

ACRETISMO PLACENTÁRIO

CL - (20662) - ACRETISMO PLACENTÁRIO: O IMPACTO DA CRIAÇÃO DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NOS DESFECHOS MATERNOS

Beatriz Teixeira¹; Rodrigo Realista¹; Pedro Pinto¹; Ana Paula Machado¹; Marina Moucho¹
1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Resumo

Introdução: O acretismo placentário(AP) corresponde a uma anomalia da placentação definida pela invasão excessiva do trofoblasto, condicionando morbimortalidade materna importante. A abordagem destes casos por equipas multidisciplinares associa-se a melhores desfechos maternos.

Objectivos: Análise dos casos de AP e desfechos maternos antes/após a criação de uma equipa multidisciplinar especializada.

Metodologia: Estudo retrospectivo num centro hospitalar terciário. Consulta dos processos clínicos(físicos/SClínico/ObsCare) dos casos de AP confirmado histologicamente entre 2010-2021. Divisão em dois grupos: 1(2010-2014) e 2(2015-2021), antes/após criação da equipa multidisciplinar. Análise descritiva das características e desfechos maternos.

Resultados: No período descrito houve 53 casos de AP, 24 antes e 29 após a criação da equipa multidisciplinar(incidência de 1,8/1000). No grupo 1, a idade materna média foi de 34 anos, 20,8%(5/24) tinha cesariana anterior, e 25%(6/24) placenta prévia. A taxa de suspeição anteparto foi de 12,5%(3/24). Houve 20 casos de placenta acreta, uma increta e três percretas. Realizou-se histerectomia em quatro situações(16,7%), uma por suspeita de AP e três por hemorragia pós-parto. A perda hemática estimada média foi de 2469mL, com transfusão de glóbulos rubros(GR) em 25%(6/24), média de 7,3 unidades. No grupo 2, a idade materna média foi de 36,7 anos, 51,7%(15/29) tinha cesariana anterior e 24,1%(7/29) placenta prévia. A taxa de suspeição anteparto foi de 24,1%(7/29). Houve 22 casos de placenta acreta, quatro incretas e três percretas. Todos os casos de maior invasão foram identificados anteparto. Realizaram-se nove histerectomias, sete programadas, uma por constatação de AP em cesariana, e uma após rotura uterina na sequência de uma interrupção médica da gravidez. A perda hemática estimada média foi de 1250mL, com transfusão de GR em 37,9%(11/29), média de 2,0 unidades.

Conclusões: Após a criação da equipa multidisciplinar, observamos uma diminuição da morbidade materna, não obstante o aumento do número de casos com maior invasão. A abordagem multidisciplinar é fundamental para o tratamento adequado desta entidade.

Palavras-chave: acretismo placentário, equipa multidisciplinar, morbidade materna

CL - (20664) - DETEÇÃO ANTEPARTO DAS PATOLOGIAS DO ESPECTRO ACRETISMO PLACENTÁRIO – EM QUE PONTO ESTAMOS?

Tiago Aguiar¹; Rodrigo Realista¹; Beatriz Teixeira¹; Susana Guimarães²; Pedro Viana Pinto³; Ana Paula Machado¹; Marina Moucho¹

1 - Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário São João; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário São João; 3 - Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário São João

Resumo

Introdução: As patologias do espectro do acretismo placentário (PEAP) associam-se a maior morbi-mortalidade materna. A deteção anteparto permite um melhor planeamento de forma a reduzir as complicações associadas.

Objectivos: Avaliar a acuidade diagnóstica na identificação e classificação anteparto das PEAP.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional, com consulta do processo clínico eletrónico via SClínico e Obscare, dos casos com diagnóstico histológico de PEAP, entre 2012 e 2021.

Resultados: Durante o período de estudo, foram identificados 53 casos de acretismo nas placentas enviadas para estudo anátomo-patológico. Destes, 79.3% (42/53) foram classificados como placenta acreta, 9.4% (5/53) como placenta increta e 11.3% (6/53) como placenta percreta.

Em 11 casos (20.8%) o diagnóstico de acretismo foi um achado isolado da avaliação histológica, não existindo sinais sugestivos ante ou intraparto. Nos restantes casos, a suspeita diagnóstica foi baseada em achados imagiológicos anteparto ou intercorrências intraparto (nomeadamente dificuldades na dequitação) em 23.8% (10/42) e 76.9% (32/42) casos, respetivamente.

