

Case Report/Caso Clínico

Placenta accreta - how to approach?

Placenta acreta – como abordar?

Carla Nunes*, Inês Pereira*, Sónia Barata**, Nuno Clode***, Luís Mendes Graça****

*Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução
Hospital Santa Maria, CHLN - Lisboa, Portugal*

Abstract

Placenta accreta occurs when the placenta attaches to the myometrium. This condition is rising, primarily because of the increase in cesarean delivery rates, and can be associated with massive blood loss at delivery.

We describe three cases of multiparous women, with more than one previous cesarean delivery, who were diagnosed to have placenta accreta by ultrasound. All of them were admitted some weeks before the scheduled cesarean for surgical planning with a multidisciplinary care team. In all cases, a cesarean hysterectomy was scheduled for the 35th-37th week of gestation, after preoperative ureteric stent placement. Support by the intensive care unit was arranged. Maternal and fetal outcomes were favorable in all cases.

Keywords: placenta accreta; multidisciplinary team; cesarean hysterectomy

INTRODUÇÃO

A situação genericamente designada por placenta *acreta* caracteriza-se por invasão do miométrio pelas vilosidades placentárias e, consoante a profundidade de invasão, definem-se três tipos de acretismo placentário: placenta accreta, increta e percreta.

A incidência de acretismo placentário é de 1/533 gestações mas, nos últimos anos, tem-se assistido ao seu aumento, que parece estar associado ao acréscimo da taxa de cesarianas¹, pois a existência duma intervenção uterina prévia constitui o principal fator de risco para alterações na placentação². O acretismo placentário acarreta um risco elevado de hemorragia grave durante a dequitação, sendo

frequentemente necessário proceder a histerectomia periparto³; mais de 90% destas mulheres necessitam de transfusão de sangue e hemoderivados e 40% de, pelo menos, 10 unidades de concentrado eritrocitário (UCE)⁴. Estima-se que a mortalidade materna relacionada com acretismo placentário e suas complicações seja de 6-7%³, mesmo na presença de cuidados de saúde otimizados⁴.

O diagnóstico pré-natal da placenta *acreta* permite uma diminuição da morbilidade e mortalidade materna, pois possibilita que a vigilância e orientação da grávida possam ser efetuadas num hospital com cuidados diferenciados, por uma equipa multidisciplinar, onde seja possível planear o parto e agir em plena conformidade com as complicações eventualmente associadas, nomeadamente hemorragia grave e elevada necessidade de transfusão de sangue e hemoderivados⁴⁻⁸.

Recentemente foram vigiadas e orientadas no nosso Departamento 3 grávidas com o diagnóstico de placenta

* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia

** Assistente Hospitalar de Ginecologia/Obstetrícia

*** Chefe de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

**** Director do Departamento e Professor Catedrático

Quadro I. Caracterização e Evolução dos Casos de Acretismo Placentário

Casos	Idade (anos)	Idade Cesariana (n)	IG na admissão	Placentação	Parto (semanas)	Cirurgia	Tempo Operatório	Complicações intra e pós-operatórias	Hb mínima (g/dL)	Aporte Transfusional	Dias de Internamento Após o Parto (n)
1	34	2	34	Anterior prévia total <i>acreta</i>	37s	Cesariana e corporal	3h30min histerectomia	CID Choque hemorrágico	6,6 Anemia Infecção urinária	12 UCE 10 PFC	11 2 U Plaquetas 2g Fibrinogénio
2	41	3	32 ^{+3d}	Anterior prévia total <i>inacreta</i>	35s ^{+6d}	Cesariana e corporal histerectomia	3h	Cistostomia CID Insuficiência respiratória Choque hemorrágico Anemia Hematúria	5,8	9 UCE 8 PFC 2 U Plaquetas 2g Fibrinogénio	6
3	36	2	35 ^{+2d}	Anterior prévia total <i>acreta</i>	36s ^{+5d}	Cesariana segmentar transversa e histerectomia	2h	Anemia	9,4	1 UCE	3

IG: idade gestacional; CID: coagulação intra-vascular disseminada; UCE: unidades de concentrado eritrocitário; PFC: plasma fresco congelado; U: Unidades.

acreta. Os desfechos maternos e neonatais foram favoráveis, o que estará em grande parte relacionado com a programação e antecipação operatórias que englobou uma equipa multidisciplinar.

