

## Morbidly adherent placenta – *primum non nocere* Placenta anormalmente aderente – *primum non nocere*

Susana Santo\*

A placenta anormalmente aderente (PAA) resulta da invasão miometrial pelas vilosidades coriônicas, em consequência da ausência de decídua basal, impossibilitando a separação da placenta das paredes uterinas no momento do parto. Esta invasão pode variar em profundidade (placenta acreta, increta ou percreta) estando um maior grau de invasão associado a maior risco de hemorragia e mortalidade maternas.

Neste número da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa são publicados dois artigos sobre placenta percreta. Freitas R e Ayres-de-Campos D<sup>1</sup> publicam uma excelente revisão sobre a abordagem obstétrica da placenta percreta salientando a importância do diagnóstico pré-natal e da abordagem multidisciplinar. Pinto PV *et al*<sup>2</sup> publicam um caso clínico de uma gravidez complicada de placenta percreta submetida a histerectomia durante a cesariana, tendo o procedimento sido precedido da colocação de balões oclusivos nas artérias ilíacas comuns.

Apesar da ausência de evidência científica sobre qual a melhor opção terapêutica para as situações de PAA as diferentes alternativas contemplam a colocação de cateteres arteriais, embolização, deixar a placenta *in situ*, terapêutica adjuvante com metotrexato, ressecção segmentar e a histerectomia imediata ou diferida. Para tal é desejável reunir uma equipa multidisciplinar constituída por um obstetra, ginecologista, urologista, anestesista, hemoterapeuta e eventualmente um radiologista a fim de delinear e coordenar a abordagem terapêutica. Enfrentar uma situação de PAA sem diagnóstico pré-natal, sem uma equipa multidisciplinar e sem apoio diferenciado é enfrentar uma hemorragia cataclísmica associada a morbidade e mortalidade significativas. É pois crucial estar preparado, pedir ajuda e estar desperto para as complicações que podem surgir durante e após a cirurgia.

Há no entanto um curioso paradoxo obstétrico face à PAA. Assumimos as situações de PAA como um le-

gado adquirido que é necessário gerir da melhor forma com vista à redução do impacto desta entidade clínica. Damos particular atenção às orientações que levam à constituição de «equipas de excelência» para tratamento destas situações, mas provavelmente não reflectimos de igual forma sobre os factores que estão na base da sua origem. Não estaremos nós obstetras a encobrir um problema criado pela obstetrícia dita moderna? É importante relembrar que o principal factor de risco para a ocorrência de PAA é a existência de placenta prévia e de cesariana(s) nos antecedentes. Uma grávida com placenta prévia e duas cesarianas nos antecedentes tem um risco de 40% de ter uma PAA, subindo este risco para 60% se existirem três ou mais cesarianas anteriores<sup>3</sup>. O aumento da incidência de situações de PAA está directamente relacionado com o aumento da taxa de cesarianas tendo-se assistido ao longo dos últimos 50 anos a um aumento da incidência de PAA em cerca de 10 vezes<sup>4</sup>. Qual é então o papel da prevenção primária? Interrogo-me sobre quantos procedimentos cirúrgicos uterinos já praticámos sem que o risco futuro de placentação anómala tenha sido considerado.

Recordo o primeiro caso de placenta percreta a que assisti como se fosse hoje. Não esqueço aquele olhar. Um olhar perdido de alegria e de tristeza. Alegria por mais uma vez aquela mulher se realizar pela maternidade. Tristeza pela possibilidade de não voltar a abraçar os seus quatro filhos. A sua história obstétrica incluía uma primeira cesariana por indução de trabalho de parto falhada às 38 semanas, uma segunda cesariana por cesariana nos antecedentes e uma terceira cesariana por duas cesarianas anteriores. Agora restava enfrentar uma quarta cesariana por uma gestação complicada de placenta percreta com um risco de morte de 10%. Como esta grávida desejou que a sua história pudesse ter sido diferente. E talvez pudesse ter sido mesmo diferente se não tivesse sido proposta uma indução precoce do trabalho de parto e talvez pudesse ter sido mesmo diferente se fosse um caso ilegível para uma tentativa de parto vaginal após cesariana...

A prevenção primária da PAA passa por melhorar os cuidados relativos ao parto. Não basta juntar sinergias

\*Editora Associada.  
Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria/CHLN

para baixar a taxa de cesarianas. É imperioso melhorar a forma como os partos vaginais são conduzidos e como as emergências obstétricas são solucionadas. É preciso fazer cesarianas. Mas só as cesarianas que são verdadeiramente indicadas. Não esqueçamos o impacto que estas podem ter no futuro reprodutivo da mulher.

É pois importante que o aumento das situações de PAA não conduza a uma dessensibilização face ao tema e acima de tudo é preciso lembrar que *primum non nocere...*

## REFERÊNCIAS

1. Raquel F, Ayres-de-Campos D. Placenta percreta: que orientação clínica? Acta Obstet Ginecol Port 2015;9(3)250-255.
2. Pinto PV, Machado AP, Loureiro T, Montenegro N. Placenta percreta – utilização per-operatória de balões oclusivos nas artérias ilíacas comuns. Acta Obstet Ginecol Port 2015;9(3)256-259.
3. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai B, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226–32.
4. Chantraine F, Langhoff-Roos J. Abnormally invasive placenta – AIP. Awareness and pro-active management is necessary. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92:369-71.