

Artigo Original/Original Article

Curetagem pós-parto por suspeita de retenção de produtos de concepção

Postpartum curettage for retained products of conception

João Alves*, José Luís Metello**, Mariana Torgal*, Teresa Avillez***, Manuel Hermida****

*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Hospital Garcia da Orta, Almada*

ABSTRACT

Aim - To assess whether delivery events, clinical findings, and ultrasound findings before curettage could predict the presence of retained products of conception (RPOC) following a postpartum curettage.

Study design - Retrospective cohort study.

Methods - Patient charts of term gestations who had undergone postpartum curettage in a tertiary care hospital were reviewed. All cases with the diagnosis of retained placenta were subsequently excluded.

Results - Forty-nine patients were included in the study, of which 31 (63%) had histologic evidence of RPOC. Most curettages (65%) were carried out in the first 48 hours postpartum. The positive predictive value for the ultrasonographic finding of 21 mm or more in anteroposterior uterine lining thickness in diagnosing RPOC in women was 77%. No other variables showed a statistically significant association with RPOC.

Conclusion - Curettage has well known complications, and clinical/ultrasonographic findings have a poor capacity to predict RPOC. Expectant management during the first 48 hours postpartum may be preferable in some cases. Further studies are needed to explore other methods of diagnosing RPOC.

Keywords: postpartum hemorrhage; curettage; retained products of conception; ultrasound

INTRODUÇÃO

A curetagem uterina no pós-parto (CPP) é um procedimento invasivo utilizando uma cureta metálica ou uma cânula de aspiração para esvaziamento do

conteúdo uterino. Utiliza-se a curetagem uterina por razões diagnósticas ou terapêuticas.

Durante a estádio três do trabalho de parto¹, após a dequitação da placenta, faz parte da rotina inspecionar a integridade dos cotilédones e das membra-

* Interno(a) de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta

** Especialista de Ginecologia do CIRMA. Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida do Hospital Garcia de Orta

*** Directora do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta

**** Ex-Director de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta

nas placentares. Se, durante esse exame clínico, o profissional de saúde que realiza o parto, achar que não existe integridade das membranas que envolvem a placenta esse caso é classificado como “suspeita de retenção de membranas corioamnióticas”.

O protocolo actualmente em uso no nosso hospital (vide métodos) indica que perante uma suspeita de retenção de membranas corioamnióticas pode efectuar-se terapêutica médica ou cirúrgica. São também indicações para esvaziamento uterino quadros clínicos como: retenção placentar; dequitação incompleta; hemorragia aumentada no pós-parto associada a retenção de produtos de concepção (RCP) ou infecção uterina puerperal associada a RPC.

O diagnóstico definitivo de retenção de produtos de concepção é anatomopatológico. O valor da ecografia puerperal na suspeita de RPC não está perfeitamente estabelecido, sendo vários os estudos que indicam a falta de sensibilidade e especificidade da mesma^{2,3,4}. Apesar disso Shaamash et al⁵ valorizam a ecografia no puerpério na previsão de complicações uterinas. Outros autores⁶ referem taxas de falsos positivos elevadas para a ecografia puerperal no que respeita a detecção de RPC atingindo os 51%.

A curetagem uterina no pós-parto não está isenta de complicações que estão descritas na literatura⁷, sendo bastante superiores ao observado em curetagens realizadas na primeira metade da gestação.

A maioria dos estudos acerca de curetagem uterina no pós-parto (CPP) são retrospectivos e alguns⁸ indicam mesmo um baixo valor diagnóstico da CPP para retenção de produtos de concepção (RPC).

O objectivo deste estudo foi, em primeiro lugar, avaliar a taxa de restos de produtos de concepção (RPC) anatomopatológicos nas curetagens pós parto (CPP) realizadas no nosso Serviço por suspeita de RPC. Em segundo lugar, analisar a influência das características do parto, da clínica puerperal e da avaliação ecográfica nos resultados anatomopatológicos de CPP.

MÉTODOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo no Hospital Garcia de Orta, hospital terciário, incluindo todas as puérperas com curetagem por suspeita de retenção de

produtos de concepção no período de Janeiro 2006 a Agosto 2008.

O protocolo actualmente em uso no nosso hospital indica que perante uma suspeita de retenção de membranas corioamnióticas, sem instabilidade clínica, seja efectuada terapêutica médica com ocitocina (5 Unidades 8/8h e.v ou i.m até três tomas). Doze horas após essa terapêutica ter sido utilizada, é realizada ecografia de controlo puerperal com avaliação do conteúdo intra-uterino. Se a ecografia for compatível com retenção de produtos de concepção (RPC) (segundo a avaliação de ecografista experiente por se encontrar marcado espessamento endometrial ou conteúdo intra-uterino heterogéneo abundante) está indicada a curetagem uterina no pós-parto (CPP). Assim, na presença de imagem ecográfica sugestiva de RPC pós terapêutica médica, mesmo se puérpera assintomática, será realizada CPP.

