Relato de Caso

Excisão miometrial segmentar e reconstrução da parede uterina na preservação do útero na hemorragia pós-parto associada à placenta prévia e increta

Segmental Myometrial Excision and Uterine Wall Reconstruction in the Preservation of the Uterus in Post Partum Haemorrhage Associated with Placenta Previa and Increta

Álvaro Luiz Lage Alves[1], Lucas Barbosa da Silva[2] , Carolina Nogueira de São José[3], Bruna Roque Ribeiro[3], Alice Moreira dos Santos Marques[3] , Agnaldo Lopes da Silva Filho[4]

RESUMO

A Hemorragia Pós-parto é a maior causa mundial de histerectomia periparto. Sua abordagem terapêutica deve ser efetuada por uma sucessão de procedimentos farmacológicos e cirúrgicos antes de se recorrer à histerectomia. O acretismo placentário se apresenta como a etiologia de hemorragia pós-parto que mais dificulta a preservação uterina. Sua incidência se relaciona estritamente com a elevação contemporânea das taxas de cesárea, com os demais procedimentos cirúrgicos no útero e com a implantação segmentar da placenta. Com isso, objetiva-se relatar um caso de placenta prévia central e increta tratado por meio de excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina durante cesariana. A abordagem cirúrgica foi instituída seguindo os passos de localização per-operatória da placenta, realização de histerotomia corporal alta transversa, extração fetal, confirmação clínica do incretismo placentário, manutenção da placenta in situ, ligadura bilateral dos ramos ascendentes das artérias uterinas, ressecção de todo o segmento uterino anterior invadido por cotilédones placentários, reconstrução da parede uterina, histerorrafia, salpingotripsia bilateral, revisão da cavidade abdominal e laparorrafia. A técnica cirúrgica adotada foi eficiente na obtenção do controle hemorrágico durante a cesariana e não foi associada a complicações per ou pós-operatórias.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-parto; Artéria Uterina; Cesárea; Mortalidade materna.

[1] Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; Hospital Sofia Feldman; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

[2] Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil. Hospital Sofia Feldman; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

[3] Acadêmica em Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

[4] Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, MG – Brasil.

*** Autor Correspondente:**

Álvaro Luiz Lages Alves

E-mail: alvarolalves@task.com.br

Recebido em: 09/09/2020.

Aprovado em: 23/11/2020.

DOI: http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210005

ABSTRACT

Postpartum Hemorrhage is the largest worldwide cause of peripartum hysterectomy. Its therapeutic approach must be performed by a succession of pharmacological and surgical procedures prior to hysterectomy. Placental accreta presents as the etiology of postpartum haemorrhage that makes uterine preservation more difficult. Its incidence is strictly related to the contemporary elevation of cesarean rates, other surgical procedures in the uterus and segmentar implantation of the placenta. We aim to report a case of central and increta placenta treated through segmental myometrial excision with reconstruction of the uterine wall during cesarean section. The surgical approach was instituted following the perioperative localization of the placenta, transverse corporal hysterotomy, fetal extraction, clinical confirmation of placental invasive aspects, maintenance of the placenta in situ, bilateral ligation of the uterine artery ascending branches, resection of the all anterior uterine segment invaded by placental cotyledons, reconstruction of the uterine wall, hysterorrhaphy, bilateral salpingotripsy, revision of the abdominal cavity and laparorrhaphy. The surgical technique adopted was efficient in obtaining hemorrhagic control during cesarean section and was not associated with per or postoperative complications.

Keywords: Postpartum haemorrhage; Uterine Artery; Cesarean section; Maternal mortality.

Introdução

Hemorragia pós-parto - HPP é definida como a perda sanguínea cumulativa de 1.000 mililitros - ml ou mais de sangue, acompanhada por sinais ou sintomas de hipovolemia, dentro das 24 horas após o nascimento.[1] Atualmente, se apresenta como a complicação séria mais presente no nascimento e a causa mais frequente de morbidade materna grave e de mortalidade materna passível de prevenção.[2] Quando grave e resistente a tratamento médico conservador, a HPP é a maior causa mundial de histerectomia periparto, mesmo entre mulheres jovens com desejo de gestações futuras.[3]

O acretismo placentário é uma morbidade na qual uma porção ou toda a placenta invade a decídua basal e/ ou o miométrio, dificultando ou impedindo sua separação da parede uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto. Os fatores de risco com maior impacto na sua incidência são a implantação segmentar da placenta e a história de cirurgia prévia no útero, particularmente cesarianas. Diante de placenta prévia, sua incidência aumenta proporcionalmente com o número de cesáreas prévias.[4, 5, 6]

Estratégias cirúrgicas de conservação uterina podem ser adotadas, principalmente, nos casos de acretismo focal e nas situações de menor grau de invasão placentária. Seus objetivos são propiciar o controle hemorrágico durante o nascimento e preservar o útero diante do desejo por gestações futuras. As principais estratégias cirúrgicas desenvolvidas contemporaneamente com estes objetivos são as suturas uterinas compressivas, os balões intrauterinos, a técnica do "sanduíche uterino" (associação de sutura uterina compressiva e balão intrauterino) e a excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina. [7, 8, 9, 10]

Este artigo apresenta um caso de placenta prévia central e increta tratado por meio de excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina.

