

# Cesárea Prévia como Fator de Risco para o Descolamento Prematuro da Placenta

Previous Cesarean Section as a Risk Factor for Abruption Placentae

Fábio Roberto Cabar, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Lia Cruz Vaz da Costa  
Eliane Aparecida Alves, Marcelo Zugaib

## RESUMO

**Objetivo:** *investigar a relação entre o antecedente de cesárea e a ocorrência do descolamento prematuro da placenta (DPP).*

**Métodos:** *estudo retrospectivo em que foram avaliados os dados referentes a 6495 partos realizados no período entre abril de 2001 e janeiro de 2004. Foram adotados como critérios de inclusão: diagnóstico de DPP confirmado por exame da placenta após o parto, gestação única, peso do recém-nascido superior a 500 g e idade gestacional acima de 22 semanas e ausência de história de trauma abdominal na gestação atual. Para cada caso de DPP incluído no estudo foram selecionados cinco controles, obedecendo ao seguinte pareamento: paridade, idade gestacional (< ou >30 semanas), diagnóstico materno de síndrome hipertensiva na gestação índice, antecedente de cicatriz uterina prévia não relacionada à operação cesariana, diagnóstico de rotura prematura de membranas ou diagnóstico de polidrâmnio. A análise univariada das variáveis contínuas foi realizada utilizando-se o teste t de Student e as variáveis categóricas foram avaliadas por meio de teste exato de Fisher ou teste de  $\chi^2$ , com níveis descritivos (p) menores que 0,05 considerados significantes.*

**Resultados:** *34 casos de pacientes com diagnóstico de DPP preencheram os critérios de inclusão (incidência de 0,52%). Para o grupo controle foram selecionadas 170 pacientes que obedeceram aos critérios de pareamento propostos. No grupo de pacientes com DPP, 26,5% apresentavam antecedente de parto cesárea (9 casos), ao passo que, no grupo controle, esse antecedente foi observado em 21,2% das pacientes (36 casos). Não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de cesárea prévia entre os dois grupos estudados (p=0,65, OR=1,34, IC 95%=0,53-3,34).*

**Conclusão:** *o aspecto abordado neste estudo, isto é, a associação do DPP em pacientes com cicatriz uterina de cesárea, não pôde ser confirmado com a presente casuística.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Descolamento prematuro da placenta. Cesárea. Gravidez de alto risco.*

## Introdução

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é diagnóstico obstétrico caracterizado pela separação completa ou parcial da placenta implantada

Clinica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
Correspondência:

Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Rua General Canavaro, 280 - Bairro Campestre  
09070-440 - Santo André - SP  
Tel (11) 4991-2481 FAX (11) 4221-8752  
e-mail: roseli.nomura@terra.com.br

no corpo uterino, de maneira abrupta e intempestiva, antes da expulsão do conceito e após a 20<sup>a</sup> semana de gestação. Antes deste período é complicação integrante do quadro clínico do abortamento<sup>1</sup>.

É intercorrência obstétrica com grande potencial de morbidade e mortalidade materna e fetal que se associa a maior incidência de anemias, coagulopatias, hemotransfusão, histerectomia e infecções puerperais. Resultados perinatais adversos que, com frequência, acompanham esse diagnóstico incluem: prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e morte perinatal<sup>2-4</sup>.

A incidência do DPP é heterogênea nos diversos serviços, sendo relatadas taxas entre 5 e 35 casos a cada 1000 gestações<sup>2,5-8</sup>. Essa discordância pode ser justificada pelas diferentes características das populações analisadas. Dentre as principais causas de DPP podem ser destacadas as traumáticas e as não traumáticas. Os acidentes automobilísticos respondem pela maioria das causas traumáticas, ao passo que a doença hipertensiva é responsável por até metade dos casos não-traumáticos<sup>1</sup>. Outros fatores como multiparidade, rotura prematura de membranas, idade materna, DPP em gestações anteriores, tabagismo, alcoolismo e uso de cocaína também são freqüentemente apontados como possíveis fatores de risco<sup>1,9-12</sup>.

Recentemente, alguns autores têm sugerido e demonstrado por meio de estudos populacionais que a cesárea prévia também representa fator de risco para DPP<sup>2</sup>. A cicatriz uterina próxima da implantação da placenta na parede anterior do útero poderia ocasionar perfusão sangüínea deficiente com inadequado fluxo de sangue para os espaços intervilosos, predispondo ao DPP<sup>2,6,13</sup>.

