progressão imagiológica em tomografia computadorizada (TC) abdómino-pélvica que revelou um espessamento reticular do grande omento, com ascite pélvica associada. Foi efetuada análise citológica do líquido ascítico e biópsia do espessamento reticular que permitiram demonstrar a metastização de adenocarcinoma, de provável origem prostática. As endoscopias digestivas (alta e baixa), bem como demais exames imagiológicos foram negativas.

Perante a inexistência demais processos neoplásicos, foi discutido em reunião de grupo, tendo iniciado terapêutica hormonal de segunda linha com acetato de abiraterona e prednisolona. Entrou em falência bioquímica após 6 meses de tratamento, progredindo para quimioterapia sistémica com docetaxel, com boa tolerância.

Neste momento encontra-se em seguimento na consulta de Urologia e Medicina Paliativa, com boa resposta analítica e sintomática.

Discussão: A metastização peritoneal do

CaP é rara. Grande parte dos casos descritos na literatura ocorre após prostatectomia laparoscópica ou robótica, associando-se à disseminação associada às portas dos trocões 3. Em casos sem intervenção cirúrgica prévia, como o descrito, não há um mecanismo de metastização estabelecido, e aparentemente associam-se a uma histologia e comportamento tumoral mais agressivo 3.

Referências: 1. Rawla P. Epidemiology of Prostate Cancer. *World J Oncol.* 2019;10:63-89.

2. Gandaglia G, Abdollah F, Schiffmann J, Trudeau V, Shariat SF, Kim SP, Perrotte P, Montorsi F, Briganti A, Trinh QD, Karakiewicz PI and Sun M. Distribution of metastatic sites in patients with prostate cancer: A population-based analysis. *Prostate.* 2014;74:210-6.

3. Achard V, Achard G, Friedlaender A, Roth A, Tille JC, Miralbell R and Zilli T. Prostate Cancer Nonascitic Peritoneal Carcinomatosis After Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: 3 Case Reports and Review of the Literature. *Urology.* 2020;137:121-125.

C 77

PROSTATECTOMIA RADICAL ASSISTIDA POR ROBOT – EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Thiago Guimarães; Nguete Veloso; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; José Patena Forte; José Cabrita Carneiro; Fernando Calais; Fortunato Barros; Nelson Menezes; Luís Campos Pinheiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A realização de prostatectomia radical por via laparoscópica assistida por robot tem aumentado rapidamente, apesar da ausência de evidência clara de superioridade de resultados oncológicos ou funcionais a longo prazo comparativamente às vias

aberta ou laparoscópica.

Objetivos: Avaliação prospetiva da experiência inicial da prostatectomia radical assistida por robot num centro hospitalar.

Materiais e métodos: Análise prospetiva dos doentes submetidos a prostatectomia radical assistida por *robot* entre Outubro de 2019 e Agosto de 2020. Foram avaliados os dados demográficos, dados peri-operatórios e resultados oncológicos e funcionais com recurso a utilização pré e pós-operatória do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE-5) e a avaliação pós-operatória do número de pensos diários utilizados. Os dados foram posteriormente analisados com recurso ao IBM SPSS versão 25.0.

Resultados: Foram operados 71 doentes com uma média de idades: 66,32 anos (46-76 anos). Ao diagnóstico a mediana de PSA-T foi de 7,31 ng/mL (1,80-300ng/mL). Do total da amostra, 23 doentes foram submetidos a biópsia prostática de fusão e 48 a biópsia prostática transretal ecoguiada de duplo sextante. Os resultados histológicos da biópsia foram Gleason 6 em 5,6%, Gleason 7 (3 + 4) em 56,3%, G7 (4 + 3) em 28,2% Gleason 8 em 7% e Gleason 9 em 2,8%. A maioria apresentava estadio T1c (76%) e volume prostático médio de 41,55cc (18 - 95 cc). Segundo a classificação dos grupos de risco da *European Urology Association* para o Carcinoma da Próstata a maioria apresentava doença de risco intermédio (80,3%). Todos os doentes foram operados por via transperitoneal e apenas 1 caso exigiu conversão para via aberta. Foi efetuada linfadenectomia pélvica bilateral alargada em 23 doentes. A médio de tempo de cirurgia foi de 260 minutos nos casos sem linfadenectomia e 290 minutos nos casos com linfadenectomia. As perdas hemáticas foram de 373 mL (20 - 1000 mL), não sendo necessária transfusão sanguínea em nenhum dos casos. Ocorreram complicações

intraoperatórias em 2,8% dos casos e o tempo médio de internamento foi de 3 dias (2 - 35 dias). Ao 1º e 3º mês de seguimento houve evidência de recidiva bioquímica em apenas 1 doente. O IIFE-5 mediano pré-operatório foi de 19. O IIFE-5 ao 1º e 3º mês de pós-operatório revelou um declínio mais acentuado do IIFE-5. Continência social, definida como a utilização de 0 - 1 penso/dia, foi de 39,5% ao 1º mês e 57,7% no 3º mês de pós-operatório.

Conclusão: A prostatectomia radical assistida por robot é finalmente uma realidade no SNS e este procedimento pode ser realizado com segurança, apresentando resultados iniciais bastante animadores, concordantes com a literatura. É necessário um *follow-up* mais prolongado para avaliação dos resultados oncológicos e funcionais para efeitos de comparação com outras opções de abordagem cirúrgica para tratamento do carcinoma da próstata.