Procedeu-se à consulta do registo do movimento do bloco cirúrgico e fez-se um levantamento dos processos das doentes submetidas a intervenção cirúrgica por suspeita de retenção de membranas corioamnióticas. Foram analisados os resultados anatomopatológicos do material curetado e foram considerados dois grupos : “normal” e com “retenção de produtos de concepção (RPC)”. No grupo “normal” incluímos resultados compatíveis com decídua, endométrio, miométrio. No grupo “RPC” considerámos presença de membranas e/ou vilosidades coriônicas e/ou parênquima placentar.

Consideraram-se apenas as gestações com mais de 36 semanas completas. Excluíram-se puérperas com parto por cesariana, ou com o diagnóstico de placenta retida, dequitação incompleta ou descrição de implantação anómala placentar.

Do total de 87 puérperas que foram curetadas no pós-parto durante o período de tempo em estudo, 49 cumpriam os critérios definidos.

O puerpério foi dividido em imediato (primeiras 48h) e puerpério tardio (2-42 dias) em relação ao tempo decorrido desde a curetagem até ao parto.

As seguintes variáveis foram estudadas na nossa população: idade; paridade (1 ou mais filhos), tipo de parto (eutócico, distócico via vaginal) tempo decorrido entre o parto e a curetagem (em dias); sintomato-

logia apresentada como útero aumentado de volume, dor persistente, hemorragia anormalmente aumentada ou persistente, febre associada a lóquios fétidos. A variável ecográfica avaliada foi a espessura da linha endometrial antero-posterior, em plano sagital^{3,4,8}.

Foi utilizado o teste teste T student bilateral, sendo usado o teste exacto de Fisher quando aplicável na análise estatística. O valor de significância estatística considerado foi $p < 0,05$. Foram estudadas curvas “receiver operating characteristic” (ROC) de modo a estudar valores limite e respectivo valor preditivo positivo. O programa estatístico usado foi o SPSS versão 16 (SPSS for Windows; SPSS inc.; Chicago; Ill, USA).

Estudo aprovado pela comissão de ética do Hospital Garcia de Orta.

RESULTADOS

Foram avaliadas 49 mulheres das quais 31 (63%) tinham restos de produtos de concepção (RPC) confirmados no estudo anatomopatológico. A amostra apresenta-se caracterizada no Quadro I.

Das 49 mulheres 18 (38%) tinham sintomatologia associada a RPC. Os sintomas encontrados foram: perdas hemáticas aumentadas em 13 casos, dos quais cinco com anemia importante (quatro com necessidade transfusional); útero aumentado de volume em três casos e lóquios fétidos em dois casos. Cerca de 60% das puérperas foram curetadas até às 48 horas após o parto.

Foram pesquisadas associações estatísticas entre idade, paridade, tempo pós parto, quantificação de

Quadro I - Características das doentes e parto		
	Mediana	Mínimo-máximo
Idade materna	30	15-40
Paridade	2	1-5
Tempo pós parto	7	2-58
Idade gestacional	39	37-42

Quadro 2 - Associação das variáveis contínuas em estudo com o resultado com ou sem RPC					
	RPC	Média	Intervalo de Confiança		p-value
Quantificação da linha endometrial	Sem	21.4	17.9	25.0	0.015
	Com	30.0	24.0	35.9	
Tempo pós parto	Sem	8.7	4.2	13.2	0.301
	Com	12.4	0.8	23.9	
Idade gestacional	Sem	39.5	38.7	40.3	0.775
	Com	39.5	38.5	40.5	
Idade materna	Sem	28.6	26.2	30.9	0.59
	Com	25.6	22.8	28.4	
Número de filhos	Sem	1.5	0.9	2.1	0.503
	Com	1.5	1.1	1.9	

linha endometrial em relação à presença ou não de RPC. Usando um teste T-student bilateral para a diferença de médias, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a quantificação da linha endometrial e a presença de RPC (Quadro II). Não se encontraram outras relações estatisticamente significativas.

Ainda relativamente à quantificação da linha endometrial, o valor de “cut-off” estatisticamente encontrado através do estudo de curvas ROC foi de 21 mm para um valor preditivo positivo de 77%.

Nenhuma das variáveis categóricas apresentou uma associação estatisticamente significativa (usado teste exacto de Fisher) com o resultado anatomopatológico de RPC, nomeadamente a presença ou não de sintomatologia.

Ocorreram complicações das CPP em quatro casos (8%): dois casos de hemorragia grave, ambos com necessidade de suporte transfusional; uma reintervenção (necessidade de nova CPP por manutenção de suspeita de RPC) e uma bradicardia grave intra-curetagem com necessidade de massagem cardíaca e suporte inotrópico.

DISCUSSÃO

Em 31 (63,3%) das puérperas curetadas foram encontrados RPC na anatomia patológica. Este valor é relativamente elevado não havendo séries idênticas com as quais comparar este resultado. É de referir que Pather et al⁸ num estudo diferente do nosso por ter realizado curetagem universal a todas as puérperas encontrou RPC em 50% das puérperas.