CASOS CLÍNICOS

Os 3 casos que reportamos ocorreram no nosso Departamento entre 2009 e 2011. O Quadro I caracteriza os casos observados e a evolução no período pós-operatório. Todas as grávidas eram caucasianas e multíparas, tendo os partos anteriores ocorrido por cesariana. Em todos os casos a placenta era prévia total anterior, tendo o diagnóstico de acretismo sido realizado na ecografia do segundo trimestre da gravidez e confirmado por ressonância magnética abdominal. No caso 2, o único em que foi colocada a suspeita ecográfica de placenta *percreta*, a realização deste último método de diagnóstico permitiu excluir a invasão da parede da bexiga pela placenta.

As grávidas foram internadas, previamente à data preconizada para o parto, para programação de cesariana eletiva e histerectomia. Neste contexto, foram avaliadas de forma multidisciplinar, por equipas de obstetria, urologia, anestesiologia e imunohemoterapia. Foram asseguradas vagas no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) para o período pós-operatório, colocados catéteres ureterais previamente à cesariana, bem como reservadas unidades de sangue e hemoderivados para a cirurgia.

As cesarianas ocorreram conforme programado entre as 35 e as 37 semanas. Procedeu-se a histerectomia total pós-parto, com conservação de anexos, em todos os casos. Após a cirurgia as puérperas dos casos 1 e 2 foram transferidas para o SMI, onde permaneceram cerca de 24h, por quadro de coagulação intra-vascular disseminada e choque hemorrágico, tendo ambas necessitado de suporte transfusional importante. No caso 3 não ocorreu nenhuma outra complicação significativa, para além de anemia.

Ao segundo dia do pós-operatório todas as puérperas se encontravam na unidade de puérperas, tendo o restante internamento decorrido sem complicações significativas. No caso 1, a alta foi protelada por uma infecção urinária, com isolamento de *Enterococcus faecalis* na urocultura, e necessidade de realizar antibioterapia. Em todos os casos foi confirmado histologicamente o diagnóstico de placenta *acreta*. Não se verificou qualquer intercorrência neonatal.

DISCUSSÃO

Os 3 casos apresentados referem-se a grávidas a quem foi realizado o diagnóstico de placenta *acreta* durante o segundo trimestre de gravidez e cujos partos foram programados e efetuados no nosso Departamento. Os desfechos favoráveis obtidos levaram-nos a considerar pertinente a partilha da nossa experiência, focando alguns aspetos das condutas que consideramos fundamentais para o êxito na abordagem da placenta *acreta*.

A placenta *acreta* assume-se como um problema potencialmente grave durante a dequitação, quando ocorre retenção placentária e subsequente hemorragia pós-parto maciça, levando frequentemente a: coagulação intra-vascular disseminada (CID); histerectomia pós-parto; lesão iatrogénica dos ureteres, bexiga, intestino ou estruturas neuro-vasculares; reação transfusional aguda; desequilíbrio hidro-eletrolítico ou insuficiência renal aguda⁴. As grávidas com cesariana anterior, associado a placenta prévia atual sobre a cicatriz uterina, têm risco acrescido de acretismo placentário e de complicações iatrogénicas durante a cesariana⁴, nomeadamente lesão ureteral e vesical.

A importância do diagnóstico precoce de acretismo placentário prende-se com o facto de possibilitar a orientação da grávida por uma equipa multidisciplinar, num hospital com cuidados terciários, diminuindo a morbidade e mortalidade materna e fetal⁴⁻⁸.

O diagnóstico é feito por ecografia, com base em sinais ecográficos sugestivos: perda da hipocogenecidade retroplacentária, múltiplos lagos intra-placentários, vasos placentários anómalos e diminuição da espessura do miométrio retroplacentário⁹. A ressonância magnética permite aumentar a acuidade diagnóstica, em casos com ecografias inconclusivas, e caracterizar situações com suspeita de envolvimento vascular ou de outros órgãos^{4,9}, no entanto é um exame dispendioso e que requer prática do imagiologista na avaliação de situações de placentação anómala⁴.

Com o intuito de minimizar as hipóteses do parto ocorrer de forma espontânea, publicações recentes têm indicado que a altura ideal para a cesariana eletiva é a 34.^a semana de gestação^{7,10}. Contudo, a idade gestacional para o parto deve ser definida individualmente, por consenso entre obstetras, neonatologistas e com a participação da grávida, tendo por base o conceito de que uma cesariana eletiva comporta menos riscos do que uma cesariana de emergência^{7,10}, na medida em que permite uma melhor mobilização dos recursos hospitalares. A grávida e a família devem ser devidamente esclarecidas em relação ao risco de histerectomia, hemorragia grave e risco de vida materno. O

consentimento informado e esclarecido é obrigatório.

