



Resultados perinatais de fetos com restrição de crescimento e doenças genéticas associadas

Palavras-Chave: restrição de crescimento fetal, ultrassonografia obstétrica, medicina fetal.

Autores(as):

Giulia Costa Freitas - PUC CAMPINAS

Prof^a Ana Paula Damiano, DN - CAISM

Prof. Dr. João Renato Bennini Junior (orientador), DTG - CAISM

INTRODUÇÃO:

A restrição de crescimento fetal (RCF) ocorre quando o feto não atinge o tamanho esperado ou determinado pelo seu potencial genético. Há debates sobre o diagnóstico da RCF, sendo o peso fetal estimado abaixo do percentil 10 para a idade gestacional o critério mais utilizado (ACOG, 2021). Assim, para a melhor identificação dos fetos com crescimento restrito, faz-se necessária a avaliação de alguns indicadores biométricos ultrassonográficos como: perímetro cefálico, perímetro abdominal e comprimento do fêmur, pois estes permitem estimar o peso do concepto (Vayssière C et al., 2015). As principais causas para a RCF são insuficiência placentária, infecções e alterações genéticas. Ademais, a falha de um feto em atingir seu potencial de crescimento confere um risco significativamente aumentado de morbidade e mortalidade perinatal. Deste modo, é função do médico reconhecer e diagnosticar com precisão o crescimento fetal inadequado e tentar determinar sua causa, uma vez que o monitoramento cuidadoso do crescimento e bem-estar fetal podem auxiliar a se atingir um resultado perinatal mais favorável (Resnik R., 2002).

RCF é associada com morbidade e mortalidade perinatal aumentada, assim como com maior morbidade em longo prazo e predisposição a doenças crônicas na idade adulta. Apesar das opções limitadas de tratamento intrauterino, o diagnóstico pré-natal é essencial já que foi

observado que fetos com restrição de crescimento não diagnosticados no período pré-natal apresentavam um risco quatro vezes maior de desfechos adversos quando comparados com aqueles diagnosticados logo antes ou após o nascimento (Pereira, Dailson DS, et al., 2014).

Segundo a literatura, a incidência de RCF é influenciada por diversos fatores. Assim, nos países desenvolvidos a incidência é menor do que nos países subdesenvolvidos, variando também segundo as características culturais e socioeconômicas em um mesmo país. A incidência também varia segundo os critérios de definição e as configurações das curvas de normalidade. De modo geral, pode-se afirmar que a RCF é um problema clínico comum, reconhecido em 7% a 15% das gestações (Moreira Neto et al., 2011). No Brasil está estimada entre 10% e 15% (MS, 2000 apud Moreira Neto et al., 2011).

Ademais, quando a RCF é associada à cromossomopatias e malformações fetais, o grau de letalidade e morbidade relacionado também deve ser levado em consideração no momento da definição do parto (cesárea ou parto normal), preferencialmente ocorrendo no termo, para que não se agregue a prematuridade aos riscos fetais já existentes (Pereira, Dailson DS, et al., 2014).

MÉTODOS:

Estudo observacional descritivo retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico de restrição de crescimento fetal com ou sem malformações/alterações genéticas nascidos no Caism nos últimos 15 anos.

Os dados de ultrassonografia e ecocardiografia fetal foram coletados no sistema Astraia; demais informações relevantes do pré-natal e parto das mesmas foram obtidas no sistema de prontuários digital e físico do CAISM e do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP.

Ao acessar tais prontuários, estão sendo coletados os seguintes dados referentes aos 672 exames que descrevem malformações associadas à RCF: idade materna; idade gestacional (IG) no momento do parto e na ultrassonografia mais próxima dele; número de gestações; número de partos (P); número de cesáreas (C); número de partos normais (PN); número de abortos (A); indicação do parto; tipo de parto; idade Gestacional do parto; medida do diâmetro biparietal (DBP); medida do diâmetro occipito-frontal (DOF); medida da circunferência craniana (CC); medida da circunferência abdominal (CA); medida do comprimento femoral (CF); percentil do peso fetal estimado em relação à IG; avaliação do líquido amniótico; dopplervelocimetria das artérias uterinas; dopplervelocimetria das artérias

umbilicais; dopplervelocimetria da artéria cerebral média (ACM); dopplervelocimetria do ducto venoso (DV); classificação da RCF em precoce e tardia; estadiamento da RCF (I a IV); peso do recém-nascido (RN); Apgar do RN; desfecho pós natal do RN; suporte ventilatório; suporte hemodinâmico; tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após o nascimento; diagnóstico de doenças genéticas. Tais dados estão sendo organizados em tabela Excel e serão enviados para a assessoria do setor de estatística do CAISM para análises.

