



Título: Correlação diagnóstica entre achados radiológicos e anatomopatológicos de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta complicadas

Palavras chaves: Espectro da Placenta Acreta, Diagnóstico radiológico, Diagnóstico anatomopatológico

ALUNA: Larissa de Lima Monte - FCM UNICAMP

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez - CAISM UNICAMP

1. Introdução

O Espectro da Placenta Acreta (EPA) compreende uma variedade de distúrbios aberrantes da implantação placentária e com retenção completa ou parcial da placenta durante o parto. Tradicionalmente dividia-se em placenta acreta, increta e percreta ¹. Contudo, há uma nova divisão patológica que divide o espectro em placenta mórbida aderente (inclui a placenta acreta) e placenta anormalmente invasiva (inclui a increta e percreta) ². Ademais, em 2019, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) publicou uma nova classificação para diagnóstico de distúrbio do Espectro da Placenta Acreta, a qual buscou reunir critérios clínicos padronizados para o diagnóstico diferencial entre placenta aderente e invasivas, levando em conta critérios clínicos e histológicos, sendo este dividido em graus variando do grau 1 (placenta anormalmente aderente) ao grau 3c em que há invasão de órgãos pélvicos ²⁸.

O método diagnóstico que continua sendo padrão ouro é a análise histológica do material, incluindo placenta e útero; no entanto, o exame só é realizado pós-histerectomia, servindo como um exame

de confirmação histopatológica ²². Entretanto, quando o diagnóstico é proposto no período pré-natal, existe melhor prognóstico neonatal e materno com a cirurgia programada. Neste caso, o diagnóstico pode ser feito por meio de exames de imagem, como a ultrassonografia ^{10, 14} e a ressonância magnética nuclear, a qual embora esteja associada a uma alta sensibilidade, trata-se de um exame de alto custo, não sendo utilizado como rotina ^{10,13}. Podem ser realizados também exames laboratoriais para dosagem de marcadores de danos placentários ou desenvolvimento placentário anormal.

O manejo da forma mais grave da inserção placentária anormal, o percretismo placentário, ainda continua controverso, com muitas condutas divergentes ^{16,17}. Sabe-se que as gestantes com o diagnóstico de EPA requerem uma definição de um plano pré-operatório instituído por uma equipe multidisciplinar em um serviço terciário, devido ao alto risco de hemorragia intraoperatória, principalmente nas placentas percretas que invadem órgãos vizinhos ¹⁴. Indica-se que o parto de pacientes estáveis com EPA deve ocorrer entre 34 semanas e 36 semanas, sendo recomendado o uso antenatal de corticosteróide. Interrupções ainda mais precoces são apropriadas somente em indicações obstétricas ¹⁵. O tratamento conservador, o qual consiste em deixar a placenta in situ, é uma opção para alguns casos em que há o desejo de preservar a fertilidade e em casos, por exemplo, de extensas invasões na bexiga (trígono vesical), colo uterino, paramétrio ou outros órgãos vizinhos e implantação de cotilédones nos grandes vasos pélvicos, mas ainda é um tratamento de exceção, devido ao risco de complicações severas ^{19,20,27}. Essas pacientes devem ser monitorizadas clinicamente por semanas a meses, já que a velocidade de absorção e expulsão placentária é incerta. Também devem ser extensivamente aconselhadas quanto às possíveis complicações a curto prazo: recorrência hemorrágica, infecção, histerectomia de última instância e óbito ²⁷.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo que incluiu uma amostra de 22 gestantes que foram diagnosticadas através de Ecografia ou RM com EPA atendidas no CAISM UNICAMP no período entre 2017 e 2023. Foram excluídos do estudo os casos em que as informações necessárias não estiverem disponíveis na revisão dos prontuários dessas mulheres. A lista de mulheres foi obtida através do sistema informatizado do pré-natal de alto risco e da enfermaria de patologia obstétrica com a identificação dessa patologia. Todas as informações colhidas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados criado com este propósito. Foi feita a análise descritiva inicial das características diagnósticas dos exames de imagem e dos resultados obtidos nas amostras de placenta dos casos participantes do estudo. A prevalência dos fatores pesquisados foi avaliada a partir de frequências simples (n) e relativas (%). A confidencialidade da fonte das informações colhidas das participantes foi garantida pela criação de um número sequencial de registro na pesquisa que foi utilizado para a identificação do caso nos arquivos de