Em 2001, Lydon-Rochelle et al.<sup>2</sup> analisaram coorte retrospectiva utilizando os dados do *Washington State Birth Events Record Database* (EUA) e mostraram que o risco de DPP, nos casos com cesárea prévia, era 30% superior quando comparado aos que não tinham esse antecedente. Esse aumento do risco permaneceu inalterado mesmo quando a análise contemplou outras possíveis variáveis de confusão, como hipertensão arterial ou diabetes materna. Este estudo incluiu 95.630 primíparas que tiveram a segunda gestação no período de 1987 a 1996.

Atualmente verifica-se aumento nas taxas de cesárea em todo o mundo. Nos países europeus e nos Estados Unidos da América ela oscila entre 11 e 21%<sup>2,14,15</sup>. No Brasil observam-se taxas muito superiores, apesar das campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde e pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia visando esclarecer quanto aos possíveis riscos e consequências da elevada incidência de operações cesarianas.

O presente trabalho tem como objetivo investigar a relação entre o antecedente de cesárea e a ocorrência do DPP em pacientes que realizaram o parto em serviço com atendimento de gestantes de alto risco.

## Paciente e Métodos

Foram avaliados os dados referentes aos partos realizados em hospital universitário de serviço

terciário (Hospital das Clínicas, FMUSP), com atendimento de gestantes de alto risco, no período compreendido entre 1º de abril de 2001 e 31 de janeiro de 2004, armazenados prospectivamente no banco de dados dessa instituição. Este banco de dados foi analisado retrospectivamente para a elaboração deste estudo caso-controle. Para a coleta dos dados que se apresentaram duvidosos, os prontuários médicos foram analisados para a obtenção das informações sobre a história clínica e obstétrica das pacientes arroladas para a pesquisa. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq), registrada sob número 171/04.

No período estudado foram realizados 6495 partos em gestantes com idade gestacional compreendida entre 22 e 42 semanas completas. O DPP foi diagnosticado em 34 casos (0,52%). Os 6461 casos remanescentes foram considerados elegíveis para a seleção do grupo controle.

Os dados maternos analisados com o intuito de confirmar o diagnóstico de DPP foram: o exame da placenta e a verificação da área de descolamento e/ou presença de hematoma retroplacentário no pós-parto imediato. Foram incluídas neste grupo as pacientes que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de DPP, gestação única, peso do recém-nascido superior a 500 g e idade gestacional acima de 22 semanas e ausência de história de trauma abdominal na gestação atual.

Para cada caso de DPP incluído no estudo foram selecionados cinco controles, adotando-se o seguinte critério de pareamento: paridade, idade gestacional (maior ou menor/igual que 30 semanas de gestação), diagnóstico materno de síndrome hipertensiva na gestação índice (pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial sistêmica crônica), antecedente de cicatriz uterina prévia não relacionada à operação cesariana, diagnóstico de rotura prematura de membranas e diagnóstico de polidrâmnio. A seleção dos controles foi feita com base na data e hora do parto no caso de DPP, de forma que foram selecionadas, consecutivamente e em ordem temporal crescente, as próximas cinco pacientes que apresentaram os mesmos critérios que o caso índice, de acordo com o pareamento proposto.

A idade gestacional foi calculada a partir da data da última menstruação (DUM) quando esta era compatível com a idade gestacional estimada por meio da primeira ultra-sonografia realizada, no máximo, até a vigésima semana de gestação (discordância de 14 dias). Nos casos em que não foi observada essa concordância, foi considerada a idade gestacional calculada mediante a primei-

ra ultra-sonografia. A rotura prematura de membranas foi caracterizada quando a ruptura das membranas ovulares aconteceu antes do início do trabalho de parto. É difícil assegurarmos que em todos os casos de DPP foi realizada ultra-sonografia para avaliação de volume de líquido amniótico e assim afastado ou confirmado o diagnóstico de polidrâmnio. A presença desse diagnóstico foi avaliada pelos dados clínicos e/ou ultra-sonográficos ou ainda pelos achados intra-operatórios descritos nos prontuários.

Os dados neonatais investigados incluíram incidência de nativos, análise do índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, peso e idade gestacional no nascimento.

Os resultados foram analisados por meio do programa Statistica. A análise univariada das variáveis contínuas foi realizada utilizando-se o teste *t* de Student e as variáveis categóricas foram avaliadas por meio de teste exato de Fisher ou teste de  $\chi^2$ , sendo níveis descritivos (*p*) menores que 0,05 considerados significantes.

