

SUTURAS DE B-LINCH EM HEMORRAGIA POS-PARTO

C. ARAÚJO, J.P. MARQUES, P. GONÇALVES, ANABELA COLAÇO, R. RODRIGUES, L.M. GRAÇA
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Maria. Lisboa

RESUMO

A hemorragia pos-parto é uma das causas principais de morbilidade e mortalidade materna.

Descreve-se um caso de hemorragia, secundária a atonia uterina pos-parto, em que foram aplicadas as suturas de B-Linch com sucesso.

Os autores fazem a revisão dos factores de risco e das alternativas terapêuticas, médicas e cirúrgicas, da hemorragia pos-parto.

SUMMARY

B-LINCH SUTURE IN POST PARTUM HEMORRHAGE

Post partum hemorrhage is a major cause of maternal morbidity and mortality.

We describe a case of a woman with post partum hemorrhage due to uterine atony, successfully treated with B-Linch suture.

The authors review the causes and risk factors, and the range of medical and surgical options that may be considered for the management of post partum hemorrhage.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pos-parto (HPP) é a segunda causa de morte materna em todo o mundo, e a terceira causa mais frequente nos países desenvolvidos.

É também uma causa importante de morbidade materna, e por isso os métodos para a sua prevenção e tratamento, têm grande impacto^{1,2}.

Têm sido mencionadas uma série de medidas, médicas e cirúrgicas para o controlo da hemorragia, e recentemente têm sido descritas com alguma frequência as suturas compressivas uterinas nas situações de atonia^{1,3}.

Descrevemos um caso de atonia uterina pos-cesariana em que foi utilizada a sutura de B-Linch modificada com sucesso.

CASO CLÍNICO

FMFS, de 34 anos, IO: 0000, com 39 semanas de gestação, e feto em apresentação pélvica, foi proposta para cesariana electiva. A gravidez decorreu sem intercorrências e não havia antecedentes pessoais relevantes. Procedeu-se a cesariana segmentar transversal, sob anestesia geral, com incisão de Pfannenstiel, tendo o recém-nascido, do sexo masculino, 3490 g e IA: 10/10. Foram administradas, conforme protocolo instituído, 10 U de ocitocina e.v.

Após a histerorrafia, verifica-se atonia uterina. Instituiu-se perfusão contínua de ocitocina (20 U de ocitocina em 500 cc de Lactato de Ringer a 200 ml/hora) e efectuou-se massagem uterina sem resultado. Administraram-se 250 µg de sulprostone intramiométrial e quase simultaneamente 250 µg diluídos em 250 ml de soluto salino e.v. a 25 ml/min.

Como se mantivesse a hemorragia aplicaram-se 400 µg de misoprostol rectal, e é transfundida com 2 U de concentrado eritrocitário.

Perante a atonia que persistia, decidimos aplicar as suturas de B-Linch, técnica modificada, com Vicryl I. (Duas suturas longitudinais, com ponto de inserção ao nível do istmo e segmento inferior, acima da prega de reflexão da bexiga, atravessando a cavidade uterina para a parede posterior, e outro ponto de fixação no fundo uterino; o procedimento foi repetido para o lado oposto; aplicadas as duas suturas, comprimiu-se o útero ao máximo antes de se apertarem as suturas, obtendo o efeito de um acordeão, e assegurando-nos que o canal cervical permanecia permeável).

A intervenção cirúrgica terminou sem outras complicações. A avaliação laboratorial, uma hora após a intervenção, revelou: Hb - 7:9 g/dl, Plaquetas - 147000/mm³ e Fibrinogénio - 209 mg/dl.

O pós-operatório decorre sem complicações, com cobertura antibiótica, tendo tido alta ao quarto dia.

Três meses depois foi realizada uma histerossonografia que evidenciou uma cavidade uterina regular, assinalando-se na face posterior do endocolo, uma zona hiperecogénica, alongada, eventualmente em relação com as suturas.

DISCUSSÃO

Classicamente define-se hemorragia pos-parto (HPP) como uma perda de sangue superior a 500 ml, no parto vaginal, e 1000 ml em parto ocorrido por cesariana; as perdas hemáticas aumentam progressivamente à medida que aumenta a complexidade do parto: cesariana e hysterectomia - 1500 ml, e hysterectomia de emergência - 3500 ml^{2,4}.

Na prática, a quantidade de sangue perdido é estimada subjectivamente, e a gravidade da hemorragia é frequentemente subestimada.

Excessiva perda de sangue é definida como uma baixa de 10% no hematócrito pos-parto, ou pela necessidade de transfusão o que ocorre em cerca de 4% dos partos vaginais e 6% dos partos por cesariana⁵.

A atonia uterina complica um em cada vinte partos e é a etiologia mais comum da hemorragia pos-parto. Os factores de risco para a atonia são: gestação múltipla, hidrâmnios, macrossomia, trabalho de parto precipitado ou prolongado, corioamnionite, ou simplesmente incapacidade para o músculo contrair pelo uso prévio de tocolíticos ou anestesia geral².

O diagnóstico faz-se pela palpação bimanual e a massagem uterina é a primeira medida de controlo, devendo seguirem-se medidas de terapêutica médica.

A ocitocina (Syntocinon) é um nonapeptídeo sintético, administrado por rotina para prevenção e tratamento da hemorragia pos-parto. É um fármaco de primeira linha, dados os escassos efeitos secundários, comparativamente com outros agentes disponíveis. Pode ser administrado por via intramuscular (10 U), ou intravenosa, em diluição. A administração de ocitocina intravenosa, em bolus, não é recomendada por poder originar hipotensão grave ou efeitos cardiovasculares. Classicamente diluem-se 20 a 40 U de ocitocina em 1000 cc numa solução cristalóide, que corre a 10 ml/min, embora possam ser usadas taxas de perfusão superiores. Não tem contra-indicações absolutas, embora possa ocorrer um efeito antidiurético com doses elevadas^{2,5}.