Dos 10 casos em que a suspeita diagnóstica surgiu na sequência dos exames ecográficos anteparto, foi realizada Ressonância Magnética em 8. Relativamente ao tipo de PEAP, a ecografia classificou corretamente o grau de invasão da placenta em 30% dos casos (3/10), tendo a Ressonância Magnética classificado corretamente 75% (6/8) dos casos. Nas situações com maior risco de complicações (placenta increta ou percreta), a capacidade de deteção anteparto foi de 80% (8/10).

Nos casos de maior risco para desenvolvimento de acretismo placentário, identificados pela presença de placenta prévia na gravidez atual e cesariana anterior, a capacidade de deteção anteparto foi de 72.7% (8/11).

Conclusões: A capacidade de deteção imagiológica descrita nesta série é inferior ao reportado na literatura. É de salientar a melhoria significativa da mesma perante as situações de maior risco para desenvolvimento de PEAP, nomeadamente se placenta prévia e antecedente de cesariana, bem como nos casos de maior severidade da doença.

Palavras-chave: Acretismo Placentário, Deteção anteparto

CL - (20696) - ACRETISMO PLACENTAR – CASUÍSTICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Rodrigo Realista¹; Beatriz Teixeira²; Pedro Pinto³; Ana Paula Machado³; Marina Moucho³

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Centro Hospitalar; 3 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Resumo

Introdução: O acretismo placentar (AP) é a principal causa de histerectomia de emergência nos países desenvolvidos. A sua incidência crescente deve-se em grande parte ao aumento da taxa de cesarianas. A maior sensibilização e deteção precoce destes casos resultou numa melhoria da mortalidade associada, embora a morbilidade seja ainda significativa.

Objectivos: Revisão casuística dos casos de acretismo placentar no Centro Hospitalar Universitário de São João entre 2010-2021, com avaliação do tratamento efetuado, bem como dos desfechos maternos e neonatais.

Metodologia: Estudo retrospectivo, através da consulta do processo clínico eletrónico via *SClinico* e *OBScare*, de todos os casos com diagnóstico histológico de acretismo placentar no período em questão.

Resultados: Durante o período estudado, foram tratadas no CHSJ um total de 53 grávidas com acretismo placentar: 42 placentas acretas, 5 incretas e 6 percretas. Em 20% dos casos houve uma suspeita anteparto. Das 28 grávidas com placenta prévia e cesariana anterior, 83,3% foram corretamente diagnosticadas anteparto. Do ponto de vista de abordagem cirúrgica, nos casos com suspeição prévia, recorreu-se a colocação de balões nas artérias ilíacas comuns em 9 casos (4 de placenta percreta, e 4 de placenta increta e 1 de acreta), com necessidade de insuflação em 4 destes casos. Registaram-se 14 histerectomias periparto. No que concerne aos desfechos maternos, houve 17 hemorragias pós-parto, com necessidade de realização de transfusão sanguínea em 14 doentes. A perda hemática estimada média foi de 875mL [650-1950mL]. O tempo médio de internamento materno foi de 7,6 dias. Registaram-se 16 casos de prematuridade, com 15 internamentos de recém-nascidos na UCIN, um caso de morte fetal e um abortamento tardio.

Conclusões: Através desta análise, podemos concluir que a morbilidade associada ao acretismo placentar não é desprezível, sendo necessária uma maior sensibilização dos serviços para a abordagem desta patologia, bem como para o diagnóstico precoce e otimização peri-operatória destas grávidas.

Palavras-chave: Acretismo

CL - (20703) - GRAU DE ACRETISMO PLACENTÁRIO E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ANTEPARTO: IMPACTO NA MORBILIDADE MATERNA

Cátia Silva¹; Joana Mafra¹; Vanessa Vieira¹; Ana Português Duarte¹; Luís Abreu¹; Isabel Santos Silva¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto

Resumo

Introdução: A prevalência de acretismo placentário e o respetivo impacto na morbidade materna têm sido crescentes. Atualmente, é reconhecida a importância do seu diagnóstico anteparto na melhoria dos desfechos maternos.