## Resultados

Trinta e quatro casos de pacientes com diagnóstico de DPP preencheram os critérios de inclusão (incidência de 0,52%). Para o grupo controle foram selecionadas 170 pacientes que obedeceram aos critérios de pareamento propostos.

As características das pacientes analisadas no presente trabalho estão expostas na Tabela 1.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto às seguintes variáveis de caracterização da população: idade, cor, paridade e número de abortamentos prévios. As incidências de síndrome hipertensiva na gestação índice (pré-eclâmpsia, hipertensão arterial sistêmica crônica, toxemia superajuntada) e de rotura prematura de membranas foram pareadas e, por esse motivo, foram iguais nos dois grupos, 29,4 e 14,7%, respectivamente. Na casuística analisada observou-se um caso de DPP em gestação gemelar, caso este não arrolado para a presente pesquisa. Nenhuma paciente com diagnóstico de DPP apresentou antecedente de cicatriz uterina prévia não relacionada à operação cesariana. Da mesma forma, nenhum caso apresentou diagnóstico suspeito ou confirmado de polidrâmnio (Tabela 1).

Não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de cesárea prévia entre os dois grupos estudados. No grupo de pacientes com DPP, nove apresentavam antecedente de parto cesárea (26,5%), enquanto que, no grupo controle, esse antecedente foi observado em 36 casos (21,2%) (Tabela 2).

Os resultados perinatais dos grupos estudados estão demonstrados na Tabela 3. Foram observadas diferenças entre os dois grupos com maior morbidade e mortalidade fetal no grupo com DPP. A ocorrência de natimortos (17,6%), de recém-nascidos com índices de Apgar inferiores a sete no primeiro (44,1%) e quinto (17,6%) minuto, de baixo peso ao nascer (<2.500 g - 50%) e de prematuridade (<37 semanas - 64,7%) foi significativamente maior no grupo de pacientes com DPP (Tabela 3).

Tabela 1 - Dados de caracterização da população nos casos com descolamento prematuro de placenta (DPP) e no grupo controle.

Característica	Grupo		p
	DPP n = 34	Controle n = 170	
Idade materna, anos, média (DP)	29,9 (7,1)	28,5 (7,0)	0,30
Idade materna >35 anos, n (%)	9 (26,5)	36 (21,2)	0,65
Cor branca, n (%)	21 (61,7)	93 (54,7)	0,32
Nulíparas, n (%)	14 (41,2)	70 (41,2)	0,84
Com antecedente de abortamento, n (%)	28 (82,3)	125 (73,5)	0,38
Hipertensão arterial, n (%)	10 (29,4)	50 (29,4)	0,84
Rotura prematura de membranas, n (%)	5 (14,7)	25 (14,7)	0,79

Tabela 2 - Antecedente de cesárea em gestação anterior nos casos de descolamento prematuro de placenta (DPP) e no grupo controle.

Cesárea anterior	Grupo		p*	OR (IC 95%)
	DPP (n = 34)	Controle (n = 170)		
Sim	9 (26,5%)	36 (21,2%)	0,65	1,34 (0,53-3,34)
Não	25 (73,5%)	134 (78,8%)		

\* teste do  $\chi^2$

Tabela 3 - Resultados perinatais nos casos de descolamento prematuro de placenta (DPP) e no grupo controle.

	Grupo		p	OR (IC 95%)
	DPP n = 34	Controle n = 170		
IG <37 semanas (n e %)	22 (64,7)	56 (32,9)	0,001*	3,73 (1,62-8,69)
IG (média e desvio padrão)	34,7 (3,6)	36,9 (4,0)	0,004***	-
Peso do RN <2500 g, n (%)	17 (50)	48 (28,2)	0,02*	2,54 (1,13-5,75)
Peso do RN, g, média (DP)	2.274,7 (792,9)	2.710,9 (862,0)	0,007***	-
Natimortos, n (%)	6 (17,6)	7 (4,11)	0,01**	4,99 (1,27-18,60)
Apgar 1° min <7, n (%)	15 (44,1)	25 (14,7)	0,0002*	4,58 (1,91-10,97)
Apgar 5° min <7, n (%)	6 (17,6)	6 (3,5)	0,006**	5,86 (1,53-22,5)

IG: Idade gestacional, \* Teste do  $\chi^2$ , \*\* teste exato de Fisher, \*\*\* teste t de Student

## Discussão

A incidência de gestações com DPP no presente estudo (0,52%) foi inferior à observada por Ruocco<sup>16</sup>. Nesse estudo, realizado na Clínica Obstétrica do HCFMUSP no período entre junho de 1990 e dezembro de 1994, foi observada incidência de aproximadamente 1%.