As prostaglandinas mais utilizadas na hemorragia pos-parto são o *misoprostol*, um análogo sintético da E1, e o *sulprostone*, um análogo metilado da E2.

O misoprostol pode ser administrado por via oral, vaginal ou rectal. A grande limitação dos estudos com misoprostol na HPP reside no facto de serem séries pequenas

e utilizarem doses muito variadas. O misoprostol tem efeitos secundários, dos quais a hiperpirexia é o mais comum, principalmente quando se utiliza a via oral^{1,2,5}.

O sulprostone, inicialmente utilizado por via intramuscular, para a interrupção de gravidez do primeiro trimestre, foi posteriormente utilizado por via endovenosa para a interrupção de gravidez no decurso do segundo trimestre. É um uterotónico potente, e por isso a sua importância na HPP, podendo ser administrado intramiométrial nesta circunstância; apresenta também efeitos adversos, não sendo recomendado em pacientes com patologia cardíaca. Estão referidos na literatura também alterações cardio-circulatórias graves e paragem cardíaca com a utilização de prostaglandina E2 intravenosa e intramiométrial⁶.

Paralelamente, para além da reposição da volémia, a transfusão de concentrado eritrocitário, é quase sempre necessária; alguns autores descrevem também a utilização de Factor VII recombinante, para controlo da hemorragia; a administração de plaquetas ou plasma fresco deve ser orientada pelos resultados dos testes laboratoriais na correcção da coagulopatia^{2,5}.

O tamponamento uterino descrito em partos ocorridos por via vaginal, é uma medida que pode ter algum sucesso. A insuflação do balão dum cateter de Folley, ou do balão de Sengstaken-Blakemore, com volumes de 110-150 ml de soluto salino, permite obter uma compressão intra-cavitária que em simultâneo com os uterotónicos pode ser eficaz⁵.

O balão SOS Bakri é específico para o tamponamento uterino; descartável, tem capacidade para 500 ml, e é fornecido com seringa de 50 cc adaptável (www.cookobgyn.com).

O tamponamento é fácil, barato e tem a vantagem de evitar a laparotomia.

Mas se estas medidas falham, outras medidas invasivas se impõem, as denominadas cirúrgicas.

Christopher B-Linch et al descrevem uma técnica cirúrgica, eficaz no controlo da HPP: comprimindo o útero com duas suturas longitudinais, ao longo do seu maior eixo, impedindo o útero de descontrair, e assim preencher-se com sangue.

Foi descrita posteriormente uma modificação desta técnica, e recentemente Pereira et al descrevem uma técnica com múltiplas suturas, longitudinais e transversais, não interessando a cavidade endometrial e diminuindo assim o risco de infecção; além disso, esta técnica colapsa o lumen dos ramos ascendentes da artéria uterina, reduzindo o fluxo vascular e a hemorragia.

Este procedimento tem a vantagem da sua simplicidade de execução e a conservação do potencial fértil da paciente^{3,4}.

Outros procedimentos cirúrgicos incluem a laqueação da artéria uterina, utero-ovárica e hipogástrica.

A laqueação da hipogástrica aparentemente controla a hemorragia, reduzindo a pressão pulsátil na artéria, convertendo a circulação arterial pélvica num sistema venoso. O procedimento é tecnicamente mais complicado e deve ser efectuado sob orientação de um cirurgião experiente^{1,5,7}.

A hemorragia pos parto é ainda um campo para a intervenção da radiologia. A embolização arterial selectiva, que inclui a punção da femoral e cateterização das artérias pélvicas, com embolização das mesmas, tem a vantagem de preservar a fertilidade, e poder realizar-se sob anestesia local; não é isenta de complicações sendo a mais frequente a febre, que habitualmente desaparece em dois a três dias^{1,5,8}.

A utilização de técnicas de intervenção radiológica estão limitadas pela sua disponibilidade.

Finalmente, a histerectomia sub-total ou total é a terapêutica radical e definitiva da HPP, uma vez controlada a coagulopatia, e à qual se deve recorrer quando esgotámos todas as outras medidas.

CONCLUSÃO

A hemorragia pos parto continua a contribuir largamente para a morbidade e mortalidade em obstetrícia.

Drogas hemostáticas poderão ser usadas com sucesso à semelhança do que acontece em outras áreas.

Novas tecnologias como a radiologia de intervenção podem estar disponíveis se estivermos em presença duma grávida com risco de hemorragia pos-parto.

As suturas de B-Linch são uma alternativa simples, a outros procedimentos cirúrgicos, no controlo da hemorragia, sobretudo se o parto se deu por cesariana.

BIBLIOGRAFIA

1. DILDY GA: Postpartum hemorrhage: new management options. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45(2):330-344
2. YOU WB, ZAHN CM: Postpartum hemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(1):184-197
3. FERGUSON JE, BOURGEOIS FJ, UNDERWOOD PB: B-Lynch suture for postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2000;95:1020-2
4. PEREIRA A, NUNES F, PEDROSO S et al: Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony. *Obstet Gynecol* 2005;106:569-572
5. MOUSA HA and WALKINSHAW S: Major postpartum haemorrhage. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:595-603
6. GRAÇA LM.: Interrupção electiva da gravidez. *Medicina Materno Fetal*, 3ª edição, Lidel 2005;634-637

7. HEBISCH G,HUCH A: Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in post partum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2002;100:574-578

8. INGE JR, GALLUP DG,DAVIS FE: Catastrophic hemorrhage from placenta previa-accreta.A case series and guidelines for management.*J Pelv Surg* 2000;6(5):268-272