Objectivos: Caracterizar e analisar as diferenças e desfechos maternos de grávidas com diagnóstico anátomo-patológico de acretismo placentário.

Metodologia: Estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de placenta acreta (Grupo 1) vs increta e percreta (Grupo 2), entre 2012 e primeiros 6 meses de 2021, na Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Resultados: Registaram-se no período indicado, 13 casos de placenta acreta (Grupo 1), 1 caso de increta e 1 caso de percreta (Grupo 2), correspondendo a prevalência total de 0,06%. Verificámos diferenças estatisticamente significativas na mediana do número de partos (0.5 vs 4.5 partos, $p=0,038$) e antecedente de pelo menos uma cesariana anterior (7.7% (n=1) vs 100.0% (n=2), $p=0,005$). Houve diferenças na associação com diagnóstico de placenta prévia (7.7% (n=1) vs 100.0% (n=2), $p=0,002$), na utilização de Ressonância Magnética anteparto (0.0% (n=0) vs 50.0% (n=1), $p=0,008$), mas sem diferenças quanto ao diagnóstico no momento do parto. Houve mais partos vaginais no primeiro grupo (53.8% (n=7) vs 0% (n=0), $p<0,001$) e, no segundo grupo, maior necessidade de histerectomia intra-parto (7.7% (n=1) vs 100.0% (n=2), $p=0,010$) e de administração de concentrados eritrocitários (15.4% (n=2) vs 100.0% (n=2), $p=0,012$). Não registámos diferenças quanto à frequência de atonia uterina, administração de ferro endovenoso ou número de dias de internamento da puérpera.

Conclusões: A prevalência de acretismo placentário está de acordo com as séries reportadas na bibliografia. O conhecimento dos fatores de risco como multiparidade, antecedentes de cesariana(s) anterior(es) e diagnóstico de placenta prévia, poderão ser fundamentais para orientar o diagnóstico ecográfico anteparto com eventual complemento com Ressonância Magnética, e reduzir morbidade materna, já que esta se mostrou significativamente maior quanto maior grau de acretismo.

Palavras-chave: Placenta Acreta, Placenta Increta, Placenta Percreta, Placenta Prévia

ANOMALIAS DA PLACENTAÇÃO

CL - (20679) - RÁCIO SFLT-1/PLGF: RELAÇÃO COM O POTENCIAL DE CRESCIMENTO FETAL

Rita Ladeiras¹; José Pedro Lopes²; Ana Isabel Cunha¹; Elsa Pereira¹

1 - Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães; 2 - Escola de Medicina da Universidade do Minho

Resumo

Introdução: A avaliação dos biomarcadores angiogénicos (sFlt-1 e PIGF) tem assumido uma importância crescente no estudo da disfunção placentária, não só na Pré-eclâmpsia, mas também na Restrição de crescimento fetal (RCF) de causa placentar.

Objectivos: Identificar uma possível relação entre os valores do rácio sFlt-1/PIGF com o potencial de crescimento do feto e com o diagnóstico e prognóstico da RCF.

Metodologia: Estudo coorte retrospectivo que incluiu todas as grávidas que avaliaram o rácio sFlt-1/PIGF entre 01/05/2015 e 01/07/2019. A análise estatística foi efetuada utilizando o software IBM®SPSS Statistics, v24.

Resultados: Foram incluídas 233 grávidas, com idade média de 31.8 (20-47) anos. Antes das 34 semanas, pediram-se 62 rácios sFlt-1/PIGF, tendo sido encontradas diferenças ($\chi^2=18.746$; $p<0.001$) entre os intervalos do rácio relativamente ao número de RCF diagnosticadas (negativo-2(6.3%); intermédio-4(37.5%); positivo-13(59,1%)). Relativamente à gravidade da RCF, esta mostrou estar correlacionada com o valor do rácio ($\rho=0.511$; $p<0.05$), sendo a média deste de 184.5(11-635), 439.6(291.25-761.7), 656.2(607.7-704.6) e 628.4(174.6-1072.6) para cada tipo de RCF (1,2,3 e 4). Todas as RCF precoces (<32 semanas) tiveram rácio positivo e parto antes das 34 semanas. Na análise do percentil do peso dos recém-nascidos, houve também diferenças, com percentil médio dos pesos de 40.2, 13.6 e 8.8 no grupo negativo, intermédio e positivo respetivamente ($p<0.001$).