O caso a ser descrito origina-se de pesquisa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, nível doutorado, intitulada "Avaliação de diferentes técnicas cirúrgicas na abordagem da hemorragia pós-parto com e sem preservação uterina". Foram incluídas pacientes que tiveram HPP e ficaram internadas na Unidade de Gestação de Alto Risco do HSF entre 3 de janeiro de 2014 e 22 de maio de 2017. O critério de inclusão para o diagnóstico de HPP foi clínico, definido como perda hemorrágica com instituição de terapia farmacológica, acompanhada ou não de intervenção cirúrgica com seleção dos casos em que foi aplicada excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina.

Descrição do Caso

Paciente de 26 anos, na sexta gestação e com história obstétrica prévia de três partos vaginais, uma cesárea e um aborto com curetagem uterina. Foi internada com 35,3 semanas devido a sangramento de último trimestre.

A ultrassonografia revelou feto com biometria entre os percentis 3 e 10 e placenta prévia central anterior com sinais de invasão miometrial. Permaneceu internada em repouso por oito dias, tempo que propiciou melhora do sangramento vaginal e planejamento para o manejo multidisciplinar da interrupção da gestação. Com 36,4 semanas gestacionais a paciente foi submetida à cesariana eletiva, sob raquianestesia e antibioticoprofilaxia com cefalosporina de primeira geração. Após localização peroperatória da placenta, foi realizada uma histerotomia corporal alta transversa seguida da extração de um récemnato do sexo feminino que pesou 2375 gramas e recebeu índice de Apgar de 6 e 9 no primeiro e quinto minuto, respectivamente. Após confirmação clínica do incretismo, a placenta foi mantida *in situ* e foram realizadas ligadura bilateral dos ramos ascendentes das artérias uterinas, ressecção de todo o segmento uterino anterior invadido por cotilédones placentários, reconstrução da parede uterina e histerorrafia (Figuras 1 e 2). Como não havia desejo por gestações futuras, foram subsequentemente realizadas salpingotripsia bilateral, revisão da cavidade abdominal e laparorrafia. Os índices de choque durante a cirurgia, 12 e 24 horas após foram, respectivamente, 0,7, 1,1 e 1,1. Não foram administrados hemoderivados e nem aminas vasoativas. Após 20 horas da cirurgia, os níveis de hemoglobina e do hematócrito foram, respectivamente, 8,2 e 24,0. Além da anemia, a paciente evoluiu com infecção na ferida operatória. Não ocorreram outras complicações.



Figura 1. Excisão miometrial segmentar. Remoção conjunta do segmento uterino anterior, das membranas ovulares e dos cotilédones placentários. Fonte: Acervo dos autores

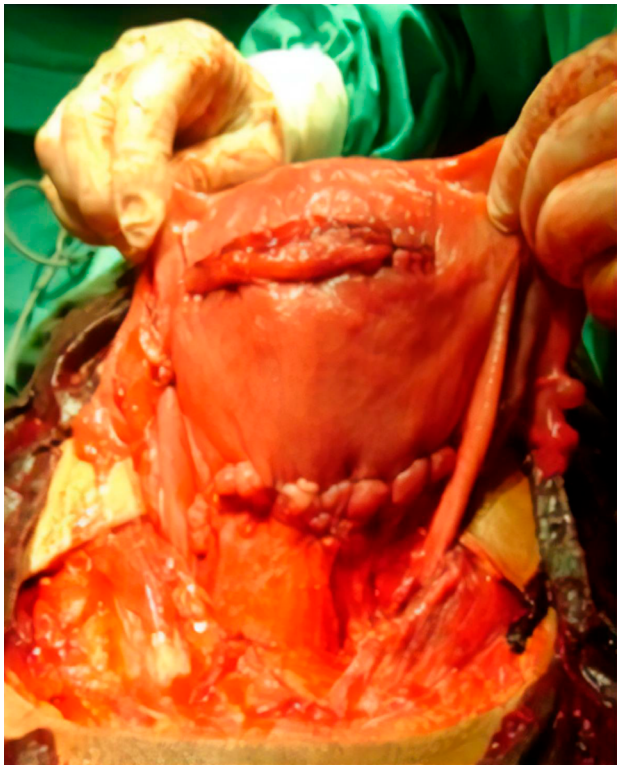


Figura 2. Aspecto final do útero após excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina e histerorrafia. Fonte: Acervo dos autores.