C 78

ANÁLISE NACIONAL DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA RENAL MAJOR

Nuno Dias; Joselda Abreu; Luís Pacheco-Figueiredo; Paulo Oliveira-Dinis; Francisco Botelho
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Há evidência crescente de que intervenções urológicas complexas têm menores taxas de mortalidade e de complicações quando realizadas em centros de grande volume.

Em Portugal foram criados centros de referência para algumas áreas urológicas (neoplasia do testículo e transplante renal), mas não para as neoplasias renais nem do urotélio alto.

A literatura é diversa no número de procedimentos para classificar um centro como de grande volume.

Objetivo: Este trabalho descreve o volume cirúrgico dos hospitais públicos nacionais para

3 procedimentos [nefrectomia radical (NR), nefrectomia parcial (NP), nefro-ureterectomia (NU)], por suspeita de neoplasia, entre 2000 e 2015.

Métodos: Obtivemos dados da base de dados da ACSS acerca dos registos de doentes que realizaram cirurgia renal major entre os anos 2000 e 2015, por suspeita de neoplasia, nos 45 hospitais públicos portugueses.

O volume cirúrgico médio por hospital foi calculado utilizando os anos 2013 a 2015.

Classificamos os centros individualmente para cada procedimento. Foram considerados centros de baixo volume aqueles que realizem por ano ≤ 20 nefrectomias radicais, ≤ 10 nefrectomias parciais ou ≤ 5 nefro-ureterectomias; e centros de grande volume aqueles que realizem por ano > 20 nefrectomia radicais, > 15 nefrectomias parciais ou > 5 nefro-ureterectomias.

Resultados: Durante os 16 anos analisados foram realizadas um total de 8496 nefrectomias radicais, 2204 nefrectomias parciais e 1352 nefro-ureterectomias.

Entre os anos 2000 e 2015 houve um aumento absoluto de 35%, 1120% e 330% no número total de NR, NP e NU, respectivamente. O número de NR aumentou entre 2000 ($n = 412$) e 2008 ($n = 637$), com diminuição posterior.

O número de NP e NU aumentou sucessivamente entre 2000 e 2015.

Entre os anos 2013 e 2015 realizaram-se: NR em 41 dos hospitais, sendo 33 deles classificados como centros de baixo volume e 8 de alto volume; NP em 37 dos hospitais, sendo 28 em centros de baixos volume e 6 de alto volume; NU em 37 dos hospitais, sendo 29 centros de baixo volume e 8 de alto volume.

Entre 2013 e 2015, foram realizadas em centros de baixo volume 796 (48% das) NR, 269 (31% das) NP, 181 (50% das) NU; e em centros de alto volume 871 (52% das) NR, 489

(57% das) NP, 182 (50% das) NU.

Conclusões: Em Portugal a maioria dos hospitais realiza cirurgias renais major por suspeita de neoplasia e uma grande parte destes procedimentos é realizado fora de centros de grande volume.

Seria importante avaliar outros dados relacionados com complexidade dos doentes tratados por centro, os resultados peri-operatórios e a satisfação dos doentes após tratamento.

Estes dados deverão levar a uma reflexão sobre a organização dos cuidados prestados pelo SNS a doentes com suspeitas de neoplasia renal ou do urotélio alto, nomeadamente os submetidos a cirurgia renal *major*.

C 79

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO VESICAL – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandre Gromicho; Duarte Saunders; Jorge Fernandes; Artur Real; Manuel Serrão; Ferdinando Pereira

Hospital Dr. Nélio Mendonça - Funchal

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório da bexiga é uma entidade rara, que pode atingir qualquer órgão mas é particularmente comum no aparelho urogenital, sobretudo na bexiga. Representa < 1% de todos os tumores vesicais. Estão descritas na literatura várias designações como pseudotumor inflamatório, tumor fibromixóide pseudo-sarcomatoso inflamatório, fasceite nodular, tumor miofibroblástico pseudo-sarcomatoso e pseudotumor fibromixóide. A etiologia é desconhecida e afeta sobretudo homens na 3ª década de vida. Clinicamente inespecífico, estas lesões são frequentemente abordadas como lesões malignas da bexiga, propostas para ressecção vesical transuretral e o seu diagnóstico definitivo é apenas feito após estudo histológico e imunofenotipagem. Apesar do comportamento benigno, existe um risco

de recidiva em 25% dos casos e por isso é importante manter uma vigilância clínica.

Objetivos: Destacar o desafio diagnóstico e a importância da histologia e da imunofenotipagem no diagnóstico do tumor miofibroblástico inflamatório da bexiga.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de um doente com diagnóstico do tumor miofibroblástico inflamatório da bexiga observado no nosso centro clínico.

Resultados: Jovem de 18 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo recorreu a consulta externa de Urologia por queixas isoladas de hematúria macroscópica com 1 mês de evolução. Exame físico sem alterações. Fez ecografia vesical que mostrou a presença de uma lesão vesical com dimensões de 37 mm x 26 mm x 36 mm na parede lateral esquerda. Na cistoscopia foi observada lesão papilar volumosa localizada na parede lateral esquerda de aspeto suspeito. Foi submetido a ressecção vesical transuretral completa que revelou a existência de uma lesão com proliferação mesenquimatosa fusocelular, arquitetura fasciculada, constituída por células fusiformes com características fibroblásticas/miofibroblásticas, escassa atipia e baixa atividade mitótica, num estroma mixóide. Em relação à imunofenotipagem, revelou a presença dos seguintes marcadores: AE1/AE3 +, CAM 5.2 +, actina do músculo liso +, desmina + e cinase do linfoma anaplásico (ALK) +. Foi feito o diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatório vesical. Até à data, o doente está assintomático e não apresenta sinais de recidiva de doença.