uso do pesquisador. Esta pesquisa foi previamente submetida à aprovação pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM e CEP-FCM-UNICAMP. Somente após a aprovação se iniciou a coleta de dados. Essa pesquisa foi conduzida em conjunto, entre as acadêmicas Juliana G. Santos da Silva e Larissa de Lima Monte, a qual avaliaram, respectivamente: 1. os resultados maternos, perinatais e complicações imediatas e tardias de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta e 2. correlação diagnóstica entre achados radiológicos e anatomopatológicos de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta complicadas.

Objetivos

O estudo tem como objetivo avaliar a correlação diagnóstica entre achados radiológicos e anatomopatológicos de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta complicadas dos casos acompanhadas no CAISM UNICAMP no período de 2017 a 2023.

Resultados

O estudo registrou a participação de 22 gestantes no período de 2017-2023, sendo observado uma média de idade de 31,8 anos (variando entre 26 a 40 anos). Sobre a autodeclaração de cor, 5 pacientes eram pardas, 1 preta e 17 pacientes (77,2%) eram brancas. Enfim, relativo aos estados civis que foram declarados, 77,2% eram casadas e 9% solteiras.

Em relação a avaliação do dados diagnósticos das participantes registrou-se que apenas 45,5% (10) das gestantes possuem registro em prontuário eletrônico do serviço de realização de ultrassonografia obstétrica e ressonância magnética (RM), sendo destas 36,4%(8) apresentavam registro exclusivamente de realização de ultrassonografia obstétrica, 9,1% (2) apenas ressonância magnética e 9,1% (2) apresentaram registro em prontuário de realização de ultrassonografia obstétrica e ressonância magnética, porém não havia documentação do laudo da RM em prontuário médico.

Ao avaliar os dados referentes ao diagnóstico por imagem foi registrada a presença de lacunas placentárias ou perda da área hipoecóica sob o leito placentário em 40,9% (9) das gestantes avaliadas no estudo e 59,1% (13) não apresentaram este achado nos exames de imagem realizados durante o seguimento pré-natal. A descrição de abaulamento placentário esteve presente em apenas 22,7% (5) das gestantes. Foi observada invasão placentária extra-útero em 45,5% (10) das participantes do estudo.

Ao avaliar o diagnóstico obtido durante o acompanhamento pré-natal e considerando a antiga classificação deste distúrbio de implantação placentária, o atual Espectro da Placenta Acreta, o estudo registrou 50,0% (11) de casos de placenta increta, 45,5% (10) de placenta percreta e 4,5% (1) de placenta acreta.

Em relação aos resultados anatomopatológicos, o estudo registrou que 68,2%(15) dos casos participantes eram de placenta percreta, 22,7% (5) de incretismo, 4,5 %(1) de acretismo e 4,5%(1) não houve confirmação anatomopatológica, pois tratava-se de um caso em que foi adotada conduta conservadora.

No que se refere aos achados deste método, 100% (22) dos casos era possível observar algum grau de invasão de células trofoblásticas extravilosas e 86,4% (19) das placentas avaliadas macroscopicamente e microscopicamente apresentavam sinais de alterações vasculares, como áreas avasculares, presença de edema de vilosidade, disposição de fibrina intervilos, trombose intervilosa basal e central, hematoma retromembranosos, depósito de hemossiderina na decidua e sinais de embolização.

Ao correlacionar os diagnósticos radiográficos com os anatomopatológicos obtidos nas amostras de placenta no intra ou pós-operatório, o estudo identificou uma correspondência entre os achados de ambos os métodos em 59,1% (13) dos casos analisados, ou seja 59,1% das gestantes confirmam o diagnóstico pré-natal na análise anatomopatológica.

