

## Artigo Original/Original Article

# Desfecho obstétrico na placenta prévia Pregnancy outcome for women with placenta previa

Ana Maria Coelho\*, Luciana Patrício\*, Nuno Clode\*\*, Luís Mendes-da-Graça\*\*\*

*Centro Hospitalar Lisboa Norte  
Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

### Abstract

**Objective:** to evaluate pregnancy outcomes in pregnant women with placenta previa (PP) and to correlate these with the different types of PP.

**Methods:** review of the clinical files of 67 gestations complicated with PP who delivered at our department between October 2003 and July 2009. Data extracted included demographic characteristics, risk factors for PP, number of vaginal bleeding episodes, need for and duration of hospitalization, gestational age at delivery, need for an urgent intervention, maternal morbidity (post-partum hemoglobin < 8.0 g/dl, need for blood transfusion, surgical intervention for post-partum haemorrhage) and mortality.

**Results:** a total of 36 women (53.7%) had a complete PP, 8 (11.9%) had a parcial type, and 23 (34.3%) had a marginal PP. At least one risk factor was present in 57 women (85%), and 33 (58%) had two or more risk factors. Thirty-nine (58%) women were hospitalized due to vaginal bleeding and 29 (43.3%) required an urgent/emergente cesarean delivery. Sixteen women (23.8%) had significant morbidity. Except for gestational age at delivery (which was lower for complete PP) and duration of hospital stay (which was higher for complete PP), no statistically significant difference in outcomes was seen with the different types of PP.

**Conclusions:** PP is associated with a significant risk of maternal morbidity, irrespective of its type

**Keywords:** placenta previa; pregnancy outcomes; vaginal bleeding; morbidity; mortality.

### INTRODUÇÃO

As situações de inserção placentária sobre ou na proximidade do orifício interno do colo uterino, designadas por placenta prévia (PP), complicam cerca de 0,3-0,5% de todas as gestações. Vários estudos

têm identificado factores de risco associados a PP, nomeadamente idade materna avançada, raça negra, hábitos tabágicos, multiparidade, antecedentes de parto por via abdominal ou de aborto cirúrgico, gravidez múltipla e gravidez pós-técnicas de reprodução medicamente assistida.<sup>1</sup>

Clinicamente, assume importância como causa de hemorragia na segunda metade da gravidez e associa-se a morbilidade e mortalidade materna e perinatal, estando descritos riscos acrescidos de hemorragia

\* Interna do Complementar de Ginecologia e Obstetrícia

\*\* Chefe de Serviço

\*\*\* Director do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina de Reprodução

ante-, intra- e pós-parto, necessidade de histerectomia puerperal e de suporte transfusional.<sup>2</sup>

O objectivo deste estudo foi o de avaliar o desfecho obstétrico das gestações consoante o tipo de PP.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos um estudo retrospectivo das gestações complicadas pelos vários tipos de PP – definidos por oclusão total (PP total) ou parcial do orifício interno do colo uterino (PP parcial) ou por inserção do bordo placentário na margem do orifício interno do colo a uma distância inferior a 20mm do mesmo (PP marginal) – diagnosticada após a 28<sup>a</sup> semana de gestação, e cujo parto ocorreu entre Outubro de 2003 e Julho de 2009. Foram excluídas as PP com *vasa previa* associada.

Em todas as gestações em que ocorreu hemorragia, após um curto internamento para vigilância no primeiro episódio hemorrágico, foi norma manter o internamento até ao fim da gestação em caso de novo episódio de hemorragia vaginal. Na ausência de hemorragia grave, o parto foi efectuado por cesariana electiva após a 37<sup>a</sup> semana de gestação.

Através da análise dos processos clínicos foram registados os dados demográficos e outros factores de risco descritos associados a PP: idade, raça, hábitos tabágicos, paridade, antecedentes de cesariana ou de aborto cirúrgico e tipo de gravidez.