Os nossos resultados anatomopatológicos parecem apoiar a realização de CPP. Na revisão da literatura sobre o tema o valor da curetagem pós-parto é colocado em dúvida⁸ sugerindo mesmo que provavelmente no pós-parto normal uma proporção significativa de mulheres irá perder RPC sem morbidade importante associada³. Pather et al⁸ sugerem mesmo que a abordagem conservadora será mais indicada uma vez que o papel terapêutico da curetagem pós-parto ainda é incerto e as complicações significativas.

A maioria (63%) das puérperas curetadas estava assintomática. Cerca de 60% das puérperas foram

curetadas até às 48 horas após o parto. Este dado distingue o nosso estudo de outros encontrados na literatura^{7,8,9} em que, a maioria das curetagens dá-se entre o 7º e o 15º dia pós-parto. Uma das explicações possíveis para esse facto é curetarmos muitas mulheres assintomáticas por suspeita clínica e ecográfica de RPC, intervindo preferencialmente antes da alta hospitalar da puérpera, após terapêutica médica.

Os nossos resultados mostram uma associação entre a espessura de linha endometrial medida ecograficamente e a presença de RPC. O “cut-off” encontrado foi de 21mm (valor preditivo positivo de 77%). Este valor é semelhante ao de 20 mm descrito por Nalaboff¹⁰ nas ecografias puerperais. Já vários estudos²⁻⁶ demonstraram a falta de eficácia da ecografia no diagnóstico de RPC com taxas de falsos positivos elevadas idêntica à encontrada por nós (23%). É de salientar, nos trabalhos publicados, a falta de precisão da ecografia em puérperas assintomáticas com puérperio normal² em que foi encontrado endométrio com mais de 10 mm de espessura, sendo que até 51% podem ter massa endometrial ecogénica. Esse material pode até representar pequenas quantidades de RPC que serão eliminados espontaneamente e sem morbidade associada³ sendo que só cerca da oitava semana é expectável a linha endometrial fina^{3,6}. Assim, é possível que pequenas quantidades de RPC sejam frequentes após parto vaginal normal sem consequências clínicas relevantes para a mulher no pós-parto imediato ou mesmo para a sua vida ginecológica e reprodutiva.

O nosso estudo tem algumas limitações das quais se salientam a amostra com número reduzido de casos ($n=49$) e variáveis ecográficas como o estudo Doppler do endométrio não terem sido consideradas.

A taxa encontrada de complicações foi de 8%, coincidente com taxa descrita por outros⁸. A incidência global de complicações é estimada em 7-9%, com perfuração uterina em 1,5% das mulheres. Outras complicações descritas são: laceração cervical; formação de sinéquias; hemorragia e infecção; complicações relacionadas com anestesia. Apesar da análise estatística da taxa de complicações não ter sido realizada pelo seu reduzido número absoluto é de sublinhar a morbidade importante encontrada, reforçando o facto de a CPP ser um procedimento com riscos inerentes.

Assim, e considerando a baixa especificidade da ecografia puerperal, o valor diagnóstico também reduzido da CPP e a taxa de complicações associadas a CPP uma das principais dúvidas continua a residir no facto de sabermos se devemos curetar uma puérpera assintomática por suspeita de RPC. Mesmo com resultado anatomopatológico com RPC, estes poderão ser o que na literatura⁹ vem descrito como os que gradualmente e espontaneamente irão ser expulsos da cavidade uterina. Sabendo que a CPP não é inócua o seu uso e valor em mulheres assintomáticas é fortemente posto em causa.

A partir dos nossos resultados, análise e revisão da literatura, uma atitude expectante em mulheres assintomáticas no puerpério, mesmo com suspeita clínica de RPC, poderá ser considerada. No futuro será benéfico desenvolver estudos com avaliações posteriores destas mulheres, quer clínica quer ecograficamente, no sentido de evitar curetagens desnecessárias, visto ainda desconhecermos o que poderá ser normal no período puerperal.

Agradecimentos: ao Dr. José Carlos Ferreira, no Canadá, pelo valioso apoio à distância.

Bibliografia

1. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1995; 6: 567-589
2. Sadan O, et al. Role of sonography in the diagnosis of retained products of conception. *J Ultrasound Med.* 2004; 23: 371-374
3. Sokol ER, Casele H, Haney EI. Ultrasound examination of the postpartum uterus: what is normal? *J Matern Fetal Med.* 2004; 15:95-99
4. Durfee, S, Luong, A, The sonographic and color doppler features of retained products of conception. *J Ultrasound Med.* 2005; 24: 1181-1186
5. Shaamash AH, Ahmad AG, Abdel Latef MM, Abdullah SA. Routine postpartum ultrasonography in the prediction of puerperal uterine complications. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 98: 93-99
6. Edwards A, Ellwood D. Ultrasonographic evaluation of the postpartum uterus. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 16: 640-643
7. Keder, LM. Best practices in surgical abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189: 418-422
8. Pather D, Ford M, Reid R, Sykes P. Postpartum curettage: an audit of 200 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005; 45: 368-371
9. Muli-Luvica, A, Axelsson, O. Ultrassound finding of an echogenic mass in woman with postpartum haemorrhage is associated with retained placental tissue. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 28: 312-314
10. Nalaboff K, Imaging the endometrium: disease and normal variants. *Radiographics.* 2001; 21: 1409-1424