Pelos riscos intra e pós-operatórios, a programação cirúrgica deverá envolver obstetras, ginecologistas, anestesistas, urologistas, intensivistas e radiologistas, bem como o serviço de imunohemoterapia^{8,11}. Face à necessidade imperiosa de uma abordagem multidisciplinar prévia à cirurgia, com necessidade de avaliação por várias especialidades e eventual realização de exames complementares de diagnóstico, estas grávidas devem ser internadas uma a duas semanas antes da cirurgia, como aconteceu nos casos relatados.

A cesariana deverá ser realizada por um obstetra e um ginecologista ou cirurgião, sendo importante a disponibilidade de sangue e hemoderivados no bloco operatório desde o início da cirurgia. Esta última medida e o apoio do SMI no pós-operatório são duas atitudes simples e que têm um impacto positivo considerável na recuperação destas mulheres, ao permitirem uma estabilização hemodinâmica rápida e atempada. A colocação prévia de catéteres ureterais diminui significativamente a morbidade na cesariana associada a histerectomia pós-parto, facilitando a histerectomia e prevenindo a lesão ureteral, ao permitirem identificar facilmente os ureteres por palpação¹².

A escolha da incisão abdominal deve ser feita de acordo com anteriores cicatrizes da grávida, mas não esquecendo que uma incisão mediana poderá facilitar a exposição cirúrgica para a histerectomia⁴. A conduta cirúrgica mais adequada no contexto de acretismo placentário é a realização de uma cesariana eletiva, seguida de histerectomia, sem se efetuar dequitação. No entanto, esta abordagem poderá não constituir terapêutica de primeira linha em mulheres que desejem preservar a fertilidade. De facto, vários autores descrevem a possibilidade de abordagem conservadora, que consiste na realização de dequitação parcial ou mesmo em deixar a placenta *in situ*, associada a terapêutica com Metrotexato ou a embolização das artérias uterinas^{13,14}. Contudo, embora seja considerada uma hipótese viável, tem-se relacionado com uma taxa de complicações que poderá ser superior à da cesariana associada a histerectomia, nomeadamente a existência de hemorragia incontrolável e sépsis^{14,15}. Devido aos riscos, esta terapêutica só deve ser realizada se a grávida manifestar expressa vontade em preservar a fertilidade e a hemorragia não constituir risco de vida iminente. Há poucos casos descritos que mencionem os desfechos maternos a longo prazo após terapêutica conservadora, nomeadamente em relação à preservação da fertilidade¹³.

Face ao exposto, reafirma-se que perante o diagnóstico de acretismo placentário, uma abordagem multidiscipli-

nar e uma programação cirúrgica minuciosa, num hospital com cuidados diferenciados, são fulcrais para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal, com a obtenção de desfechos favoráveis. É ainda de extrema importância que a grávida e a sua família estejam plenamente esclarecidos acerca dos riscos que este diagnóstico envolve, nomeadamente a importante morbidade materna associada e o risco de morte da grávida.

BIBLIOGRAFIA

1. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458-61
2. Bencaiova G, Burkhardt T, Beinder E. Abnormal placental invasion - experience at 1 center. *J Reprod Med.* 2007;52:709-14
3. Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:430-9
4. Placenta accreta. Committee Opinion No. 529. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012;120:207-11
5. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:1140-6
6. Hull AD, Resnik R. Placenta accreta and postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol.* 2010;53:228-36
7. Hull AD, Moore TR. Multiple repeat cesareans and the threat of placenta accreta: incidence, diagnosis, management. *Clin Perinatol.* 2011;38:285-96
8. Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24:274-81
9. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26:89-96
10. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol.* 2010;116:835-42
11. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol.* 2011;117:331-7
12. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG.* 2009;116:648-54
13. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010;115:526-34
14. Teo SB, Kanagalingam D, Tan HK, Tan LK. Massive postpartum haemorrhage after uterus-conserving surgery in placenta percreta: the danger of the partial placenta percreta. *BJOG.* 2008;115:789-92
15. Hays AM, Worley KC, Roberts SR. Conservative management of placenta percreta: experiences in two cases. *Obstet Gynecol.* 2008;112:425-6.