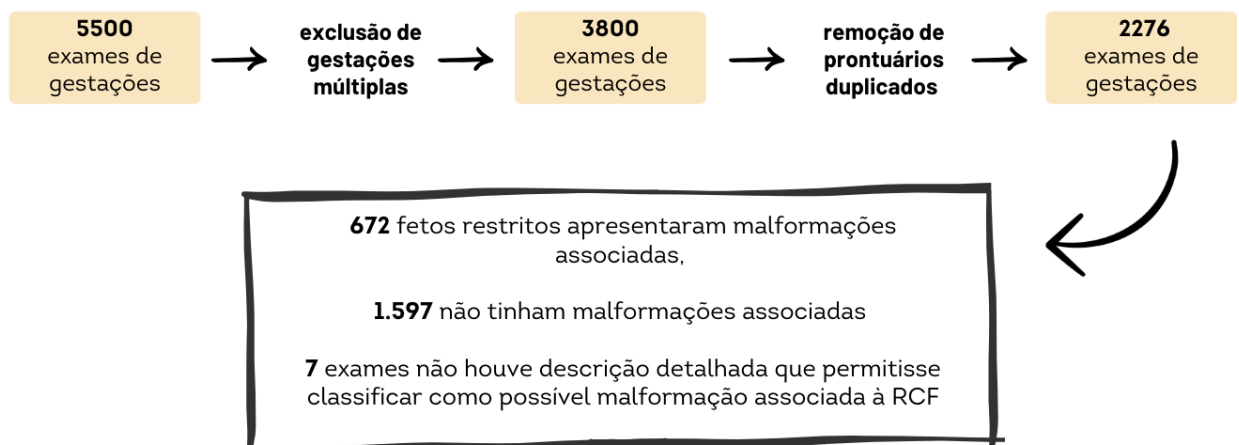
Os dados maternos, gestacionais e pós-natais serão descritos utilizando-se frequências absolutas e relativas, média \pm desvio padrão e mediana / percentis.

RESULTADOS PARCIAIS

Após revisão de dados de pré-natal no CAISM-UNICAMP foram selecionados 5500 exames ultrassonográficos de gestações de fetos com percentil menor que 10, acompanhadas no serviço.

Posteriormente iniciou-se a manipulação dos dados para que, dentre esses exames selecionados, fossem excluídos os que demonstraram gestações múltiplas, restando 3800 exames. Além disso, exames ultrassonográficos realizados na mesma gestação foram selecionados e excluídos para que restasse apenas o mais recente. Após a remoção de prontuários duplicados, o número final a ser analisado foi de 2.276 gestações.

Em seguida foram analisados os exames ultrassonográficos das 2.276 gestações, sendo assim, 672 fetos restritos apresentaram malformações associadas, 1.597 não tinham malformações associadas e em 7 gestações não houve descrição detalhada no exame que permitisse classificar como possível malformação associada à RCF.



Neste momento o projeto está em fase de finalização e estamos extraindo as demais informações necessárias para realizar a análise estatística.

CONCLUSÕES:

Na nossa amostra observamos que cerca de 29,5% dos fetos com peso estimado abaixo do percentil 10 apresentavam algum tipo de malformação. Considerando-se que a restrição do crescimento fetal e que doenças genéticas/malformações associadas são fatores de risco para a morbimortalidade perinatal, é relevante que os serviços de saúde que atendam esse tipo de doença possuam dados atualizados sobre os resultados perinatais destes fetos. Deste modo, é possível se discutir maneiras de realizar diagnósticos precoces e intervenções que melhorem o desfecho desses casos.

BIBLIOGRAFIA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. **Fetal Growth Restriction.** ACOG Practice Bulletin No. 227. *Obstet Gynecol* 2021 Feb 1;137(2):e16-e28. doi: 10.1097/AOG.0000000000004251. PMID: 33481528.
- Vayssière C, Sentilhes L, Ego A, Bernard C, Cambourieu D, Flamant C, Gascoin G, Gaudineau A, Grangé G, Houfflin-Debarge V, Langer B, Malan V, Marcorelles P, Nizard J, Perrotin F, Salomon L, Senat MV, Serry A, Tessier V, Truffert P, Tsatsaris V, Arnaud C, Carbonne B. **Fetal growth restriction and intra-uterine growth restriction: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Oct;193:10-8.
- Resnik R. **Intrauterine growth restriction.** *Obstet Gynecol.* 2002 Mar;99(3):490-6.
- Pereira, Dailson DS, et al. **Restrição de crescimento intrauterino.** *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)* 13.3, 2014.
- Minior VK, Divon MY. **Fetal growth restriction at term: myth or reality?** *Obstet Gynecol.* 1998 Jul;92(1):57-60.
- Moreira Neto, A. D. R. Martins Córdoba, J. C., & Peraçoli, J. C. **Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU).** *Comun. ciênc. saúde,* 21-30, 2011.
- Figueras F, Gratacós E. **Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol.** *Fetal Diagn Ther* 2014; 36:86-98. doi: 10.1159/000357592.