

2.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE UROSEXOPATIA NEUROGÉNIA

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



PATROCÍNIOS



SECRETARIADO CIENTÍFICO



T: +351 21 324 35 90
E: apnug@apnug.pt



T: +351 91 261 16 58
E: spandro.sec@gmail.com

SECRETARIADO EXECUTIVO



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

2.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE UROSEXOPATIA NEUROGÉNIA

HOTEL TRYP LISBOA AEROPORTO • 21-22 DE NOVEMBRO DE 2014



PROGRAMA CIENTÍFICO

ORGANIZAÇÃO



PRESIDENTES DO CONGRESSO

A. Pepe Cardoso (SPA) • Luís Abranches Monteiro (APNUG)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Lília Alves Martins (APNUG)

Artur Palmas (SPA) • Bruno Graça (SPA) • Bruno Pereira (SPA) • Frederico Carmo Reis (APNUG e SPA)
Joana Gomes (APNUG) • João Pimentel (APNUG) • José Dias (SPA) • Maria Geraldina Castro (APNUG)
Nuno Louro (SPA) • Paulo Temido (APNUG)

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Pedro Vendeira (SPA)

Ana Formiga (APNUG) • António Campos (SPA) • Cardoso de Oliveira (APNUG) • Carla Costa (SPA)
Fortunato Barros (SPA) • La Fuente de Carvalho (SPA) • Liana Negrão (APNUG) • Luís Ferraz (SPA) • Paulo
Dinis (APNUG) • Rui Pinto (APNUG) • Teresa Mascarenhas (APNUG)

INTERVENIENTES

A. Pepe Cardoso • Ana Carvalheira • Ana Sousa Vasconcelos • António Campos • Artur Palmas • Avelino
Fraga • Bruno Graça • Bruno Pereira Cardoso de Oliveira • Carla Vera-Cruz • Daniela Pinto • Eduarda
Afonso Elisabete Pereira • Elsa Marques • Fátima Alves • Fernanda Filipe • Filipa Faria • Filipe Catela
Mota • Fortunato Barros • Francisco Rolo • Garção Nunes • Glória Batista • Isabel Pereira • Joana Gomes
Joana Mesquita Guimarães • João Varregoso • Jorge Cardoso • Jorge Fonseca • José Palma dos Reis
La Fuente de Carvalho • Luís Abranches Monteiro • Luís Ferraz • Margarida Sizenando • Maria da Paz
Carvalho • Maria de Jesus Rodrigues • Maria João Andrade • Miguel Carvalho • Nuno Monteiro Pereira
Patrícia Pascoal • Paulo Príncipe • Paulo Temido • Pedro Eufásio Pedro Nunes • Pedro Vendeira • Rita
Simões • Rocha Mendes • Rui Pinto • Rui Sousa • Sofia Cláudio • Vanda Pratas Vital • Vaz Santos



PROGRAMA CIENTÍFICO

21 DE NOVEMBRO | 6.ª FEIRA

08.00h	Abertura do Secretariado
09.00-10.00h	Debate: LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE: CONSULTA DE DISFUNÇÃO SEXUAL NEUROGÉNICA Comentadora: <i>Maria da Paz Carvalho</i> Painel: <i>Glória Batista, Rocha Mendes, Patrícia Pascoal e Elisabete Pereira</i>
10.00-11.00h	Mesa-Redonda: DISRAFISMOS ESPINHAIS Moderadores: <i>Filipe Catela Mota e Ana Sousa Vasconcelos</i> Da infância à vida adulta (<i>Management goals</i>) (20 m) <i>Fátima Alves</i> Sexualidade no adolescente com espinha bífida (20 m) <i>Ana Carvalheira</i> Discussão (20 m)
11.00-11.30h	<i>Coffee-break</i>
11.30-11.45h	Sessão de Abertura <i>A. Pepe Cardoso</i> <i>Luís Abranches Monteiro</i>
11.45-12.15h	Homenagem póstuma ao Dr. Sousa Sampaio <i>Jorge Fonseca</i>
12.15-13.00h	Conferência: ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE, COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA Presidente: <i>A. Pepe Cardoso</i> Conferencista: <i>Rita Simões</i>
13.00-14.00h	Almoço
14.00-15.30h	Mesa-Redonda: NEUROUROLOGIA Moderadores: <i>Fortunato Barros e Carla Vera-Cruz</i> Controlo neural, reflexos miccionais (20 m) <i>Paulo Príncipe</i> Padrões da uropatia neurogénica (20 m) <i>Paulo Temido</i> Exemplos clínicos de uropatia neurogénica (20 m) <i>Luís Abranches Monteiro</i> Discussão (30 m)
15.30-16.00h	<i>Coffee-break</i>
16.00-17.00h	Apresentação de Posters seleccionados Moderadores: <i>António Campos, Bruno Graça e Elsa Marques</i>