Discussão

O controle da HPP deve ser efetuado por uma sucessão de procedimentos farmacológicos e cirúrgicos antes de se recorrer à histerectomia. Várias técnicas que propiciam, simultaneamente, o controle hemorrágico e a preservação do útero já foram desenvolvidas, com destaque para as ligaduras vasculares, suturas uterinas compressivas, balões intrauterinos, embolização arterial e os balões intravasculares.[11]

Das morbidades associadas à hemorragia pós-parto, o acretismo placentário se destaca tanto pela intensa elevação contemporânea da sua incidência quanto pela gravidade dos casos, principalmente das placentas increta e percreta (sem ou com invasão de estruturas adjacentes). Uma vez diagnosticado no pré-natal, um manejo multidisciplinar e um plano de parto devem ser desenvolvidos. A preparação deve incluir a programação da data do parto e a organização de uma equipe de profissionais experientes (incluindo cirurgiões, anestesistas, hematologistas, neonatologistas, intensivistas e enfermeiros) e de recursos relevantes.[1,5]

As modalidades de tratamento cirúrgico do acretismo placentário ampliaram além da histerectomia eletiva periparto, com ou sem ressecção intestinal, vesical e/ou reimplantação ureteral. Estratégias conservadoras, como a associação de balões intrauterinos e suturas uterinas compressivas (técnica do "sanduíche uterino") e a manutenção *in situ* da placenta seguida de excisão miometrial segmentar e reconstrução da parede uterina também podem ser utilizadas[9]. A morbimortalidade da excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina pode ser significativa e o risco de histerectomia de emergência

pode alcançar 40%.[12] O risco de acretismo placentário em gestações subsequentes parece ser de aproximadamente 20%.[13] Sendo assim, estratégias cirúrgicas de conservação uterina devem ser restritas e são interessantes principalmente diante do desejo intenso da preservação da fertilidade e quando o acretismo é focal. A segmentectomia miometrial propicia menor perda sanguínea do que a histerectomia. Além da vantagem de preservar a fertilidade, é uma técnica que contribui para o controle de danos, evitando perdas hemorrágicas mais volumosas. Apesar de propiciar bom controle hemorrágico, caso o sangramento ainda persista, a histerectomia deve ser imediatamente realizada.[1]

Tecnicamente, a excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina é relativamente simples.[7] No presente caso, uma vez que não havia desejo de preservação da fertilidade e o acretismo era focal, a técnica intencionou apenas o controle hemorrágico. Chandraharan et al. (2012) propuseram o procedimento triplo P que inclui a localização peroperatória da placenta seguida de histerotomia transversa acima da borda superior placentária, desvascularização pélvica (com balões intravasculares previamente posicionados nas artérias ilíacas internas) e não remoção placentária associada a excisão miometrial e reconstrução da parede uterina.[9] Na série de quatro casos de placenta percreta com invasão vesical, originalmente publicadas por eles, o procedimento também intencionou somente o controle hemorrágico e todas as pacientes também foram submetidas a esterilização cirúrgica periparto. A estratégia cirúrgica por nós adotada no presente caso foi bastante similar ao procedimento triplo P, com modificação restrita à realização de ligaduras bilaterais dos ramos ascendentes das artérias uterinas em substituição à desvascularização pélvica com balões intravasculares, motivada pela indisponibilidade de serviço de hemodinâmica.

Conclusão

Podemos afirmar que o caso aqui relatado ilustrou a eficácia da excisão miometrial segmentar com reconstrução da parede uterina como uma estratégia conservadora viável e individualizada para o controle hemorrágico diante de placenta prévia central e increta.

Referências

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum Hemorrhage. ACOG Practice Bulletin number 183. Obstet Gynecol. 2017 ;130(4):168-86.
2. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, et al. National partneship for maternal safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. Anesth Analg. 2015; 121:142-8.
3. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD. Factors associated with peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol. 2009; 114:115-23.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006; 107:1226-32.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta. ACOG Committee Opinion number 529.Obstet Gynecol. 2012; 120:207-11.
6. Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, Colmorn LB, Klungsoyr K, Bjarnadóttir RI, et al. Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. BJOG. 2016; 123:1348-55.
7. McGuinness TB, Jackson JR, Schnapf DJ. Conservative surgical management of placental implantation site hemorrhage. Obstet Gynecol. 1993;81:830-1.
8. Nelson WL, O'Brien JM. The uterine sandwich for persistente uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and na intrauterine Bakri balloon. Am J Obstet Gynecol. 2007; e9-10.
9. Chandraharan E, Rao R, Belli AM, Arulkumaran S. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. Int J Gynaecol Obstet. 2012; 117(2):191-4.
10. Yoong W, Ridout A, Memtsa M, Stavroulis A, Aref-Adib M, Ramsay-Marcelle Zet al. Application of uterine compression suture in association with intrauterine balloon tamponade ('uterine sandwich') for postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91:147-51.
11. Chandraharan E, Arulkumaran S. Surgical aspects of postpartum haemorrhage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008; 22(6):1089-102.
12. Pather S,Strockyi S, Richards A, Campbell N, De Vries B, Ogle R. Maternal outcome after conservative management of placenta percreta at caesarean section: a report of three cases and a review of the literature. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2014; 54:84-7.
13. Cunningham KM, Anwar A, Lindow SW. The recurrence risk of placenta accreta following uterine conserving management. J Neonatal Perinatal Med. 2015; 8(4):293-6.