Discussão/Conclusão: O tumor miofibroblástico inflamatório da bexiga é raro e o seu diagnóstico é um verdadeiro desafio no dia-a-dia. Clínica e imagiologicamente inespecíficos, são geralmente abordados como neoplasias vesicais malignas e submetidos a ressecção vesical transuretral. O estudo histo-

lógico e a imunofenotipagem são fundamentais para um diagnóstico definitivo. Apesar do comportamento benigno, estes doentes necessitam de uma vigilância clínica pelo risco de recidiva.

C 80

ABORDAGEM DO CANCRO DA PRÓSTATA: ONDE ESTAMOS A FALHAR?

Miguel Gil; João Guerra; Vanessa Andrade; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Fernando Calais da Silva; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O cancro da próstata é o cancro mais frequente no sexo masculino, representando 21% dos novos casos de neoplasia, e é responsável por 10% dos óbitos por doença oncológica no sexo masculino. A abordagem do doente oncológico é complexa, sendo, portanto, essencial uma abordagem multidisciplinar. Contrariamente à doença oncológica dos outros sistemas orgânicos em que se encontra demonstrado o valor da discussão destes doentes em sede de reunião multidisciplinar, existem muito poucos estudos referentes ao papel da reunião multidisciplinar na doença oncológica do foro urológico.

Objectivos: Este estudo teve como principal objectivo avaliar o papel da reunião multidisciplinar na abordagem do cancro da próstata no nosso centro hospitalar e quais as principais falhas identificadas e corrigidas.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo de todos os doentes com cancro da próstata discutidos na Avaliação Multidisciplinar de Terapêutica Urologia/Oncologia (AMTUO) entre Janeiro e Dezembro de 2019 no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. A proposta clínica formulada pelo urologista assistente foi considerada:

- Aceite: se o plano clínico original foi aceite pela AMTUO sem alterações relevantes;

- Alterada: se o plano clínico original foi alterado pela AMTUO;

- Rejeitada: casos em que a AMTUO rejeitou o plano original e este teve de ser apresentado numa nova reunião da AMTUO; estes casos foram subdivididos em rejeição por estadiamento insuficiente ou rejeição por problemas administrativos;

- Sem plano: doentes enviados para discussão na AMTUO sem plano clínico definido; estes foram subdivididos em doentes referenciados para revisão de exames complementares de diagnóstico ou em casos clínicos de elevado grau de complexidade enviados para discussão e formulação de um plano clínico em conjunto.

Realizou-se ainda uma análise mais pormenorizada dos principais motivos que levaram a alteração da proposta clínica.

Resultados: Durante os 12 meses abrangidos pelo estudo a AMTUO reuniu 50 vezes, tendo discutido 501 doentes num total de 710 propostas clínicas. Do total de propostas, 54.9% (390 propostas) corresponderam a propostas referentes a doentes com cancro da próstata. Destas, 240 propostas (61.5%) foram aceites, 45 (11.5%) foram alteradas, 63 (16.2%) foram rejeitadas (40 [10.3%] por estadiamento insuficiente e 23 [5.9%] por problemas administrativos) e 42 (10.8%) não tinham plano clínico definido (11 [2.8%] casos foram enviados para revisão de exames complementares de diagnóstico e 31 [7.9%] casos de elevado grau de complexidade foram referenciados para formulação de um plano clínico em conjunto). Na estratificação por estadiamento verificou-se que as propostas referentes a estadios mais avançados da doença apresentaram uma menor taxa de aceitação. Na análise dos principais motivos que levaram a alteração da proposta clínica (45 propostas) verificou-se que a principal alteração foi a alteração do tipo de cirurgia a

efectuar (21 propostas; adição ou subtracção de linfadenectomia a propostas de prostatectomia radical).

Discussão/Conclusões: A AMTUO alterou a conduta de 38.5% dos casos referenciados, tendo tido um papel essencial na gestão clínica destes doentes e na garantia de que esta é realizada de acordo com os últimos estudos e guidelines. Este valor encontra-se dentro do intervalo de valores reportado na literatura (1.6 a 65.4%). As 63 propostas rejeitadas (16.2% das propostas) correspondem a doentes com estadiamento insuficiente ou cujos exames complementares de diagnóstico não se encontravam disponíveis aquando da reunião, correspondendo, portanto, a uma oportunidade de melhoria no futuro. Em suma, a abordagem multidisciplinar é de extrema importância para a prestação de cuidados de excelência aos doentes com cancro da próstata, devendo todos estes doentes ser referenciados para discussão multidisciplinar.

