

Letter to the editor – on the need for organized screening in PAS cases

Carta ao editor – sobre a necessidade de rastreio organizado em casos de PAS

Pedro Viana Pinto¹, Ana Paula Machado², Manuela Silva², Antónia Costa³, Marina Moucho²

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, ULS São João

Foi com muito interesse que lemos na mais recente publicação da *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa* o artigo “O Perfil Clínico da Mulher com Risco Acrescido de Acretismo Placentar: Proposta de uma *Guideline* de Rastreio”¹. Neste artigo é dada relevância ao acretismo placentário (de agora em diante designado PAS – *Placenta Accreta Spectrum* – de acordo com a nomenclatura estabelecida pela FIGO) e ao seu diagnóstico anteparto, patologia à qual nos temos dedicado, de uma forma multidisciplinar, nesta instituição em particular nos últimos anos².

À luz da evidência atual, e de acordo com o mecanismo fisiopatológico da doença, o principal fator de risco de PAS é a cirurgia uterina, principalmente a cesariana, criadora de um defeito miometrial extenso numa zona de mais difícil cicatrização. Estes dados foram confirmados na revisão efetuada que demonstra um OR de 5.84, 95%CI [2.69; 12.67] para grávidas com 2 ou mais cesarianas¹. Sabendo neste momento que a taxa de cesarianas tem vindo a aumentar paulatinamente nos hospitais públicos (de acordo com dados do PORDATA, em 2021 cerca de 37% dos partos foram por cesariana), é expectável, num futuro não muito distante, uma incidência crescente de PAS diagnosticados no nosso sistema nacional de saúde.

Atualmente, é recomendada a avaliação e tratamento destes casos em centros dedicados com uma equipa experiente e com interesse nesta patologia. Desta for-

ma, é possível diminuir a morbimortalidade materna, obtendo estimativas de morbilidade cirúrgica composta, incluindo hemorrágica, semelhantes, em média, às de uma cesariana convencional^{3,4} e, simultaneamente, reduzir a prematuridade, principal fator prognóstico adverso da morbilidade fetal⁵. A deteção e vigilância anteparto em centros de referência permitem atingir excelentes desfechos, mesmo em caso de atuação emergente. Assim, foi com agrado que acolhemos a sugestão de criação de um *score* de risco de PAS para avaliação das mulheres durante a gravidez. Embora o *score* seja extremamente atrativo e construído de acordo com os principais fatores de risco identificados, fica a dúvida se não incorre em alguma sobre-referenciação de casos que dificilmente terminariam em PAS, com subsequente sobre-disponibilização de recursos técnicos e humanos diferenciados, e com os custos inerentes a este tipo de cuidados num centro de referência. Somos da opinião que todas as doentes com cesariana anterior e placenta prévia devem ser avaliadas num centro dedicado, com um ecografista experiente, algo que já é realizado em múltiplos países, principalmente na Europa e Estados Unidos da América, mas também em países em desenvolvimento. São estas as doentes de maior risco que, provavelmente, apresentarão o espectro mais grave da doença, com maior possibilidade de diagnóstico anteparto e que mais beneficiarão da abordagem por uma equipa multidisciplinar⁶.

Em 2014, no nosso Serviço, concordando com a necessidade de prestar mais atenção a esta entidade e entendendo a importância da multidisciplinaridade para a sua orientação, desenvolvemos um protocolo de atuação no acretismo placentar, discriminando as diversas opções terapêuticas de acordo com as situações com

1. Serviço de Ginecologia, ULS São João, Porto, Portugal; Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

2. Serviço de Obstetrícia, ULS São João, Porto, Portugal

3. Serviço de Ginecologia, ULS São João, Porto, Portugal; Departamento de Ginecologia Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal.