Diversos estudos apontam diferentes fatores de risco para a ocorrência do DPP. Dentre as causas não traumáticas, as síndromes hipertensivas, a rotura prematura de membranas e o uso de drogas ilícitas (cocaína) parecem desempenhar importante papel no aumento da incidência do DPP. O presente estudo caso-controle comparou os casos de DPP com grupo controle selecionado a partir de estritos critérios de pareamento, com o objetivo de testar a hipótese de que outro fator de risco teria importância na ocorrência do DPP: a cesárea prévia. O pareamento foi utilizado para diminuir os vieses da análise. Fatores como tabagismo e uso de cocaína não puderam ser utilizados neste pareamento devido à dificuldade da obtenção fiel dessas informações, bem como ao caráter não linear do consumo dessas substâncias.

Hemminki e Merilainen<sup>14</sup>, em 1996, realizaram estudo de coorte retrospectiva baseado no Registro Geral de Nascimentos da Finlândia. Neste estudo avaliaram os nascimentos no período compreendido entre os anos de 1987 e 1993 e relataram risco relativo de 2,4 para ocorrência de DPP em gestantes com antecedente de cesárea quando comparado ao grupo sem esse antecedente.

Rageth et al.<sup>15</sup> publicaram em 1999 estudo retrospectivo baseado em banco de dados do *Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions*. Os autores avaliaram 255.453 nasci-

mentos em mulheres com pelo menos duas gestações e observaram incidência de cesárea prévia de 11,3%. Eles constataram elevado risco de DPP entre essas gestantes submetidas anteriormente à cesárea, com risco relativo de 1,87 para a ocorrência do DPP durante a gestação e de 1,49 para a ocorrência desse mesmo evento no trabalho de parto.

Rasmussen et al.<sup>6</sup>, em estudo de coorte histórica baseada nos registros de nascimentos da Noruega do período de 1967 a 1992, incluíram 368.299 pacientes com pelo menos duas e no máximo quatro gestações, resultando em 891.671 partos. A cesárea prévia demonstrou ser fator de risco para ocorrência de DPP em gestações posteriores, sendo observado *odds ratio* (OR) de 1,39. A associação persistiu mesmo após ajuste para a idade materna, paridade e história materna de hipertensão arterial<sup>6</sup>.

Lydon-Rochelle et al.<sup>2</sup> são os autores que mais recentemente procuraram demonstrar a correlação do antecedente de cesárea com a ocorrência de DPP em gestação posterior. Também utilizaram estudo de coorte retrospectiva que incluiu mais de 90.000 primíparas. Foi encontrada fraca associação entre os dois eventos, com OR=1,3. Este aumento de risco permaneceu inalterado mesmo após regressão logística para eliminação de possíveis vieses de análise, como a hipertensão arterial.

Apesar de estes trabalhos apontarem associação entre a cesárea prévia e o DPP, o presente estudo não evidenciou tal relação. As pesquisas que foram realizadas, coortes retrospectivas, apesar de arrolarem grande número de pacientes, apresentaram dificuldades na análise pormenorizada de fatores de risco que são importantes para a ocorrência do evento.

Nesse sentido, optou-se pela realização de estudo caso-controle para melhor caracterização dos critérios de pareamento propostos, com o intuito de controlar de forma objetiva os fatores sabidamente associados com a ocorrência do DPP. A coleta retrospectiva dos dados referentes aos partos realizados na instituição permitiu a seleção criteriosa dos controles, pois todos os dados investigados eram prontamente acessíveis. O pareamento possibilitou que o fator antecedente de cesárea fosse especificamente estudado como fator de risco para a ocorrência dessa grave complicação obstétrica.

A incidência de cesárea observada na Clínica Obstétrica do HCFMUSP é de 56,5%<sup>17</sup> por ser hospital de referência para gestantes com intercorrências clínicas e/ou obstétricas. A incidência de pacientes com pelo menos uma cesárea anterior neste serviço é de 27%, o que demonstra a importância de investigar as complicações que possam estar associadas com esse antecedente.