C 81

HEMATÚRIA PARASITÁRIA OU UMA ETIOLOGIA AINDA MAIS RARA? UM CASO CLÍNICO

João Aragão Vital; Pedro Fernandes; Alexandre Gromicho; Jorge Lima Fernandes; Artur Real; Duarte Saunders; João Faria Nunes; Manuel Serrão; Ferdinando Pereira
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A shistosomíase ou bilharziose é uma parasitose muito prevalente nos países com climas tropicais afetando cerca de 350 milhões de pessoas. O *shistosoma haematobium* é o principal agente responsável pela shistosomíase urinária encontrando-se geralmente na África, Arábia Saudita, Israel, Jordânia, Líbano e Síria. Embora rara no nosso país, estão descritos alguns casos, principalmente em imigrantes das ex-colónias portuguesas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, com 20 anos, de raça negra, natural de Moçambique, a residir em Portugal há 10 meses, recorreu várias vezes aos serviços de saúde por hematúria terminal acompanhada de dor hipogástrica e lombalgia esquerda, culminando em diagnósticos recorrentes de infeção do trato urinário. Numa das idas ao serviço de urgência por esta sintomatologia, realizou uma análise de urina onde foi detetada presença de ovos de shistosoma haematobium. Ficou internada no serviço de Urologia com o diagnóstico de shistosomíase urinária crónica.

Discussão: O diagnóstico foi realizado com a deteção de ovos de shistosoma haematobium na análise de urina, complementado com teste serológico positivo para o parasita e presença de imagens sugestivas da patologia, observáveis na cistoscopia.

Realizou TC renal e vias urinárias a qual não demonstrou existência de complicações decorrentes de shistosomíase. Este exame de imagem mostrou um achado curioso: Síndrome de Quebra-nozes com atraso da captação de contraste das pirâmides renais esquerdas. Esta patologia é causada por uma compressão extrínseca da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior, anteriormente, e pela artéria aorta, posteriormente, causando quadros recorrentes de hematúria e lombalgia esquerda. O conseqüente aumento da pressão venosa renal leva a rotura dos capilares para o sistema coletor, causando hematúria microscópica ou macroscópica.

Coexistem, assim, duas patologias distintas causadoras de semelhante sintomatologia urológica na mesma doente.

Durante o internamento foi realizado tratamento médico recomendado com Praziquantel.

Conclusão: A shistosomíase urinária deve ser um diagnóstico a ponderar em doentes

com hematúria microscópica ou macroscópica provenientes de zonas endémicas do parasita.

A importância de um diagnóstico precoce é fulcral no desfecho clínico do doente. A doença não tratada pode levar a várias complicações urológicas decorrentes da inflamação crónica e consequente formação de tecido fibrótico, tais como alterações da contratilidade vesical, estenoses do ureter e ulcerações crónicas. A complicação mais temida é o carcinoma de células escamosas, sequela da metaplasia epitelial frequentemente presente.

O tratamento com anti-parasitário Praziquantel é recomendado em casos de doença ativa, embora não reverta as sequelas da doença nem a re-infecção.

A síndrome de Quebra-nozes em caso de persistência de sintomas pode levar à necessidade de várias modalidades terapêuticas como colocação de stent na veia renal esquerda, transposição da artéria mesentérica superior ou veia renal esquerda e autotransplante de rim esquerdo.

C 82

REPENSAR A DISFUNÇÃO EJACULATÓRIA PÓS-RTUP

João Felício; Tiago Ribeiro Oliveira; Natália Martins; Artur Palmas

Serviço de Urologia - Hospital das Forças Armadas

Introdução: As disfunções ejaculatórias, constituem as disfunções sexuais iatrogénicas mais comuns, resultantes de procedimentos urológicos, nomeadamente no decorrer do tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP). Relativamente ao tratamento cirúrgico endoscópico da HBP, a ressecção transuretral da próstata (RTU-P), continua a ser a técnica *gold standard*, apesar de ter associada uma taxa de disfunção ejaculatória de 66,1%, o que tem levado à procura de técnicas alternativas, para a re-

solução da obstrução, preservando a função ejaculatória.

Classicamente assumiu-se que na origem da disfunção ejaculatória associada aos doentes submetidos a RTU-P, se encontrava uma ejaculação retrógrada, por lesão do colo vesical. O diagnóstico de ejaculação retrógrada, está definido como a presença de espermatozoides numa amostra de urina pós-orgasmo, podendo também ser identificada a presença de frutose nesta mesma amostra de urina. Segundo McMahon e outros, a amostra de urina pós-orgasmo, deverá ser centrifugada, e a visualização de 10 a 15 espermatozoides por campo de alta ampliação, confirma o diagnóstico de ejaculação retrograda, enquanto Fedder e outros, define ejaculação retrógrada, como a presença de mais de um milhão de espermatozoides, numa amostra de urina pós-ejaculatória.

Objectivos: Após revisão bibliográfica, constatou-se que nunca foi demonstrado analiticamente a presença de ejaculação retrograda, em doentes previamente submetidos a RTU-P, através da pesquisa de espermatozoides na análise de urina pós-ejaculação. Pelo que a realização deste estudo, teve por objectivo, o esclarecimento, do mecanismo associado à disfunção ejaculatória pós RTU-P.

Material e métodos: Sete doentes previamente submetidos a RTU-P bipolar, realizaram colheita de urina após orgasmo. As amostras de urina foram centrifugadas e analisadas, de acordo com os critérios da *World Health Organization*.

Resultados: Em 4 amostras de urina pós-orgasmo e após centrifugação, identificou-se a presença de escassos espermatozoides (< 10), por campo de alta ampliação. Nas restantes 3 amostras não se identificou a presença de espermatozoides.

