Placenta Accreta Spectrum Disorders: something we can't ignore
Acretismo Placentário: um realidade que não podemos ignorar

Nuno Clode[1]

O acretismo placentário é um *hot topic* actual. Fazendo uma consulta simples na Medline, e utilizando como palavras chave *placenta accreta, placenta accreta spectrum* e *abnormal invasive placenta*, rapidamente se constata que nos últimos 5 anos houve um aumento de 50% no número de artigos publicados quando comparado com os 5 anos anteriores. Sendo uma entidade associada a um elevado risco de mortalidade e morbilidade materna e estando directamente correlacionada com a taxa de cesarianas, a qual se mantém elevada, não admira o interesse que suscita.

Há pouca informação sobre a realidade portuguesa no que concerne a situações de acretismo placentário. Provavelmente por não existirem entre nós, nem registos obrigatórios de ocorrências de morbilidade materna grave (*near missed*), em que quase todos estes casos se enquadram pela hemorragia puerperal que desencadeiam, nem registos detalhados das actividades de todos os Serviços de Obstetrícia. Em 2013, foi publicada na AOGP uma pequena série de casos de grávidas com o diagnóstico de placenta prévia e antecedentes de cesariana anterior e em que havia a forte suspeita antenatal de acretismo placentário, e que ilustrava a complexidade da gestão das situações mais graves desta entidade[1]. Neste número da revista é apresentada a experiência de um centro terciário português sobre acretismo placentário[2] e em que, numa avaliação retrospectiva de oito anos e em que o diagnóstico clínico foi sempre confirmado pela avaliação histológica, a prevalência encontrada foi de 1,8/1000 partos, em linha com o referido na literatura publicada. Da análise destes 38 casos é de relevar que cerca de 1/3 ocorreram em nulíparas – das quais mais de metade não apresentava qualquer factor de risco para uma invasão anómala da placenta –, que das 24 multíparas apenas em 8 tinha sido realizada cesariana na gestação anterior e que apenas em 3 das 38 gestantes existia o diagnóstico prévio de acretismo placentário, embora em 7 se sabia existir uma placenta prévia/baixamente inserida.

1. Assistente Hospitalar Graduado Senior de Ginecologia e Obstetrícia

Que é possível depararmo-nos com situações de acretismo placentário quando menos se espera, é algo que qualquer obstetra sabe e que o trabalho de Viana Pinto[2] evidencia ao mostrar que surgem formas de acretismo em nulíparas mesmo sem factores de risco para uma aderência anormal da placenta. No estudo em questão, a maioria dos casos foram formas ligeiras de placenta *acreta*, que se resolveram com dequitadura manual. De facto, excluindo o tratamento conservador (manutenção do útero deixando a placenta *in situ*) que pela elevada morbilidade associada deve ser encarado de forma excepcional, a resolução deste tipo de situações vai desde a remoção da placenta com necessidade de pontos hemostáticos no leito placentário e/ou a colocação de suturas hemostáticas até à histerectomia total com placenta *in situ* com remoção/ reparação de órgão envolvido nas formas de placenta *percreta*, passando pela remoção da área de acretismo e histerorrafia na placenta *increta*.

Em números anteriores da AOGP[3,4] foi frisada a necessidade de se implementarem, a nível nacional, centros de excelência para a resolução dos casos mais graves de acretismo placentário, nomeadamente as que surgem em gestantes com cesariana anterior e placenta prévia, dado que os melhores resultados ocorrem em centros terciários onde é possível reunir equipas multidisciplinares, treinadas nestas situações[5] e em que a cesariana decorra de forma planeada[6]. Mas para que tal seja possível é necessário que sejam identificadas as gestações em que seja posta a suspeição da anormal invasão da placenta.

A literatura aponta que metade/um terço dos casos de acretismo placentário só é diagnosticado após o parto[7,8] mas seria bom que as situações potencialmente mais complexas (placenta *increta/percreta*) fossem diagnosticadas antes do parto, por forma a serem orientadas para os tais centros de excelência. Está assente que a ecografia, desde que realizada por alguém experiente, apresenta uma elevada sensibilidade e especificidade no diagnóstico da acretismo placentário[9] e que se torna maior em situações de placenta prévia co-existindo com uma cesariana anterior[10]. Assim, as grávidas

com cesariana anterior e com placenta inserida no segmento inferior ou placenta prévia/baixamente inserida deveriam ser sempre observadas por um ecografista com experiência neste género de situações por forma a que a suspeição de acretismo placentário seja colocada com consequente referenciação da gestante para um centro de excelência.

O acretismo placentário está associado a uma elevada morbilidade e mortalidade materna e, se bem que a prevalência indicada pelo trabalho publicado seja a de um hospital terciário que pode não reflectir a realidade do país, o valor apontado (1,8/1000 partos) é significativo. É nossa obrigação, como últimos responsáveis pela grávida, de alertarmos a quem de direito da necessidade de se instituírem orientações para o diagnóstico antenatal destes casos e de se criarem centros nacionais capazes de lidarem com o parto destas mulheres.

BIBLIOGRAFIA

1. Nunes C, Pereira I, Barata S, Clode N, Mendes Graça L. Placenta acreta – como abordar? Acta Obstet Ginecol Port 2013;7(1): 58-61

2. Viana Pinto P, Guimarães S, Machado AP, Montenegro N. Acretismo placentário - experiência clínica ao longo de 8 anos de um centro hospitalar com cuidados terciários. Acta Obstet Ginecol Port 2019;13(3):148-154.

3. Clode N. Centros de referência. Precisam-se? Acta Obstet Ginecol Port 2018;12(2):96-98

4. Viana Pinto P, Machado AP, Montenegro N. Acretismo placentar – quanto à necessidade de um centro de referência Acta Obstet Ginecol Port 2018;12(3):238-239

5. Shamshirsaz AL, Fox KA, Erfani H, Clark SL, Salmanian B, Baker W, Coburn M, Shamshirsaz AA, Bateni ZH, Espinoza J, Nassr AA, Popek EJ, Shiu-Ki U, Teruya J, Tung CS, Jones JA, Rac M. Dildy GA, Belfort AM. Multidisciplinary team learning in the management of the morbidly adherent placenta: outcome improvements over time. Am J Obstet Gynecol 2017;216(6):612.e1-612.e5

6. Shamshirsaz AA, Fox KA, Erfani H, Clark SL, Shamshirsaz AA, Nassr AA, Sundgren NC, Jones JA, Anderson ML, Kassir E, Salmanian B, Buffie AW, Hui SK, Espinoza J, Tyer-Viola LA, Rac M, Karbasian N, Ballas J, Dildy GA, Belfort MA. Outcomes of planned compared with urgent deliveries using multidisciplinar team approach for morbidly adherent placenta. Obstet Gynecol 2018;131(2):234-241

7. Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, Colmorn LB, Klungsoyr K, Bjarnadóttir RI, Tapper AM, Børdahl PE, Gottvall K, Petersen KB, Krebs L, Gissler M, Langhoff-Roos J, Källen K. Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. BJOG 2016 ;123:1348-1355.

8. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, Leveno KJ, Iams JD, Tita AT, Saade G, Rouse DJ, Blackwell SC. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. Obstet Gynecol 2015;125:683-689.

9. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and mata analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;42(5):509-517

10. Eric Jauniaux, MD, PhD; Amar Bhide, MD. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2017;217(1):27-36.