Referências Bibliográficas

1. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(6):B2–b16.
2. Liu X, Wang Y, Wu Y, et al. What we know about placenta accreta spectrum (PAS). *Eur J Obstetr Gynecol Reprod Biol*. 2021;259:81–8ser9.
3. Shazly SA, Hortu I, Shih JC, et al. Prediction of success of uterus-preserving management in women with placenta accreta spectrum (CON-PAS score): a multicenter international study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;154(2):304–311.
4. Shazly SA, Hortu I, Shih JC, et al. Prediction of success of uterus-preserving management in women with placenta accreta spectrum (CON-PAS score): a multicenter international study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;154(2):304–311.
5. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1458–1461.
6. Arakaza A, Zou L, Zhu J. Placenta Accreta Spectrum Diagnosis Challenges and Controversies in Current Obstetrics: A Review. *Int J Womens Health*. 2023 Apr 20;15:635-654.
7. Chantraine F, Braun T, Gonser M, Henrich W, Tutschek B. Prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta reduces maternal peripartum hemorrhage and morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 439-444
8. Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Sangara RN, et al. Trends, characteristics, and outcomes of placenta accreta spectrum: a national study in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(5):534.e531–534.e538.
9. Clausen C, Lönn L, et al. Management of placenta percreta: a review of published cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93:138-143
10. Silver R, Barbour K, et al. Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta and Percreta. *Obstet Gynecol Clin N Am* 42 (2015) 381-402
11. Goh WA, Zalud I. Placenta accreta: diagnosis, management and the molecular biology of the morbidly adherent placenta. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(11):1795–1800.

12. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Winikoff B, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Postpartum haemorrhage management, risks and maternal outcomes: findings from the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health
13. Mahalingam HV, Rangasami R, Premkumar J, Chandrasekar A. Placenta accreta scoring system (PASS)—assessment of a simplified clinico-radiological scoring system for antenatal diagnosis of placenta accreta. *Egypt J Radiol Nuclear Med.* 2021;52(1):42.
14. Alves AL, Silva LB, Costa FS, Rezende GC. Manejo do espectro da placenta acreta. *Femina.* 2021;49(9):554-65.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e259-75. doi: 10.1097/AOG.0000000000002983
16. Perez-Delboy A., Wright JD. Surgical management of placenta accreta: to leave or remove the placenta? *BJOG* 2014; 121:163-170
17. Clausen C., Lönn L., et al. Management of placenta percreta: a review of published cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93:138-143
18. Viñas M., Chandraran E., et al. The role of interventional radiology in reducing haemorrhage and hysterectomy following caesarean section for morbidly adherent placenta. *Clinical Radiology* 69 (2014) e345-e351
19. Silver R., Barbour K., et al. Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta and Percreta. *Obstet Gynecol Clin N Am* 42 (2015) 381-402
20. Ramoni A., Strobl E., Tiechl J., Ritter M., Marth C. Conservative management of abnormally invasive placenta: four case reports. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92: 468-471
21. Milanez H., Passini R., Dubinco A. Perinatologia moderna: visão integrativa e sistêmica : volume 1- obstetricia / capitulo Espectro da Placenta Acreta/ Editores Abimael Aranha Netto. 1. ed. - rio de Janeiro : Atheneu, 2021.
22. Jauniaux E, Zosmer N, Subramanian D, Shaikh H, Burton GJ. Ultrasound-histopathologic features of the utero-placental interface in placenta accreta spectrum. *Placenta.* 2020;97:58–64.
23. E. Jauniaux, F. Chantraine, R.M. Silver, J. Langhoff-Roos. Diagnosis FPA, Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet*, 140 (2018), pp. 265-273
24. Baldwin H.J., Patterson J.A., Nippita T.A., Torvaldsen S., Ibiebele I., Simpson J.M. et al. Maternal and neonatal outcomes following abnormally invasive placenta: a population-based record linkage study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96: 1373-1381
25. Palacios-Jaraquemada JM. Surgical anatomy. In: Palacios-Jaraquemada JM. Placental adhesive disorders. Berlin: De Gruyter; 2012. p. 43-78.
26. Betran AP, Ye J, Moller A, et al Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 2021; 6:e005671.
27. Legendre G, Zoulovits FJ, Kinn J, Senthiles L, Fernandez H. Conservative management of placenta accreta: hysteroscopic resection of retained tissues. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(5):910-3. doi: 10.1016/j.jmig.2014.04.004
28. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Jul;146(1):20-24. doi: 10.1002/ijgo.12761. PMID: 31173360.