17.00-18.30h	Mesa-Redonda: LESÕES VERTEBRO-MEDULARES Moderadores: <i>Filipa Faria e Luís Ferraz</i> Sexualidade nos doentes com TVM (20 m) <i>Jorge Cardoso</i> Fertilidade/Recolha de esperma em doentes com TVM (20 m) <i>Maria João Andrade</i> Gravidez em doentes com TVM (20 m) <i>Joana Mesquita Guimarães</i> Discussão (30 m)
18.30h	Encerramento dos trabalhos do 1º dia
20.00h	Jantar do Congresso

22 DE NOVEMBRO | SÁBADO

08.00h	Abertura do Secretariado
09.00-10.00h	Mesa-Redonda: COMPLICAÇÕES DA UROPATIA NEUROGÉNICA Moderadores: <i>João Varregoso e Fernanda Filipe</i> Prevenção (15 m) <i>Daniela Pinto</i> Lesão infecciosa do aparelho urinário alto (15 m) <i>Pedro Nunes</i> Cistite complicada (15 m) <i>Pedro Eufrásio</i> Discussão (15 m)
10.00-11.00h	Mesa-Redonda: DISFUNÇÃO VESICAL “PERIFÉRICA” Moderadores: <i>Cardoso de Oliveira e Isabel Pereira</i> Compressão radicular (15 m) <i>Eduarda Afonso</i> Síndromes de cauda equina (15 m) <i>Margarida Sizenando</i> Bexiga “periférica” traumática (15 m) <i>A. Pepe Cardoso</i> Discussão (15 m)
11.00-11.30h	<i>Coffee-break</i>
11.30-12.00h	Conferência: PAPEL ACTUAL DA BIOTESIOMETRIA PENIANA Presidente: <i>Nuno Monteiro Pereira</i> Conferencista: <i>Vaz Santos</i>

12.00-13.00h	Mesa-Redonda: BEXIGA NEUROGÉNICA Moderadores: <i>Francisco Rolo e Maria João Andrade</i> Urodinâmica da bexiga neurogénica (15 m) <i>Joana Gomes</i> Terapia farmacológica da bexiga neurogénica (15 m) Anticolinérgicos e Beta-agonistas <i>Rui Sousa</i> Toxina botulínica na bexiga neurogénica (15 m) <i>Rui Pinto</i> Discussão (15 m)
13.00-14.00h	Almoço
14.00-14.30h	Conferência: NEUROMODULAÇÃO NA BEXIGA NEUROGÉNICA Presidente: <i>Avelino Fraga</i> Conferencista: <i>José Palma dos Reis</i>
14.30-16.00h	Mesa-Redonda: PATOLOGIA ASSOCIADA Moderadores: <i>Garção Nunes e Maria de Jesus Rodrigues</i> Disreflexia autonómica (20 m) <i>Sofia Cláudio</i> Refluxo vesico-ureteral (20 m) <i>Vanda Pratas Vital</i> Dissinergia vesico-esfincteriana (20 m) <i>Luís Abranches Monteiro</i> Discussão (30 m)
16.00-16.30h	Coffee-break
16.30-17.45h	Mesa-Redonda: TERAPÊUTICAS ESPECÍFICAS NAS UROPATIAS NEUROGÉNICAS Moderadores: <i>La Fuente de Carvalho e Pedro Vendeira</i> Auto-algaliação (20 m) <i>Artur Palmas</i> Esfincterotomia? (20 m) <i>Miguel Carvalho</i> Derivações urinárias (20 m) <i>Bruno Pereira</i> Discussão (15 m)
17.45-18.00h	Take Home Messages <i>A. Pepe Cardoso e Luís Abranches Monteiro</i>
18.00-18.15h	Encerramento do Congresso, entrega de Prémios e entrega de Certificados
18.15h	Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Andrologia



RESUMOS DOS POSTERS

POSTER 01

Neuromodulação sagrada no tratamento de disfunções vesicais. Experiência inicial do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Hugo Coelho, Paulo Temido, Frederico Furriel, Vera Marques, Francisco Rolo, Alfredo Mota