Para cada tipo definido de PP foram avaliados o número de internamentos e de episódios de hemorragia vaginal, a idade gestacional à data da cesariana, as situações de morbilidade (anemia grave definida por hemoglobina pós-parto <8gr/dL e/ou variação de hemoglobina ante e pós-natal >3gr/dL, necessidade de suporte transfusional, necessidade de manobras cirúrgicas para controlo de hemorragia puerperal) e mortalidade materna.

Para a análise estatística utilizámos o Teste *Qui-Quadrado* e a Análise de Variância Múltipla e considerou-se haver significado estatístico para  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Durante o período definido, foram admitidas para o parto 73 gestações complicadas por PP, das quais 6

foram excluídas por impossibilidade de obter registos completos. Das 67 analisadas, 36 (53,7%) eram PP totais, 8 (11,9%) eram PP parciais e 23 (34,3%) eram PP marginais.

Na população analisada ( $n=67$ ), 62 gestantes (92,5%) eram caucasianas e 41 (61,2%) eram multiparas; a mediana da idade materna no momento do parto era de 34 anos (21-43). Treze gestações (19,4%) foram obtidas por técnicas de reprodução medicamente assistida, 6 (9%) eram múltiplas e apenas 8 grávidas (11,9%) referiam hábitos tabágicos. Em gestações precedentes, 12 (17,9%) tinham sido sujeitas a cesariana, das quais 3 (25%) tinham antecedentes de 2 partos por via abdominal. Quatorze (20,9%) das grávidas estudadas tinham ainda antecedentes de pelo menos um aborto cirúrgico. Globalmente, 57 (85%) grávidas apresentavam pelo menos 1 factor de risco e 33 (58%) destas tinham 2 ou mais factores de risco associados.

A maioria das gestações (58%) necessitou de internamento por episódio(s) de hemorragia vaginal que, em 22 (56%) casos, ocorreram antes da 34<sup>a</sup> semana de gestação. O período de internamento anteparto variou entre 1 e 56 dias e a maioria das grávidas teve 1 episódio de hemorragia havendo no entanto 2 casos de 5 episódios. A mediana da idade gestacional em que ocorreu o parto foi de 37 semanas e em 29 (43,3%) casos houve necessidade urgente/emergente de cesariana por hemorragia vaginal grave. Ocorreram 16 (23,8%) situações de morbilidade materna. O período de internamento pós-parto variou entre 2 e 16 dias.

A Tabela I mostra o desfecho da gestação consoante o tipo de PP. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de PP relativamente aos seguintes desfechos estudados: número de casos que não registaram episódios de hemorragia, número de casos que necessitaram de internamento por hemorragia antes da 34<sup>a</sup> semana de gestação e número de episódios de hemorragia. No que diz respeito ao número de dias de internamento anteparto, este foi maior nas gestações complicadas por PP total ( $p=0,04$ ). Quanto à idade gestacional à data do parto, esta foi menor igualmente nas gestações complicadas por PP total relativamente às situações de PP margi-

**Tabela I** – Desfecho obstétrico consoante o tipo de PP

	PP Total N=36 (%)	PP Parcial n=8 (%)	PP Marginal n=23 (%)	<i>p</i>
Sem internamento por hemorragia	14 (38,9)	3 (37,5)	11(47,8)	0,53
Internamento por hemorragia				
< 34ª semana de gestação	14 (20,9)	2 (25)	6 (26,1)	0,52
Episódios de hemorragia *	1,25 ± 1,3	0,75 ± 0,7	1,00 ± 1,23	0,46
Dias de internamento ante-parto *	17,8 ± 18,1	12,3 ± 21,5	6,3 ± 10,1	0,04
Idade gestacional no parto (sem) *	35,7 ± 2,38	37,5 ± 0,92	36,7 ± 1,66	0,03
Cesariana urgente / emergente	19 (52,8)	2 (25)	8 (34,8)	0,21
Morbilidade materna	9 (13,4)	0	7 (30,4)	0,23
Dias de internamento pós-parto *	4,0 ± 2,8	3,5 ± 0,8	3,7 ± 1,9	0,81