que nos deparamos no dia a dia, as opções maternas e o caráter planejado/emergente da situação. Com a experiência crescente, a abordagem multidisciplinar, incluindo a técnica cirúrgica, tem vindo a sofrer alterações, no sentido de minimizar a invasividade e radicalidade, sem compromisso da morbilidade. A equipa multidisciplinar envolve a participação de elementos da Obstetrícia, Ginecologia Oncológica, Ginecologia, Urologia, Radiologia de Intervenção, Anestesiologia, Neonatologia com cuidados diferenciados, Imuno-hemoterapia e Unidade de Cuidados Intensivos materna. Destacamos ainda o papel da Anatomia Patológica, na avaliação de placentas/peças de histerectomia, fundamentais para garantir/validar um diagnóstico preciso e real, e discriminando as situações de deiscência mio-metrial das situações de acretismo.

Já em 2018 publicamos uma carta ao editor nesta mesma revista relativa à necessidade de criação de centros de referência para orientação dos casos de PAS⁷. Na altura escrevemos algo que assumimos se mantém ainda atual: “na eventual criação de centros de referência de acretismo placentar é fundamental a elaboração de critérios realistas e adequados de referênciação; é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar bem preparada e capaz de trabalhar em conjunto, disponível e pronta a atuar quando necessário; é indispensável centrar o foco no diagnóstico antenatal, promovendo um parto eletivo e em condições ideais; é, ainda, essencial definir adequadamente como reagir em situações agudas, emergentes e não suspeitadas, garantindo o melhor desfecho materno e fetal”. Infelizmente não foram ainda dados passos nesse sentido. Atualmente, e com o grau crescente de exigência na primazia da qualidade assistencial, continuamos a acreditar nesta necessidade, estando disponíveis para colaborar nesse sentido. Acreditamos que esta realidade seja inevitável, sendo que mais cedo será melhor e que mais doentes beneficiarão desta prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simoes AS, Caramelo, F; Santos Silva, I. The Clinical Profile of

the Woman at Increased Risk of Placenta Accreta Spectrum Disorders: Proposal of a Practical Screening Guideline. *Acta Obstet Gynecol Port* 2024;18(3):214-22.

2. Teixeira B, Pinto PV, Realista R, Silva M, Costa A, Machado AP, et al. Placenta Accreta Spectrum Disorders - The Impact of the Creation of a Multidisciplinary Team on Maternal Outcomes in Portugal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2023 Dec;45(12):e747-e53.

3. Soleymani Majd H, Collins SL, Addley S, Weeks E, Chakravarti S, Halder S, et al. The modified radical peripartum cesarean hysterectomy (Soleymani-Alazzam-Collins technique): a systematic, safe procedure for the management of severe placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol* 2021 Aug;225(2):175 e1- e10.

4. Palacios-Jaraquemada JM, Fiorillo A, Hamer J, Martinez M, Bruno C. Placenta accreta spectrum: a hysterectomy can be prevented in almost 80% of cases using a resective-reconstructive technique. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022 Jan;35(2):275-82.

5. Viana Pinto P, Kawka-Paciorkowska K, Morlando M, Huras H, Kolak M, Bertholdt C, et al. Prevalence of fetal anomalies, stillbirth, neonatal morbidity, or mortality in pregnancies complicated by placenta accreta spectrum disorders. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2024 Jul 14.

6. Shamshirsaz AA, Fox KA, Salmanian B, Diaz-Arrastia CR, Lee W, Baker BW, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J Obstet Gynecol* 2015 Feb;212(2):218 e1-9.

7. Viana Pinto P, Machado AP, Montenegro, N. Placenta accreta – about the need for a reference center. *Acta Obstet Gynecol Port* 2018;12(3):238-9.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

PVP – Concetualização; Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição. APM – Concetualização; Supervisão. MS – Redação – revisão e edição. AC – Redação – revisão e edição. MM – Redação – revisão e edição.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Pedro Viana Pinto

E-mail: pedrovianapinto@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8464-6594>

RECEBIDO EM: 01/11/2024

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 08/11/2024