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

Introdução: O implante de um neuroestimulador nas raízes nervosas sagradas é uma alternativa ao tratamento conservador nos casos de incontinência urinária de urgência por bexiga hiperativa, especialmente nos casos refratários a outras terapêuticas, e na retenção urinária crónica não obstrutiva para a qual não há alternativa ao cateterismo. No entanto a experiência no nosso país é ainda reduzida.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo do processo clínico dos pacientes submetidos a implante de neuroestimulador sagrado no Serviço de Urologia e Transplantação Renal (SUTR) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Resultados: Desde dezembro de 2013 cinco pacientes foram submetidos a implante de neuroestimulador sagrado no SUTR. Três pacientes eram do sexo feminino e dois pacientes do sexo masculino. A média de idades foi 43 anos [32-56]. Dois pacientes tinham antecedentes de esclerose múltipla, dois antecedentes de traumatismo vertebro-medular e uma paciente apresentava retenção urinária crónica não obstrutiva idiopática (Síndrome de Fowler).

Todos os pacientes apresentavam retenção urinária crónica, sendo que dois apresentavam concomitantemente hiperatividade de detrusor, dois apresentavam de incontinência fecal e um doente disfunção erétil.

Os pacientes foram submetidos a colocação de neuroestimulador nas raízes sagradas anteriores com controlo radiológico. O neuroestimulador temporário foi implantado a nível de S3, em 2 casos à esquerda e em 3 casos à direita.

Um dos neuroestimuladores foi removido após 3 semanas por ausência de efeito terapêutico. Três estimuladores foram implantados definitivamente. Um paciente aguarda a colocação de estimulador definitivo. Não houve efeitos laterais ou complicações da implantação cirúrgica dos estimuladores.

Nos quatro pacientes que tiveram resposta ao tratamento, houve uma melhoria marcada dos sintomas urinários com capacidade de micção de forma autónoma e sem necessidade de cateterização vesical intermitente. Houve uma melhoria concomitante da incontinência fecal e da disfunção erétil, com um elevado grau de satisfação dos pacientes.

Conclusões: A nossa série demonstra que a utilização de neuromodulação sagrada para tratamento de retenção urinária crónica de origem neurogénica ou idiopática demonstra ser um tratamento sem complicações ou efeitos laterais de relevo e com uma taxa de sucesso aceitável tratando em simultâneo outras disfunções associadas. No entanto trata-se de ainda de uma série pequena sendo expectável que com o aumento da experiência os resultados sejam mais significativos. A seleção cuidadosa dos doentes é de extrema importância.

POSTER 02

4 anos de toxina botulínica tipo A no tratamento da bexiga hiperactiva – casuística do serviço

Sofia Santos Lopes, Alberto Silva, Andrea Furtado, Miguel Lourenço, Pepe Cardoso

Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução: A administração de toxina botulínica tipo A no tratamento de doentes com bexiga hiperactiva idiopática é uma alternativa nos casos refratários à terapêutica antimuscarínica. Este trabalho apresenta a casuística do nosso Serviço relativamente a esta abordagem terapêutica, que teve início em 2010.

Métodos e objetivos: Revisão retrospectiva dos processos dos doentes submetidos a injeção intra-vesical com 100U de Botox®, de 1 de Janeiro de 2010 a 30 de Setembro de 2014.

Resultados: No referido período realizaram-se 43 procedimentos, num total de 33 doentes (N=33), 6 foram submetidos a duas intervenções e 2 foram submetidos a três. A idade média foi 56.7 anos e o sexo feminino correspondeu a 87.8% (n=29), sendo o follow-up médio de 30.8 meses e a duração média de resposta 17.9 meses (mínimo 5, máximo 30). Como efeitos adversos há a referir infecção do tracto urinário- 18.6%, retenção urinária aguda- 4.6%, hematuria-2,3% e necessidade de auto-algiação-2,3%.

Conclusão: O nosso trabalho mostra excelentes resultados a longo prazo, com um tempo médio de resposta de 17.9 meses sendo o principal efeito adverso associado à terapêutica a ocorrência de infecção do tracto urinário que se verificou após 8 dos procedimentos (18.6%). Podemos concluir tratar-se um procedimento seguro e eficaz em doentes que não respondem à primeira linha terapêutica do síndrome de bexiga hiperactiva idiopática.