\* dados referem-se a média e desvio padrão

**Tabela II** – Morbilidade materna consoante o tipo de PP

	PP Total N =36 (%)	PP Marginal N =23 (%)
Anemia grave pós-parto	9 (25)	7 (30,4)
Suporte transfusional	5 (13,9)	3 (13)
Tamponamento uterino	2 (5,5)	0
Histerectomia	1 (2,8)	1 (4,3)

nal ( $p = 0,03$ ). Relativamente ao número de casos que necessitaram de intervenção urgente/emergente por cesariana, aos que se complicaram com alguma das situações de morbilidade materna definidas ou ao número de dias de internamento pós-parto, a diferença registada entre os vários tipos de PP não foi estatisticamente significativa.

As situações de morbilidade materna referidas em casos de PP total e marginal consistiram em anemia grave no pós-parto, necessidade de suporte transfusional, necessidade de tamponamento cirúrgico ou de histerectomia para controlo da hemorragia, conforme particularizado na Tabela II.

Não se registaram casos de mortalidade materna.

## DISCUSSÃO

A existência de uma placenta prévia é, sem dúvida, uma situação de elevado risco obstétrico e os nossos resultados corroboram o que a literatura descreve:

mais de metade dos casos necessitou de internamento hospitalar por ter ocorrido pelo menos um episódio de hemorragia vaginal, em 43,3% houve necessidade de proceder a uma cesariana urgente/emergente pela gravidade da hemorragia e em 24% registou-se morbilidade puerperal significativa. De facto, encontra-se bem documentado que as diversas formas de placenta baixamente inserida (prévia total, prévia parcial ou apenas inserida a menos de 20mm do orifício interno do colo mas sem contactar com este) têm um risco acrescido de hemorragia ante-parto (risco relativo [RR] 9,81), intra-parto (RR 2,48) ou pós-parto (RR 1,86)<sup>2</sup> sendo a morbilidade/mortalidade materna significativa nesta população.

A PP está associada à existência de factores de risco como multiparidade, etnia africana ou asiática, idade materna avançada, existência de hábitos tabágicos, gravidez múltipla e antecedentes de cesariana ou de aborto cirúrgico. A presença de pelo menos um factor de risco era evidente em 85% (57 casos) da nossa população, sendo que 58% (33 casos) destes apresentavam mais do que um dos factores descritos associados.

A multiparidade foi o factor de risco com maior prevalência na nossa população (61%); segundo Gilliam<sup>3</sup>, associa-se a um RR de 1,72 (intervalo de confiança [IC] 95% 1,12-2,64). Não é conhecida a razão pela qual a implantação do trofoblasto ocorre no segmento inferior do útero em múltiparas mas sugere-se que haja uma alteração endometrial no local

onde se dá a implantação, tornando-o menos propício para tal em gestações subsequentes<sup>4</sup>.

A percentagem da nossa população descrita com consumo tabágico (11,9%) refere-se àquelas que mantiveram os hábitos até à data do parto; não inclui as grávidas que cessaram o consumo no início ou durante a gravidez. Esta associação encontra-se bem documentada por Naeye<sup>5</sup>, segundo o qual a frequência de PP é maior em fumadoras, particularmente nas que descrevem hábitos tabágicos com mais de 6 anos de duração. Mais recentemente, em 1996, Chelmow<sup>6</sup> corroborou estes resultados descrevendo um risco três vezes superior de PP entre as grávidas com consumo mantido durante a gestação. No caso do tabagismo materno, admite-se que a razão da associação reside no facto da hipoxémia, relacionada com os altos teores de monóxido de carbono, poder causar hipertrofia placentária compensadora e, portanto, condicionar uma maior probabilidade da massa placentária atingir o orifício cervical<sup>4</sup>.