Após as 34 semanas, pediram-se 171 rácios sFlt-1/PIGF e encontraram-se igualmente diferenças ($\chi^2=15.834$; $p<0.001$) no diagnóstico de RCF nos diferentes intervalos do rácio (negativo-6(6.9%); intermédio-7(11.7%); positivo-9(37.5%)), não havendo contudo diferenças relativamente ao percentil médio dos pesos dos recém-nascidos ($P=0.05$).

A probabilidade de diagnosticar uma RCF quando o rácio é positivo baixou de 21.7 (<34 semanas) para 8.1 (>34 semanas).

Conclusões: Neste estudo verificámos que existe uma relação entre o valor do rácio sFlt-1/PIGF e a RCF, podendo este ser uma ferramenta adjuvante da ecografia no seu diagnóstico e orientação.

Palavras-chave: Restrição de Crescimento Fetal, Rácio sFlt-1/PIGF

**CL - (20691) - TIPO DE PLACENTA PRÉVIA E IMPACTO MATERNO-FETAL:
EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO**

Ana Beatriz Almeida¹; Ariana Bárbara²; Maria Inês Sousa¹; Tiago Meneses Alves¹; Marta Sales Moreira¹; António Braga¹; Jorge Braga¹

1 - Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal; 2 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Resumo

Introdução: Estudos demonstraram que o tipo de placenta prévia pode influenciar os resultados maternos e neonatais.

Objectivos: Avaliação dos efeitos das placentas prévias completa e incompleta nos resultados maternos e neonatais.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu casos de placenta prévia (PP) diagnosticados num centro terciário, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020. Foram incluídas na classificação de placenta prévia todas as placentas cujo bordo distou menos de 20 mm do orifício cervical interno. Excluíram-se os casos cujo parto ocorreu fora do respetivo hospital. Dividiram-se as PP em dois grupos: G1 que incluiu PP completas (centrais); e G2, com as PP incompletas (marginais e parciais). Compararam-se os resultados maternos e neonatais de ambos os grupos, considerando-se o nível de significância de 0,05.

Resultados: Em 19.871 partos ocorridos no período considerado, 71 casos cumpriram os critérios de elegibilidade: 35 PP completas e 36 incompletas. A idade gestacional no parto foi menor em G1 mas sem diferença estatística (35+6 vs 36+2, p=0,41). O único resultado materno estatisticamente significativo foi o diagnóstico de anemia pós-parto, com maior incidência em G1 (52% vs 22%, p= 0,01). Não se registaram diferenças quanto a episódios de metrorragias durante a gestação, necessidade de transfusão e/ou histerectomia, acretismo placentar ou internamento materno pós-parto. De igual forma, no que diz respeito aos resultados neonatais (parto pré-termo, peso ao nascimento, Índice de Apgar < 7, tempo de internamento e hospitalização na UCIN) não houve significância estatística.

Conclusões: A PP completa demonstrou apenas estar associada a maior frequência de anemia pós-parto face à PP incompleta, sem diferenças nos restantes resultados materno-fetais. A anemia é geralmente corrigida com ferro endovenoso ou oral, não havendo diferenças quando avaliada a necessidade de transfusão. Estes resultados sugerem que a vigilância, tanto na gravidez como no pós-parto, deve ser semelhante tanto em grávidas com PP completa como incompleta.

Palavras-chave: placenta prévia, outcome neonatal, outcome materno, Classificação, Ecografia

GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA

CL - (20656) - GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESARIANA – 3 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO

Andreia Martins¹; Isabel Saavedra¹; Maria Henriques¹; Maria Vicente¹; Sara Rocha¹; Álvaro Cohen¹; Carlos Barros¹; Maria José Alves¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Resumo

Introdução: A gravidez na cicatriz de cesariana (GCC) é uma forma rara de gravidez ectópica, mas com incidência crescente devido ao aumento das taxas de cesariana. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações como hemorragia maciça ou rotura uterina com necessidade de histerectomia.

Objectivos: Descrever os casos de GCC de 2019 a 2021 numa maternidade terciária.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos casos de GCC entre Janeiro de 2019 a Setembro de 2021. A análise descritiva foi realizada no programa SPSS.