POSTER 03

Reabilitação do pavimento pélvico em lesão traumática pós-parto – a propósito de um caso clínico

Mónica Bettencourt^{1a}, Susana Gouveia^{2b}, Maria da Paz Carvalho^{3a}

¹Interna complementar de MFR; ²Assistente Hospitalar de MFR do CH de Lisboa Ocidental; ³Chefe de Serviço de MFR

^aServiço de Reabilitação de Adultos; Directora de Serviço: Dr.^a Filipa Faria – Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão

^bServiço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de São Francisco Xavier – Dra. Cristina Ângelo

Introdução: A disfunção do pavimento pélvico pode ter etiologia neurológica e traumática. Esta patologia pode incluir uma variedade de alterações clínicas, com disfunção vesicoesfincteriana, intestinal e sexual. Afecta a qualidade de vida, está associada a alterações psicológicas, custos económicos e absentismo laboral. Uma das causas de lesão do pavimento pélvico é o trabalho de parto. Neste período, o pavimento pélvico é distendido três vezes mais do que a sua capacidade normal de resistência e durante o encaixe e expulsão do bebé a inervação local sofre um longo período de compressão. A compressão contínua de um nervo dificulta a sua oxigenação e pode comprometer o seu funcionamento, provocando disfunção das estruturas innervadas por este, como os músculos, a bexiga, a uretra, a vagina e o esfíncter anal. O parto vaginal pode causar lesão do nervo pudendo, redução do suporte dos músculos pélvicos por estiramento ou ruptura e diminuição da competência do esfíncter externo.

Segundo a literatura a primeira linha de tratamento nas disfunções do pavimento pélvico é o tratamento conservador com abordagem global destes doentes médico e psicológico com enfoque na disfunção vesical, intestinal e sexual.

Objectivo: Com este trabalho pretendemos expor um caso clínico de uma disfunção do pavimento pélvico após parto distóxico e a abordagem da MFR em colaboração estreita com a Obstetrícia e a Urologia.

Caso clínico: Doente de 32 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais irrelevantes, parto distóxico com ventosa sob anestesia epidural, a 14/05/14. Na fase de dilatação dor lombar com irradiação ao membro inferior esquerdo, com posterior quadro de diminuição de sensibilidade perineal, retenção urinária e incontinência fecal, assim como parestesias dos membros inferiores. Foi avaliada pela Neurologia tendo efectuado exames complementares nomeadamente TC da coluna e RM do neuroeixo sem alterações que justificassem o quadro. Iniciou nessa altura apoio de Medicina Física e de Reabilitação e de Urologia. Iniciou tratamento ambulatorial de reabilitação de pavimento pélvico ainda durante o internamento na Obstetrícia com apoio do Serviço de MFR do Hospital de Agudos e a 3/07/14 (data da alta clínica de Obstetrícia) no nosso Serviço. Foi realizada avaliação urodinâmica que revelou bexiga de normocapacidade com arreflexia/hipotonía do detrusor e efectuado reeducação vesical com ensino de ingestão hídrica fraccionada, preenchimento de diário miccional, ensino de cateterizações intermitentes. Foi ainda efectuada reeducação intestinal assim como apoio no reinício de actividade sexual pós parto. Actualmente apresenta-se com humor deprimido e ansioso; Quadro Neuromotor – Paraplegia AIS D com síndrome de cauda equina – plexopatia lombosagrada; Movimentos activos a todos os níveis nos membros inferiores de grau 5 bilateralmente; hipoestesia tátil e dolorosa nos territórios S1/S2/S3 mais marcada à esquerda; Hipoestesia dolorosa bordo externo dos pés mais à esquerda (território de L5); Reflexos osteotendinosos presentes em regime normal excepto o aquiliano à esquerda que se encontra abolido (L5/S1/S2); Sensação anal profunda mantida mas diminuída; reflexo anal ausente e diminuição do tônus anal; Ao toque vaginal apresenta menor sensibilidade à esquerda; contracção presente mas relaxamento muito difícil; Esfíncteres neurogêneos: Bexiga - esvaziamentos por autoalgiação aguardando a sensação de plenitude vesical até às 5/6 horas dependendo da ingesta líquida com tentativa miccional previa na sanita; Intestinos- tendência à obstipação com dieta rica em fibra, emoliente e supositório em SOS; Disfunção sexual – alteração da lubrificação vaginal.

Discussão: Trata-se em nossa opinião de um síndrome da cauda equina em fase subaguda com expressão em plexopatia lombosagrada em evolução tendo como possível factor de melhor prognóstico o facto de haver alguma sensibilidade e não haver áreas de anestesia.

As sequelas não são só esfíncterianas e sexuais mas também globais com diminuição da sua qualidade de vida, alterações de humor e da relação pessoal e familiar, maior susceptibilidade a infecções de tracto urinário, alterações de trânsito intestinal com possíveis perdas/obstipação e necessidade de ter que utilizar penso ou fralda.

Como a doente ainda está a amamentar existem algumas terapêuticas farmacológicas que não foram efectuadas, nomeadamente antagonistas dos receptores alfa-1 adrenérgicos e/ou parassimpaticomiméticos para tentativa de facilitação da micção. No entanto, após o início do programa de reabilitação do pavimento pélvico a doente, apesar das sequelas existentes, aprendeu a lidar com esta situação, o que melhorou a sua qualidade de vida actual.