A associação com os antecedentes obstétricos, nomeadamente o número de partos por via abdominal, encontra-se descrita em vários estudos publicados.<sup>7,8,9,10</sup> Apesar da etiologia desta associação não estar ainda claramente definida, pensa-se que a existência no segmento inferior do útero de uma cicatriz apresentando maior concentração de tecido fibroso dificulta o crescimento e conseqüente migração placentária<sup>8</sup>. Esta hipótese explicaria a menor percentagem de migração de placentas baixamente inseridas diagnosticadas ecograficamente no 2º trimestre em mulheres com cesariana nos antecedentes resultando numa maior incidência de PP no termo<sup>8</sup>. Em 1995, Clark<sup>8</sup> analisou dados de 97799 gestações (entre 1977 e 1983) e concluiu que o risco de PP num útero sem cirurgia prévia era de 0,26%, mas observava-se um aumento quase linear com o número de cesarianas anteriores, sendo de 10% em grávidas com 4 ou mais partos por via abdominal. Em 2005, Laughon<sup>9</sup> confirmou estes dados descrevendo, no momento do parto um risco 3,95 vezes superior (IC 95% 1,49-10,5) de PP após 1 cesariana, aumentando 2,93 vezes (IC 95% 1,6-5,39) por cada cesariana adicional nos antecedentes. Mais recentemente, Daltveit<sup>10</sup> publicou os resultados de um estudo de coorte que se baseou na análise

se dos registos médicos de nascimento entre 1967 e 2003 na Noruega e, entre outras complicações de uma cesariana nos antecedentes em gestações subsequentes, indica a PP (RR 1,5; IC 95% 1,3-1,8) e a placenta acreta (RR 1,9; IC 95% 1,3-2,8). Na população de estudo, 18% (12) tinham pelo menos 1 cesariana nos antecedentes, das quais 3 grávidas tinham história de 2 partos por via abdominal.

As gestações complicadas por PP que evoluem com episódios de hemorragia vaginal, por vezes recorrentes, constituem um motivo de internamento frequente e prolongado na última metade da gravidez. A atitude expectante na abordagem da PP tem sido defendida há mais de 7 décadas como forma de melhorar o prognóstico fetal. O recurso à tocólise e ao suporte transfusional, bem como a disponibilidade de técnicas para avaliação da maturidade pulmonar, têm permitido minimizar as sequelas da prematuridade. Simultaneamente, a contínua optimização dos cuidados neonatais tem proporcionado, em certos casos, o término prematuro de forma electiva da gestação com mais segurança para o recém-nascido e para a mãe do que um parto mais tardio em situação urgente/emergente por hemorragia ou início de trabalho de parto. Apesar destes avanços, um número significativo de grávidas desenvolve hemorragia moderada a grave com risco de mortalidade materna e fetal e, conseqüentemente, cerca de dois terços das gestações complicadas por PP terminam antes das 36 semanas de gestação<sup>11</sup>.

Na população por nós avaliada, a prevalência de hemorragia vaginal foi significativa e levou a que se efectuasse cesariana urgente/emergente em 43,3% das grávidas. No entanto, não registámos diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de PP quanto ao número de casos que necessitaram de internamento por hemorragia vaginal, ao número de episódios de hemorragia ou ao número de casos que necessitaram de intervenção urgente/emergente por cesariana. Apenas no que concerne ao número de dias de internamento ante-parto e à idade gestacional em que o parto ocorreu observámos uma diferença com significado estatístico entre os tipos de PP, sendo respectivamente maior ( $p=0,04$ ) e menor ( $p=0,03$ ) nas gestações complicadas por PP total. Embora a relação

entre PP e prematuridade esteja documentada<sup>12</sup> (RR de parto entre as 28 e as 36 semanas de gestação varia entre 2,7 e 4,0 sendo que aproximadamente 12% dos partos prematuros se devem a situações de PP), na nossa casuística, o tipo de placenta prévia não foi determinante na previsão quer do número de episódios de hemorragia quer do número de casos que necessitaram de cesariana urgente/emergente. Tal facto leva-nos a considerar que a mera existência de uma placenta baixamente inserida, independentemente do seu tipo, deve ser tida como o factor determinante do risco obstétrico.