Discussão/Conclusões: Tendo em conta, os resultados apresentados, deve ser abando-

nado o termo ejaculação retrógrada, e substituído por disfunção ejaculatória, quando nos referimos às alterações ejaculatórias decorrentes do tratamento cirúrgico endoscópico da HBP, e a posterior utilização deste conhecimento no desenvolvimento de técnicas preservadoras da função ejaculatória.

C 83

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À RESSECÇÃO VESICAL TRANSURETRAL – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

Alexandre Gromicho¹; Daniela Pereira²;
Raquel Rodrigues²; Débora Araújo²;
Carolina Marramaque²; Pedro Costa²; Jorge Dias²;
Vitor Oliveira²; Paulo Espiridão²; Rui Amorim²;
Luís Costa²; Luís Xambre²; José Amaral²;
Luís Ferraz²

¹Hospital Central do Funchal; ²CHVN Gaia/Espinho

Introdução: As neoplasias vesicais são o segundo tumor mais frequente do aparelho genito-urinário. Embora a ressecção transuretral seja o procedimento diagnóstico e terapêutico de eleição, não é isento de complicações. A hemorragia intra e pós-operatória é a complicação mais frequente, seguida da perfuração vesical, na maior parte dos casos extra-peritoneal. A maioria destes doentes pode ser tratado de forma conservadora, no entanto alguns casos necessitam de reintervenção cirúrgica.

Objetivos: Avaliar e descrever as complicações das ressecções transuretrais realizadas no nosso centro clínico.

Material e métodos: Realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a ressecção transuretral por patologia neoplásica confirmada histologicamente no período de 01/01/2016 até 31/12/2018.

Resultados: Foram incluídos no estudo 230 doentes. Destes 187 (81,3%) eram do sexo masculino e 43 (18,7%) do sexo feminino. A idade média foi de 70 anos (+/- 10 anos). 67% das lesões (n = 154) eram únicas. Re-

lativamente ao tamanho das lesões, 54,3% (n = 125) tinham 3 ou mais centimétricos. Foram descritas complicações em 22,6% dos doentes (n = 52). As complicações foram: perfuração vesical extra-peritoneal (n = 22; 9,5%), hematúria significativa/bexiga de coágulos (n = 14; 6%), infecção do tracto urinário (n = 9; 3,9%), retenção urinária aguda (n = 2; 0,8%), lesão renal aguda obstrutiva (n = 2; 0,8%) e perfuração vesical intra-peritoneal (n = 1; 0,4%). Houve necessidade de reinternamento em 5,2% dos casos (n = 12). 50% das doentes com hematúria significativa precisaram de suporte transfusional. Relativamente às perfurações vesicais extra-peritoneais, 55% foram provocadas pelo refluxo obturador e a grande maioria tratada conservadoramente através de cateterismo ureteral prolongado. Em apenas 1 dos casos houve necessidade de drenagem percutânea de colecção no espaço de retzius. No caso da perfuração intra-peritoneal foi realizada laparotomia exploradora seguida de cistectomia radical por incapacidade de efectuar cistografia. Não foram identificadores factores preditores de complicações após RTU.

Discussão/Conclusão: A RTU é um procedimento muito frequente na prática clínica de um Urologista, no entanto as complicações associadas não são menosprezáveis. A hemorragia e a perfuração vesical foram as complicações mais observadas. Apesar da maioria implicar um tratamento conservador não é de ignorar a morbilidade associada ao procedimento.

XVI SIMPÓSIO APU

Linhas de Orientação em Urologia

VÍDEOS COM APRESENTAÇÃO EM SALA

08:30-09:30h APRESENTAÇÃO DE VÍDEOS

Moderadores: Luís Campos Pinheiro (Lisboa), Belmiro Parada (Coimbra) e Carlos Silva (Porto)

V 01

THE GOYRI-O'NEILL PERFUSION TECHNIQUE OF CADAVERIC EMBALMING: A NOVEL APPROACH TO ADVANCED LAPAROSCOPIC SURGICAL TRAINING

Tiago Ribeiro de Oliveira¹; Nuno Domingues¹; Artur Palmas¹; João Felício¹; Chandra Shekhar Biyani²; Diogo Pais³; João Goyri-O'Neill³

¹Armed Forces Hospital, Department of Urology, Lisbon, Portugal; ²Leeds Teaching Hospitals, Department of Urology, Leeds, United Kingdom;

³Nova Medical School, Department of Anatomy, Lisboa, Portugal

Introduction: Over the past decades, laparoscopy has become the standard surgical approach for many urological conditions. However, due to the steep learning curve, achieving proficiency in laparoscopic surgery requires considerable training. Given the obvious ethical concerns with patient safety, it is recommended that urologists achieve a certain level of expertise before performing procedures on patients. In line with these concerns, several artificial models have been developed for basic and intermediate laparoscopic training. Nevertheless, there is still no consensus on the best model to train advanced laparoscopic skills. The Goyri-O'Neill perfusion technique (GOPT) is a novel technique of cadaveric embalming, that avoids the

use of formol and provides specimens with optimal anatomical landmarks and realistic tissue characteristics, making it ideal for surgical training.

Objectives: We present a video of several advanced laparoscopic urological procedures performed in cadaveric models prepared with the GOPT.

Materials and methods: Cadaveric specimens were provided by the Nova Medical School Department of Anatomy, from the voluntary Body Donation to Science program, after the mandatory informed consent was obtained, in accordance to the previously designed protocol approved by the National Committee for the Sciences of Life and in line with the principles of the Declaration of Helsinki.

