Placenta accreta – about the need for a reference center
Acretismo placentar – quanto à necessidade de um centro de referência

Pedro Viana Pinto*, Ana Paula Machado**, Nuno Montenegro***
Centro Hospitalar São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; EPIUnit

Caro Editor

Foi com muito interesse que lemos o artigo de opinião publicado na mais recente edição da Acta Obstétrica, intitulado: «Centros de referência. Precisam-se?». Neste artigo é dada particular relevância ao acretismo placentário, patologia à qual nos temos dedicado nesta instituição, de forma particular, nos últimos dois anos. De acordo com um trabalho recentemente efetuado no nosso serviço e apresentado na reunião da SPOMMF de Abril de 2018, a prevalência de acretismo no nosso centro hospitalar é de 1,8/1000 nascimentos, indo de encontro ao descrito na literatura[1,2] e referida no artigo de opinião. Contextualizando, o acretismo placentar é a principal causa de histerectomia de emergência em países desenvolvidos e está associado a uma morbilidade e mortalidade maternas elevadas (60% e 7% respectivamente). O principal fator de risco para acretismo placentar é a história de cesariana anterior. Em Portugal, entre 2010-2016, e de acordo com dados do PORDATA, a taxa de cesariana, nos hospitais públicos, variou entre 32,9% a 36,3%. Desta forma, o acretismo placentar torna-se uma realidade cada vez mais presente.

Sendo um assunto tão atual e relevante, merecedor da publicação de consensos da FIGO em 2018, é importante perceber o que de melhor podemos oferecer às nossas pacientes. Claramente, a criação de centros de referência por patologia, particularmente nas situações de grande morbimortalidade e necessidade de equipas multidisciplinares, permite diminuir a probabilidade de desfechos adversos. Contudo, para que a referenciação possa ser feita atempada e adequadamente é necessário que o diagnóstico tenha sido feito. Assim, na situação particular do acretismo o diagnóstico anteparto é fundamental. É igualmente importante ter preparado um plano de atuação quer para casos com suspeição prévia quer para as situações urgentes/emergentes com as quais nos podemos deparar. Dados recentes apontam para que os desfechos sejam, também, melhores em situações orientadas e com parto em centros de referência. Em 2014, no nosso serviço, concordando com a necessidade de prestar mais atenção a esta entidade e entendendo a importância da multidisciplinaridade para a sua orientação, desenvolvemos um protocolo de atuação no acretismo placentar, discriminando as diversas opções terapêuticas de acordo com as situações com que nos deparamos no dia a dia, as opções maternas e o caráter planeado/emergente da situação. A equipa multidisciplinar envolve a participação de elementos da Obstetrícia, Ginecologia Oncológica, Urologia, Radiologia de Intervenção, Anestesiologia, Neonatologia com cuidados diferenciados, Imuno-hemoterapia com capacidade para transfusões maciças e Unidade de Cuidados Intensivos materna. Estes dois últimos elementos são fundamentais para a otimização dos cuidados prestados à mãe e para a redução da morbimortalidade associadas a esta entidade. Destacamos ainda o papel da Anatomia Patológica, na avaliação de placentas/peças de histerectomia, fundamentais para garantir/validar um diagnóstico preciso e real do acretismo placentar. De acordo com a tradição do nosso serviço na área, dispomos ainda de anatomo-patologistas dedicados ao estudo macroscópico e histológico placentar, garantindo resultados consistentes na sua avaliação.

Tendo em conta a dedicação do serviço ao tema, com diversas publicações nacionais e internacionais (desde casos clínicos, métodos de diagnóstico e vias de tratamento preferenciais)[3-5], inclusive demonstrando a existência de uma equipa formatada para tratamento desta entidade, foi com alguma surpresa que reparamos não ter sido prestada a devida atenção aos dados na-

*Interno de Formação Específica, Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Centro Hospitalar São João; Unidade de Anatomia, Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto
**Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar São João, Porto
***Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, EPE; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; EPIUnit

cionais que temos apresentado e ao trabalho que temos vindo a efetuar. Na eventual criação de centros de referência de acretismo placentar é fundamental a elaboração de critérios realistas e adequados de referenciação; é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar bem preparada e capaz de trabalhar em conjunto, disponível e pronta a atuar quando necessário; é indispensável centrar o foco no diagnóstico antenatal, promovendo um parto eletivo e em condições ideais; é, ainda, essencial definir adequadamente como reagir em situações agudas, emergentes e não suspeitadas, garantindo o melhor desfecho materno e fetal. Não se afigura fácil o caminho para a criação de tal centro de referência no nosso país. No entanto, esta é uma realidade possível e talvez inevitável. Consideramos muito pertinente o debate sobre estes temas, estando totalmente abertos à discussão dos mesmos, com a certeza de que a experiência por nós adquirida nos últimos anos e o interesse pelo tema podem constituir um contributo importante.

BIBLIOGRAFIA

1. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol. 2005;192:1458-1461.

2. Higgins MF, Monteith C, Foley M, O'Herlihy C. Real increasing incidence of hysterectomy for placenta accreta following previous caesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;171:54-56.

3. Viana Pinto P, Machado AP, Loureiro T, Montenegro N. Placenta percreta – utilização per-operatória de balões oclusivos nas artérias ilíacas comuns. AOGP. 2015;9(3):256-259.

4. Alfirevic Z, Tang AW, Collins SL, Robson SC, Palacios-Jaraquemada J; Ad-hoc International AIP Expert Group. Pro forma for ultrasound reporting in suspected abnormally invasive placenta (AIP): an international consensus. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;47(3):276-278.

5. Viana Pinto P, Machado AP, Montenegro N. Risk of hemorrhage in abnormally invasive placenta according to its management. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(18):2139-2145.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Pedro Viana Pinto
E-mail: pedrovianapinto@gmail.com