O mesmo se observou quanto à morbilidade materna significativa, que ocorreu em um quarto da população (9 grávidas com PP total e 7 com PP marginal). Das 16 puérperas, 8 necessitaram de suporte transfusional e 4 requereram intervenção cirúrgica (tamponamento com balão de Bakri e/ou histerectomia) como forma de controlar a hemorragia puerperal. Neste grupo, em 7 tinha sido realizada cesariana numa gestação anterior e, as duas situações em que houve necessidade de recorrer a histerectomia, ocorreram em grávidas com 2 cesarianas nos antecedentes. Num destes casos havia suspeita de acretismo placentário associado (posteriormente confirmado) e necessitou de admissão subsequente em Unidade de Cuidados Intensivos. Estes dados corroboram os resultados de um estudo observacional publicado em 2007 com análise de 868 grávidas (252 com 1 cesariana, 76 com 2 cesarianas e 53 com 3 ou mais cesarianas nos antecedentes)<sup>3</sup> que mostrou que, à medida que a frequência de partos por via abdominal aumentava, acresciam as complicações e desfechos maternos adversos, nomeadamente coagulopatia, necessidade de suporte transfusional, acretismo placentário, necessidade de histerectomia e de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos, respectivamente de 6,3% (sem cesarianas) para 15,8% (para 1 cesariana), 50% (para 2 cesarianas) e 81% (para 3 ou mais cesarianas)<sup>3</sup>. Adicionalmente, em 2009, Bodelon<sup>13</sup> corroborou estes dados ao descrever um risco aumentado

de histerectomia periparto (RR 7,9; IC 95% 4,1-15,0) em gestações complicadas por PP.

Concluimos que, pela elevada percentagem de episódios de hemorragia vaginal durante a gravidez e a contínua articulação com a equipa de Neonatologia, torna-se necessário vigiar e programar o parto de gestações complicadas por PP, qualquer que seja o seu tipo, em hospitais da rede de Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado. Adicionalmente, dado o risco considerável de morbilidade materna subjacente, particularmente no grupo de grávidas com cesarianas nos antecedentes, deve merecer uma atenção especial a programação dos cuidados intra-parto por parte de uma equipa multidisciplinar que inclui, necessariamente, um cirurgião ginecológico, anestesistas/intensivistas e disponibilidade transfusional permanente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oyelese Y, Smulian J. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 927-40
2. Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L et al. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol* 2000; 17: 101-5
3. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 976-80
4. Cardoso C. Síndromes hemorrágicas da gravidez avançada e do pós-parto. In: *Medicina Materno-Fetal* (3ª edição). Graça LM et al. Lidel; 2005: 373-86
5. Naeye R. Abruptio placentae and placenta previa: frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 701-4
6. Chelmos D, Andrew E, Baker E. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 703-6
7. Taylor V, Kramer M, Vaughan T et al. Placenta previa and prior caesarean delivery: how strong is the association? *Obstet Gynecol* 1994; 84: 55-7
8. Clark S, Koonings P, Phelan J. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 89-92
9. Laughon S, Wolfe H, Visco A. Prior cesarean and the risk for placenta previa on second-trimester ultrasonography. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 962-5
10. Daltveit A, Christophersen T, Pihlstrom H et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1327-34
11. McShane P, Heyl P, Epstein M. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 176-82
12. Ananth C, Demissie K, Smulian J et al. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 299-306
13. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff M et al. Factors associated with peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 115-23