Results: The GOPT cadaveric model was tested for its applicability in advanced laparoscopic skills training, using several laparoscopic urological procedures, including both the upper and lower urinary tract. Procedures were performed during three editions of a 3-day advanced laparoscopic skills course, both by experts (performed > 50 laparoscopic procedures) and non-experts (performed ≤ 50 laparoscopic procedures). The following laparoscopic procedures of the upper urinary tract were performed: pyeloplasty, adrenalectomy, partial nephrectomy, radical nephrectomy and retroperitoneal lymph node dissection. The following laparoscopic procedures of the lower urinary tract were performed:

radical cystectomy (both in male and female specimens), radical prostatectomy and pelvic lymph node dissection.

Discussion/Conclusions: *The GOPT of cadaveric embalming is a novel approach to cadaveric specimen preservation that provides optimal tissue structure and organ anatomy, making it the ideal model for advanced laparoscopic surgical training.*

V 02

LINFADENECTOMIA INGUINAL MODIFICADA VIDEOENDOSCÓPICA

António Modesto Pinheiro; Sara Duarte; André Barcelos; Sónia Ramos; Ricardo Cruz; Pedro Bargão; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A neoplasia do pênis é uma neoplasia urológica rara, correspondendo a 0,4 a 0,6% dos tumores malignos. A sua abordagem terapêutica é complexa. Os seus principais fatores prognósticos são o grau de diferenciação e de invasão local do tumor primário assim como a presença e a extensão do envolvimento ganglionar.

A invasão ganglionar nesta neoplasia inicia-se pelos gânglios linfáticos inguinais superficiais, de seguida os profundos e só posteriormente os gânglios pélvicos. Os gânglios intra-abdominais nesta neoplasia já contabilizam doença metastática.

A abordagem terapêutica divide-se no tratamento do tumor primário e no tratamento do envolvimento ganglionar. A abordagem para o envolvimento ganglionar tradicional era com recurso à linfadenectomia ileo-inguinal radical. Contudo esta técnica está associada a um grande número de complicações, condicionando uma grande morbilidade, de até 50%. Desta forma novas abordagens tal como a biópsia do gânglio sentinela e a linfadenectomia inguinal modificada foram desenvolvidas com diminuição da morbilidade e sem condicionar piores resultados oncológi-

cos. Posteriormente foram ainda exploradas novas abordagens através do uso de cirurgia minimamente invasiva, quer por via videoendoscópica ou auxiliada por robot, obtendo os mesmos resultados.

Objetivos: Apresentação de um vídeo de linfadenectomia inguinal modificada laparoscópica realizada na nossa instituição.

Material e métodos: Este vídeo foi gravado utilizando abordagem laparoscópica com visão 3D.

Resultados: Doente do sexo masculino, 82 anos com antecedentes de penectomia parcial por Carcinoma Pavimento Celular do pênis pT3 G3 R1 (AJCC, 8ª edição). Na observação clínica com coto peniano com boa cicatrização e sem gânglios palpáveis, com indicação para penectomia parcial em coto restante e para linfadenectomia inguinal modificada bilateral via laparoscópica.

A linfadenectomia foi realizada com sucesso, com excisão de 8 gânglios inguinais, sem evidência de metástases. No pós-operatório apresentou linfocelo à direita após 3 semanas da cirurgia com necessidade de reinternamento para drenagem percutânea e com controlo obtido. Atualmente com 2 meses de *follow-up* e sem recidiva ou evidência de outras complicações.

Discussão/Conclusões: A linfadenectomia inguinal modificada por via laparoscópica é uma técnica oncológica correta e de simples execução para um cirurgião com experiência laparoscópica. A sua vantagem advém da baixa taxa de complicações e baixa morbilidade associada, e do facto de não condicionar os resultados oncológicos.

V 03

LAPAROSCOPIA URACHAL CYST EXCISION

Bernardo Lobão Teixeira¹; Fernando Vila²;
Joaquim Lindoro²

¹Centro Hospitalar do Porto; ²Centro Hospitalar
Tâmega e Sousa

Introduction: *We present a case of a 30 years old male referred to our Urology department for an incidental urachal cyst on a routine ultrasound. Abdomen CT showed a 6 * 6 cm cystic abdominal mass, with calcified walls. MRI confirmed the presence of a cyst mass, compressing the bladder wall and suggestive of a urachal cyst. A laparoscopic urachal cyst excision was proposed.*

Objective: *To present a video of a laparoscopic urachal cyst excision*

Methods: *Retrospective data of the patient was collected. Surgical video was edited to show the mains steps of this procedure.*

Results: *A laparoscopic urachal cyst excision was performed, with minimal morbidity for the patient. Pathology results confirmed the presence of an Urachal mucinous cystic tumour.*

Conclusion: *Laparoscopic excision of urachal cysts is a simple, safe and effective approach, with very low morbidity.*

V 04

CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL DA BEXIGA POR VIA LAPAROSCÓPICA

Diogo Pereira; André Barcelos; Jean-Hubert Maquet;
Renaud Bollens

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; Hospital
Fernando Fonseca; Centre Hospitalier Epicura
Baudour - Bélgica

Este é um caso de um homem de 75 anos que foi orientado à consulta de Urologia por uma volumosa tumefação escrotal à direita. O exame físico demonstrou uma aparente hérnia inguinal confirmada por TC, que demonstrou a presença de grande parte da bexiga no escroto.

