



UNICAMP

TRATAMENTO DA SÍNDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL GRAVE POR MEIO DA ABLAÇÃO DOS VASOS PLACENTÁRIOS COM LASER

Luciana Emy Ishikawa (Bolsista PIBIC/CNPq);

Cleisson Fábio Andrioli Peralta (Orientador); Ricardo Barini (Co-orientador)

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Transfusão feto-fetal, gestação gemelar monocoriônica, fetoscopia, tratamento intra-útero, ablação de vasos placentários, cirurgia a laser

INTRODUÇÃO

A síndrome da transfusão feto-fetal (STFF) ocorre em até 30% das gestações gemelares monocoriônicas diamnióticas. Caracteriza-se pela passagem desbalanceada de sangue de um feto (doador) para outro (receptor), através de anastomoses vasculares placentárias. As formas graves da doença invariavelmente apresentam a seqüência anidrâmio (feto doador)/polidrâmio (feto receptor), com ou sem alterações Dopplervelocimétricas feto-placentárias, hidropisia no receptor ou óbito de um ou ambos os conceitos.

Considerando-se os casos com dois fetos vivos no momento do diagnóstico, o risco de óbito de pelo menos um deles diante da conduta expectante é de 70 a 100%. Nestas ocasiões, danos neurológicos ocorrem em 25 a 35% dos sobreviventes, resultando de distúrbios hemodinâmicos e/ou da prematuridade.

As opções de conduta para pacientes com STFF grave incluem a amniodrenagem seriada, a septostomia e a ablação dos vasos placentários com laser (AVPL). As duas primeiras visam reduzir o polidrâmio e prolongar a gestação, ao passo que a última tem por objetivo inativar as anastomoses que propiciam o desenvolvimento da doença.

Apesar das evidências na literatura médica sobre os melhores resultados obtidos com a ablação vascular, a maioria dos centros de referência para terapêutica fetal em nosso país ainda utiliza as opções paliativas da amniodrenagem e da septostomia no seguimento dessas pacientes.

O objetivo deste estudo foi descrever os resultados preliminares do tratamento da STFF grave por meio da AVPL no CAISM/UNICAMP.

METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo sobre pacientes tratadas na UNICAMP entre 2007 e 2009. As principais variáveis avaliadas foram a idade gestacional no parto, a sobrevivência (alta do berçário) de pelo menos um gêmeo e o comprometimento neurológico nos sobreviventes. A análise estatística descritiva consistiu de cálculos de médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

A análise estatística inferencial foi desenvolvida em duas etapas. Inicialmente, em toda a amostra, foram avaliadas as influências do comprimento do colo uterino, da IG e do estágio da STFF antes da cirurgia sobre o PPPT/abortamento e o óbito de pelo menos um feto como complicações diretas do procedimento. Em uma segunda etapa, envolvendo somente as gestantes que não tiveram parto/abortamento decorrentes da AVPL, foram avaliadas: a influência do comprimento do colo uterino, da IG e do estágio da STFF antes da cirurgia sobre o parto antes de 32 semanas completas de gestação; a influência do estágio da doença sobre a alta do berçário de pelo menos um e de ambos os neonatos/lactentes. Análise de regressão logística foi utilizada com esta finalidade. O nível de significância considerado foi 0.05 e o programa utilizado para análise foi o SPSS 16.0 (Chicago, IL, USA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em toda a amostra, pelo menos uma criança sobreviveu em 63,3% dos casos (19/30). Entre as gestantes que não tiveram parto/abortamento após à cirurgia, a sobrevivência de pelo menos um gêmeo foi 82,6% (19/23). Neste subgrupo (n = 23), a idade gestacional média no parto foi 31,9 semanas e o comprometimento neurológico ocorreu em um neonato (1/31 = 3,2%). O comprimento do colo uterino influenciou na ocorrência de parto/abortamento após a cirurgia (p = 0,008). Entre sete pacientes (7/30 = 23,3%) que apresentaram esta complicação, cinco (5/7 = 71,4%) tinham medidas do colo uterino menores do que 15 mm. Entre as 23 gestantes que não tiveram parto/abortamento após a cirurgia, os estágios mais avançados da doença (III e IV) aumentaram o risco para parto antes de 32 semanas (p = 0,025) e diminuíram a chance de sobrevivência de ambas as crianças (p = 0,026).

Tabela 1. Avaliação da influência do comprimento do colo uterino materno, da idade gestacional e do estágio da transfusão feto-fetal no momento do laser placentário sobre a ocorrência de parto/abortamento ou óbito de pelo menos um dos gêmeos como complicação direta da cirurgia em toda a amostra.

Variável independente	Variável dependente	*p	OR	IC95%
**Colo uterino	PPPT/abortamento	0,008	0,776	0,644 – 0,936
	Óbito	0,506	1,045	0,918 – 1,189
IG	PPPT/abortamento	0,083	0,680	0,439 – 1,052
	Óbito	0,283	1,391	0,761 – 2,544
STFF	PPPT/abortamento	0,656	1,425	0,300 – 6,769
	Óbito	0,998	-	-

Tabela 2 - Avaliação da influência do comprimento do colo uterino materno, da idade gestacional e do estágio da transfusão feto-fetal no momento do laser placentário sobre a ocorrência de parto pré-termo extremo, alta de pelo menos um gêmeo e alta de ambos os gêmeos do berçário, entre as 23 pacientes que não apresentaram abortamento como complicação direta da cirurgia.

Variável independente	Variável dependente	*p	OR	IC95%
**Colo uterino	PPT extreme	0,283	0,932	0,821 – 1,059
IG	PPT extreme	0,153	1,430	0,875 – 2,336
STFF	PPT extreme	0,025	13,75	1,39 – 135,84
STFF	Alta pelo menos 1	0,168	0,207	0,022 – 1,945
STFF	Alta 2	0,026	0,116	0,018 – 0,769

CONCLUSÕES

Nossos resultados são semelhantes aos disponíveis na literatura. Em nossa amostra, os principais fatores associados a piores resultados foram o colo uterino curto (menor do que 15 mm) e os estágios mais avançados da doença (III e IV) no momento em que o tratamento foi realizado.

REFERÊNCIAS

- De Lia JE. Surgery of the Placenta and Umbilical Cord. Clin Obstet and Gynecol 1996; 39(3):607-25.
- Umur A, van Gemerta MJC, Nikkelsb PGJ, Rossc MG. Monochorionic twins and twin-twin transfusion syndrome: The protective role of arterio-arterial anastomoses. Placenta 2002; 23(2-3):201-9.
- Lewi L, Jani J, Cannie M, Robyr R, Ville Y, Hecher K, et al. Intertwin anastomoses in monochorionic placentas after fetoscopic laser coagulation for twin-to-twin transfusion syndrome: Is there more than meets the eye? Am J Obstet Gynecol 2006; 194(3):790-5.
- Peralta CF, Ishikawa L, Passini Jr R, Bennini JR, Nomura ML, Rosa IRM, et al. Natural history of monochorionic diamniotic twin pregnancies with and without twin-twin transfusion syndrome. RBGO 2009; 31(6):273-8.
- Moise Jr KJ, Dorman K, Lamvu G, Saade GR, Fisk NM, Dickinson JE, et al. A randomized trial of amnioreduction versus septostomy in the treatment of twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:701-7.