Resultados: Durante esse período, 6 casos de GCC foram identificados. A idade materna média foi de $35 \pm 5,5$ anos, 4 (66,7%) tinham uma cesariana anterior e 2 (33,3%) tinham duas cesarianas anteriores. O intervalo de tempo entre a cesariana e a GCC foi em média $8.17 \pm 6,3$ anos. A idade gestacional média no momento do diagnóstico foi $49 \pm 12,5$ dias, 3 apresentaram hemorragia vaginal à apresentação, 1 algias pélvicas e 2 ambos os sintomas. O valor médio de BHCG inicial foi 30934mg/dL (variação entre 1702 e 79 000) e o batimento cardíaco do embrião foi observado em 3 casos. Em 4 casos (66,7%), o tratamento foi com metotrexato (MTX) sistémico, um dos casos com necessidade de histeroscopia para remoção de restos ovulares. Nos restantes 2 casos (33,3%), optou-se pela injeção de MTX intra-saco, um com necessidade de MTX sistémico por subida persistente dos valores de BHCG. O tempo médio até à normalização da BHCG foi $79,3 \pm 18$ dias. Posteriormente, duas mulheres engravidaram espontaneamente, uma ainda grávida e a outra teve o parto por cesariana às 40 semanas.

Conclusões: Destacamos a importância da alta suspeição clínica em mulheres com cesariana anterior que se apresentam com hemorragia e/ou algias pélvicas no primeiro trimestre. Nos casos descritos, o diagnóstico e tratamento precoces permitiram evitar complicações e preservar a fertilidade. O tratamento médico com MTX é eficaz e minimamente invasivo, mas implica vigilância ecográfica e laboratorial seriada.

CL - (20695) - ANTECEDENTES DE CIRURGIA UTERINA – INFLUÊNCIA NO DESFECHO DE GESTAÇÕES COM PLACENTA PRÉVIA

Maria Inês Sousa¹; Paulina Costa²; Ana Beatriz Almeida¹; Tiago Meneses¹; Graça Buchner¹; Jorge Braga¹

1 - CMIN - CHUP; 2 - Centro Hospitalar Médio Ave

Resumo

Introdução: A placenta prévia (PP) associa-se a morbimortalidade materna, encontrando-se a sua incidência aumentada em mulheres com história pregressa de cesariana ou procedimentos intrauterinos, como a curetagem.

Objectivos: Determinar o impacto da existência de cirurgia uterina anterior (CUA) no desfecho de gestações com PP.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional efetuado num centro terciário, durante 6 anos, que incluiu gestações com o diagnóstico de PP ou de inserção baixa. Os casos foram analisados separadamente, de acordo com a existência de CUA (cesariana ou intervenções intrauterinas). Excluíram-se situações de diagnóstico não confirmado no momento do parto ou cujo parto ocorreu noutra instituição. A análise estatística foi realizada através do SPSS, considerando-se $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 73 casos, 47 dos quais sem história de CUA e 26 com CUA (24 cesarianas e 2 curetagens).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre grupos quanto à ocorrência de anemia pós-parto, contudo a taxa de transfusão sanguínea foi superior no grupo com CUA (4,1% vs 26,9%, $p=0,017$). No grupo sem CUA não ocorreram manifestações de acretismo, ao invés do grupo com CUA, que registou 6 (23,1%) casos (2 placentas acretas, 1 increta e 3 percretas). Neste grupo, realizaram-se 4 (15,4%) histerectomias urgentes pós-parto (todas em situações de acretismo), 3 das quais com choque hemorrágico e internamento em UCI. Não existiram diferenças entre grupos em relação à idade materna, metrorragias na gravidez, IMC e idade gestacional no momento do parto, taxa de cesarianas urgentes/emergentes, dias de internamento no pós-parto, índices de Apgar ao primeiro e quinto minutos e taxa de admissão na UCI neonatal.

Conclusões: Neste estudo, a existência de CUA associa-se a piores desfechos maternos, com ocorrência de acretismo e complicações hemorrágicas, não tendo impacto nos desfechos neonatais. Este conhecimento é de grande relevância na vigilância e planeamento do parto de gestações com PP e antecedentes de CUA.

Palavras-chave: placenta prévia, desfechos materno-fetais, cirurgia uterina anterior