Foi efetuada a redução da hérnia e hernioplastia com sucesso por via laparoscópica sem qualquer intercorrência. O doente teve alta ao fim de 24h.

18:00-19:00h APRESENTAÇÃO DE VÍDEOS

Moderadores: Palma dos Reis (Lisboa),
Francisco Rolo (Coimbra) e Estêvão Lima (Porto)

V 05

INFLATABLE PENILE IMPLANT FOR PHALLOPLASTY FOLLOWING MAJOR TRAUMA

João Pedroso Lima; Paulo Azinhais; Paulo Temido;
Miguel Eliseu; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra

This video presents the first penile prosthesis implantation (PPI) following phalloplasty performed in the Portuguese National Health System, on a cis-gender patient who suffered penile avulsion following major trauma. The patient was a 27-year-old patient who suffered a major car accident with trauma to the pelvis, resulting in left hemipelvectomy and penile amputation. He was subsequently submitted to phalloplasty with latissimus dorsi flap. To our knowledge, this represents one of the very few PPI for phalloplasty on a cis-gender patient worldwide, with few reports on PPI for phalloplasty, which consider mostly transgender patients. This surgery faces multiples challenges, with the absence of penile crura and corpora cavernosa resulting in no anchor points and higher risk of erosion, a poorer vascularization of the neophallus, which increases risk for infection and erosion, and patients who are usually younger and therefore sexually more active, with higher risks of mechanical faults. These challenges result ultimately in a high rate of infection and need for implant removal, with

device survival rates of 30 - 60%. For this purpose, we selected the ZSI 475FtM prosthesis, which consists on a three component, single cylinder inflatable implant, with a stainless pad at the proximal end that allows for pubic bone fixation. The video outlines the surgical steps to obtain the best results while attempting to minimize every factor that could lead to prosthesis explantation.

V 06

CORRECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE FISTULA VESICOVAGINAL APÓS HISTERECTOMIA ABDOMINAL VIA ABERTA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Medeiros; Miguel Gil; João Guerra; Vanessa Andrade; Nguete Veloso; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Frederico Ferronha; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: A fistula vesicovaginal representa uma causa importante de morbidade feminina. A causa mais comum é iatrogénica, destacando-se os procedimentos ginecológicos que são responsáveis por aproximadamente 90% dos casos.

Objectivo: Descrição um caso clínico e técnica de correcção cirúrgica via laparoscópica de fistula vesicovaginal após histerectomia aberta, com recurso a vídeo.

Material e métodos: Doente sexo feminino, de 42 anos, submetida a histerectomia abdominal por metrorragias associadas a miomas uterinos volumosos. No pós operatório precoce, a doente desenvolveu quadro de febre e dor abdominal causado por abscesso pélvico, cujo tratamento foi conservador. Posteriormente, inicia queixas de perdas insensíveis de urina e é diagnosticada com fistula vesicovaginal. A doente foi submetida a correcção da fistula vesicovaginal por via laparoscópica transperitoneal. Realizou previamente cistoscopia e cateterização ureteral bilateral com stents 6Fr 24 cm.

O procedimento iniciou-se com a colocação dos trocões: o primeiro de 12 mm na margem inferior do umbigo após pneumoperitонеu estabelecido com agulha Veress; para a colocação do segundo trocar de 12 mm, foi realizada uma incisão a dois centímetros medialmente à espinha iliaca antero superior esquerda; o terceiro trocar, de 5 mm a 2 cm medialmente à espinha iliaca antero superior direita e o último de 5 mm no ponto situado entre a junção de 2/3 laterais e 1/3 medial da distância entre a espinha iliaca antero superior direita e o umbigo.

Procedeu-se à lise aderências do cólon à parede abdominal e ao rebatimento do cólon esquerdo. A abordagem da fistula vesicovaginal realizou-se após incisão transversal ao nível da cúpula da bexiga. Realizou-se cateterização do trajecto fistuloso, o seu isolamento e fistulectomia, após incisão da vagina. Encerramento da vagina longitudinalmente e da bexiga transversalmente. Cistorrafia da cúpula vesical. Optou-se pela interposição de epiploon entre a vagina e a parede vesical anterior.

Resultados: A cirurgia demorou 170 min. Houve 250 cc de perdas hemorrágicas. Decorreu sem intercorrências. A doente ficou algaliada durante 2 semanas. Sem recidiva aos três meses de *follow up*.

Conclusões: A laparoscopia é uma opção eficaz e minimamente invasiva para o tratamento de fistula vesicovaginal, mesmo após cirurgia por via aberta.

V 07

LAPAROSCOPIC CALYCEAL REINSERTION DURING A PARTIAL NEPHRECTOMY: A TRICK TO MAXIMIZE NEPHRON-SPARING

Miguel Miranda; Tito Palmela Leitão;
Miguel Fernandes; Joana Polido; João Almeida;
José Palma dos Reis

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introduction: Partial nephrectomy (PN) is currently the gold standard treatment for small renal masses. The main goal of PN is to spare as many nephrons as possible thereby preserving kidney function and preventing an increase in cardiovascular risk. Despite the inherent risk of tumour disruption and positive margins, PN has shown similar oncological safety compared to radical nephrectomy.^{4,5} There has been increasing concern with sparing as many nephrons as possible, expanding indications and stimulating technical refinement. However, these procedures can sometimes be challenging with the need to balance its feasibility with safety and oncological outcomes.