Os resultados conflitantes que foram apresentados poderiam ser justificados não apenas pela diferença na metodologia dos estudos. Outro aspecto que merece ser ressaltado é o fato de que a população avaliada neste trabalho pode apresentar características distintas quanto às técnicas cirúrgicas utilizadas na realização da cesárea. A investigação do antecedente de cesárea como fator de risco para a ocorrência do DPP é aspecto pouco abordado na literatura nacional, o que dificulta comparação com dados referentes à nossa população.

Quanto aos resultados perinatais adversos observados nas gestações com DPP, observa-se que são semelhantes aos encontrados em outros trabalhos da literatura<sup>2,4-9</sup>. A chance de óbito intra-uterino decorrente do DPP é cinco vezes maior quando comparada às gestações não acometidas por essa intercorrência. Da mesma forma, fica evidenciada a maior morbidade dos recém-nascidos, o que demonstra a gravidade do diagnóstico.

A elevação das taxas de cesáreas é fato observado em vários países. O estudo das complicações associadas a este procedimento cirúrgico se torna interessante, pois permite melhor aconselhamento das gestantes quando da opção pela via de parto. O aspecto abordado neste estudo, isto é, a associação do DPP em pacientes com cicatriz uterina de cesárea, não pôde ser confirmado com a presente casuística. No entanto, é possível que estudos populacionais nacionais possam investigar com maior poder estatístico este aspecto do porvir obstétrico em pacientes com úteros submetidos a cesárea.

## ABSTRACT

**Purpose:** *to study the relationship between previous cesarean section and abruptio placentae.*

**Methods:** *a retrospective study reviewed 6495 deliveries between April 2001 and January 2004. The adopted inclusion criteria were: clinical diagnosis of abruptio placentae confirmed by placental examination after delivery, single pregnancy, birth weight >500 g, gestational age >22 weeks and no history of abdominal trauma. Five controls were selected for each abruptio placentae case and were matched for the following parameters: parity, gestational age (< or > 30 weeks), maternal arterial hypertension during pregnancy, presence of nonobstetrical uterine scar, premature rupture of membranes and polyhydramnios. Statistical analysis of continuous variables was performed by Student's t test. Statistical significance of the comparisons of categorical variables was evaluated by the  $\chi^2$  test or by the Fisher exact test. p values <0.05 were considered to be significant.*

**Results:** *thirty-four cases of abruptio placentae were included (incidence 0.52%). The control group included 170 cases that fulfilled the matching criteria. The incidence of previous cesarean section in the abruptio placentae group was 26.5% (9 cases) and in the control group it was 21.2% (36 cases). No significant difference was found between the groups (p=0.65, OR=1.34, CI 95%=0.53-3.34).*

**Conclusion:** *the present study was not able to demonstrate association between abruptio placentae and previous cesarean section.*

**KEYWORDS:** *Abruptio placentae. Cesarean section. High-risk pregnancy.*

## Referências

1. Camano L. Descolamento prematuro da placenta. In: Neme B, editor. *Obstetrícia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 674-89.
2. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth (1). *Obstet Gynecol* 2001; 97:765-9.
3. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999; 282:1646-51.
4. Abdella TN, Sibai BM, Hays JM Jr, Anderson GD. Relationship of hypertensive disease to abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1984; 63:365-70.
5. Rezende J. Descolamento prematuro da placenta. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 824-34.

6. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. A history of placental dysfunction and risk of placental abruption. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13:9-21.
7. Sher G, Statland BE. Abruptio placentae with coagulopathy: a rational basis for management. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28:15-23.
8. Karegard M, Gennser G. Incidence and recurrence rate of abruptio placentae in Sweden. *Obstet Gynecol* 1986; 67:523-8.
9. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990; 322:659-64.
10. Misra DP, Ananth CV. Risk factor profiles of placental abruption in first and second pregnancies: heterogeneous etiologies. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:453-61.
11. Voigt LF, Hollenbach KA, Krohn MA, Daling JR, Hickok DE. The relationship of abruptio placentae with maternal smoking and small for gestational age infants. *Obstet Gynecol* 1990; 75:771-4.
12. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. *Obstet Gynecol* 2004; 104:71-7.
13. Chazotte C, Cohen WR. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:738-42.
14. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1569-74.
15. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93:332-7.
16. Ruocco RMSA. Descolamento prematuro da placenta. In: Zugaib M, Bittar RE, editores. *Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 363-8.
17. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:9-15.

*Recebido em: 27/9/04*  
*Aceito com modificações em: ??*