Conclusão: A abordagem multidisciplinar concertada é essencial no acompanhamento das lesões do pavimento pélvico. A MFR assume-se como uma especialidade médica em que a reeducação do pavimento pélvico não pretende unicamente a reeducação vesical mas também intestinal e sexual. A presença na equipa de um psicólogo contribui para um acompanhamento mais global destes doentes.

POSTER 04

Papel da biotensitometria na avaliação da disfunção sexual

Raquel João¹, Rui Farinha¹, Vaz Santos², Luís Campos Pinheiro¹

¹Serviço de Urologia, Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central; ²PelviClinic

Introdução: A biotensitometria é um teste quantitativo sensitivo, não invasivo, que tem desempenhado um papel importante no diagnóstico das doenças neurológicas e consequentemente na disfunção sexual de causa neurogénica.

Objectivos: Apresentação da biotensitometria como método de avaliação do sistema nervoso periférico em doentes com disfunção sexual. Descrição dos resultados obtidos no teste e sua correlação com as queixas iniciais dos doentes.

Material e métodos: Foram avaliadas 11 mulheres e 120 homens, no período de 2008 a 2014. Procedeu-se à avaliação das fibras A-beta mielínicas, das fibras C não mielínicas e das fibras A-delta mielínicas, através de uma análise quantitativa dos estímulos sensitivos (térmicos e vibratórios) efectuados por uma sonda ao nível do pénis, do clítoris e da vagina.

Resultados: Foram avaliadas 11 mulheres: 4 com anorgasmia, 4 com dispareunia e 3 com desejo hipoactivo; observaram-se alterações da sensibilidade em 90,9% dos testes, que na sua maioria revelaram aumento do limiar de sensibilidade térmica e vibratória. Dos 120 homens avaliados, 77 apresentaram queixas de disfunção eréctil e 11 de ejaculação precoce; em 32 casos não foi possível acesso à informação clínica. Dos testes realizados nos 88 homens com informação clínica, 46,6% revelaram alterações. Os resultados foram mais variados do que nas mulheres, embora na maioria dos casos também se tivesse constatado aumento dos limiares de sensibilidade.

Discussão/Conclusões: A integridade da inervação genital é de extrema importância no ciclo sexual, pelo que a biotensitometria é uma mais valia na investigação da disfunção sexual.

POSTER 05

Estimulação percutânea do nervo tibial posterior na bexiga hiperactiva refractária

Ribeiro, I.¹; Pimenta, J.²; Ladeira, A.¹; Bettencourt, F.¹; Vera-Cruz, C.¹; Pereira, I.¹

¹Serviço de Med. Física e de Reabilitação, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.; ²Centro de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: O conceito de bexiga hiperactiva é definido pela International Continence Society como urgência miccional com ou sem incontinência, habitualmente acompanhada de frequência urinária e noctúria, sugestivas de hiperactividade do detrusor. É a segunda maior causa de incontinência urinária na mulher e atinge estimadamente 12,8% da população adulta na Europa. As terapêuticas convencionais, farmacológica e reabilitação do pavimento pélvico, mostram-se por vezes ineficazes e no caso dos anti-muscarínicos, associadas, por vezes, a efeitos secundários de difícil tolerância.

A neuromodulação dos nervos sagrados, por via indireta, através da estimulação do nervo tibial posterior, pode ser uma alternativa terapêutica, nesses casos refractários.

Objectivo: Avaliar a eficácia da estimulação percutânea do nervo tibial posterior como alternativa válida para o tratamento da bexiga hiperactiva refractária.

Métodos: Revisão sistemática da literatura com a utilização de termos relevantes nas plataformas Medline, b-On e ClinicalKey, com incidência em estudos randomizados e controlados e estudos prospectivos.

Resultados/Discussão: Existe ampla evidência de melhoria significativa da sintomatologia e qualidade de vida em doentes submetidos a esta terapêutica, comparável à utilização de anti-muscarínicos, revelando-se segura e de baixo custo económico.

POSTER 06

Síndrome de Currarino – Implicações neurológicas

Maria Knoblich, Fátima Alves, Rui Alves, Dinorah Cardoso, Vanda Pratas Vital, Filipe Catela Mota, Paolo Casella
Hospital de Dona Estefânia.

Os autores apresentam o caso clínico de um adulto jovem, portador de esfíncteres neurogénicos em contexto de Síndrome de Currarino. Discutem-se aspectos relevantes do diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