Objectives: To present a technique of minimally invasive calyceal reinsertion during a laparoscopic left partial nephrectomy in order to maximize parenchymal volume preservation and minimize ischemia-related damage.

Material and methods: A 45 years old female patient presents with a 20 mm contrast-enhancing incidental solid nodule on abdominal-CT. The tumour was mesorenal, endophytic and localized on the anterior lip of the middle third of the left kidney. Initial renal biopsy showed no evidence of malignancy and the patient went on active surveillance. Due to later clinical growth and suspicious features, the patient was proposed for laparoscopic left partial nephrectomy.

Results: The patient was positioned in a right lateral decubitus and four ports were placed. An offclamp left partial nephrectomy was

performed using an enucleoresection technique. The tumour was in contact with the renal sinus and lobar veins. During excision, a calyx was disinserted from the respective renal papillae. Due to the clean cut observed and with the objective of preserving this renal unit, a calyceal reinsertion was performed with an anastomotic technique to the renal fornix. The suture was performed with 5-0 multifilament absorbable suture and a 17 mm ½ round needle. The suture site was covered with a hemostatic matrix. The procedure lasted 105 minutes with an estimated blood loss of 50 mL. A redivac drain was placed in the left parietocolic gutter, which was removed on D2 post-op with residual drainage. The patient was discharged at D2 postoperative. Pathology revealed a clear cell renal cell carcinoma, WHO/ISUP grade 1, pT1a with negative surgical margins (R0). The patient is currently asymptomatic and waiting for the 6-month radiologic reassessment.

Discussion/Conclusions: Laparoscopic partial nephrectomy is a challenging procedure with complication rates that can be as high as 10%. Nonetheless, it allows safe tumour excision with preservation of the renal function. In situ calyceal reinsertion is a possible technique for the management of this rare situation. The anatomical closure of the collecting system minimizes nephron loss due to ischemia associated with parenchymal suturing. Moreover, this technique prevents urine leakage as well as further parenchymal resection. Although some urinary leakage complications can be managed conservatively, there is a risk of urinoma development and infection with the need for drainage, ureteral stent placement and bladder decompression. Thus intraoperative repair of the collecting system disruption can prevent postoperative complications and reintervention.

PUDENDAL NERVE RELEASE

André Barcelos¹; Diogo Pereira²; Renaud Bollens³

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;

²Hospital Pedro Hispano, EPE; ³CHWAPI Tournai Hospital - Belgium

Introduction: Pudendal neuralgia caused by pudendal nerve entrapment (PNE) is a chronic and severely disabling neuropathic pain syndrome. It presents in the pudendal nerve region and affects both males and females. It is mostly underdiagnosed and inappropriately treated, and causes significant impairment of quality of life. Pudendal neuralgia can arise from mechanical or non-mechanical injury. The mechanical injury can be due to compression, transaction, or stretching. Amongst the mechanical causes, compression caused by PNE is the most common cause. The first reported case of pudendal neuralgia was due to cycling, which results due to continuous pressure on the Alcock canal. The incidence of this condition as estimated by the International Pudendal neuropathy foundation is 1 per 100,000, but the actual incidence might be higher than reported. Surgical decompression is considered the best treatment for PNE. Pudendal neuralgia due to PNE affects the quality of life immensely. However, it doesn't affect life expectancy.

The objective of this video is to present the technique of Laparoscopic Pudendal Nerve Release.

Materials/Methods: A 67 yo female patient with past history of total hysterectomy and incapacitating chronic pelvic pain submitted to Laparoscopic Pudendal Nerve Release.

Results: The patient was discharged in the day after the surgery. At 3 months follow up the patient refers an almost total recovery from previous complaints.

Discussion/Conclusion: Pudendal neuralgia due to PNE is a rare neuropathic condition.

It causes a significant impairment of quality of life. It often does not get diagnosed in a timely manner, and most patients get treated for other conditions. The treatment options include pharmacological therapy, CT guided blocks, decompression surgery, and neuromodulation.

A well-coordinated interprofessional healthcare team comprised of a pain physician, surgeon, anesthesiologist, nurse, radiologist, and physiotherapist to help in physical rehabilitation, is necessary to treat this challenging neuropathic syndrome. All these disciplines need to collaborate across inter-professional boundaries to optimize care and outcomes.

XVI SIMPÓSIO APU

Linhas de Orientação em Urologia

COMISSÃO ORGANIZADORA

Conselho Diretivo da Associação
Portuguesa de Urologia

Luís Abranches Monteiro (Presidente)
Miguel Ramos
Pedro Nunes
Rui Pinto
Frederico Furriel
Pedro Monteiro
Vanessa Vilas-Boas
Carlos Guimarães
Cabrita Carneiro
Ricardo Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA PERMANENTE DA APU

Francisco Rolo (Presidente)
Estêvão Lima
Pedro Vendeira
Carlos Silva
Belmiro Parada
Palma Dos Reis
Luís Campos Pinheiro

SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



SECRETARIADO DA APU



Associação Portuguesa de Urologia
Rua Nova do Almada, 95 - 3º
1200-288 Lisboa
Tel.: +351 213 243 590
E-mail: apu@apurologia.pt
Internet: www.apurologia.pt

SECRETARIADO DO SIMPÓSIO



Calçada de Arroios, 16 C - Sala 3
1000-027 Lisboa
Tel.: 351 21 842 97 10
E-mail: ana.montes@admedic.pt
Internet: www.admedic.pt