



Relato de caso: placenta percreta com invasão vesical

Case report: placenta percreta with bladder invasion

Reporte de caso: placenta percreta con invasión vesical

Ana Paula Pereira Guimarães¹, Camila Rita de Souza Bertoloni¹, Daniela Elianete Soares¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com apenas uma cesariana anterior que apresentou diagnóstico de placenta prévia e percreta, com invasão vesical e, que apesar da gravidade do caso, apresentou boa evolução. **Detalhamento do caso:** Gestante, 37 anos, com histórico de uma cesariana. Encaminhada com 37 semanas e 3 dias para interrupção da gestação devido placenta prévia total e acretismo placentário. No ato operatório foi identificada intensa vascularização da parede uterina anterior com invasão placentária da bexiga, o que confirmou o diagnóstico intraoperatório de placenta percreta. Após histerotomia, o recém-nascido foi entregue em boas condições ao pediatra. Em seguida, paciente apresentou sangramento volumoso com dificuldade na hemostasia. Sem dequitação placentária, foi iniciada histerectomia subtotal. Houve lesão vesical extensa, próxima à inserção dos ureteres e realizada cateterização ureteral bilateral e cistorrafia. Paciente recebeu cuidados intensivos e, após estabilidade clínica, teve alta com sonda vesical de demora que posteriormente foi retirada. O anatomopatológico confirmou acretismo placentário. **Considerações finais:** É necessária programação cirúrgica rigorosa nos casos de placenta percreta para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Placenta Acreta, Mortalidade Materna, Diagnóstico Pré-Natal, Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with only one previous cesarean who was diagnosed with placenta previa and percreta, with bladder invasion and, despite the severity of the case, presented a good evolution. **Case details:** Pregnant woman, 37 years old, with a history of one cesarean. Referred at 37 weeks and 3 days for termination of pregnancy due to total placenta previa and placental accreta. During surgery, intense vascularization of the anterior uterine wall was identified with placental invasion of the bladder, which confirmed the intraoperative diagnosis of placenta percreta. After hysterotomy, the newborn was delivered to the pediatrician in good condition. The patient then presented massive bleeding with difficulty in hemostasis. Without placental delivery, subtotal hysterectomy was initiated. There was extensive bladder injury, close to the insertion of the ureters and bilateral ureteral catheterization and cystorrhaphy were performed. The patient received intensive care and, after clinical stability, was discharged with an indwelling urinary catheter that was later removed. The anatomopathological examination confirmed placenta accreta. **Final considerations:** Strict surgical planning is necessary in cases of placenta percreta to reduce maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Placenta Accreta, Maternal Mortality, Prenatal Diagnosis, Early Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con una sola cesárea previa a quien se le diagnosticó placenta previa y percreta, con invasión vesical y a pesar de la gravedad del caso presentó buena evolución. **Detalles del caso:** Mujer embarazada de 37 años, con antecedente de cesárea. Derivado a las 37 semanas y 3 días por interrupción del embarazo por placenta previa total y placenta acreta. Durante la cirugía se identificó una intensa vascularización de la pared anterior del útero con invasión placentaria de la vejiga, lo que confirmó el diagnóstico intraoperatorio de placenta percreta. Después de la histerotomía, el recién

¹ Hospital Regional Antônio Dias/FHEMIG Patos de Minas - MG.

nacido llegó al pediatra en buenas condiciones. Posteriormente el paciente presentó sangrado masivo con dificultad en la hemostasia. Sin expulsión placentaria se inició histerectomía subtotal. Hubo lesión vesical extensa, cercana a la inserción de los uréteres y se realizó cateterismo ureteral bilateral y cistorrafia. El paciente recibió cuidados intensivos y, tras la estabilidad clínica, fue dado de alta con sonda urinaria permanente que luego fue retirada. El examen anatomopatológico confirmó acretismo placentario. **Consideraciones finales:** Es necesaria una planificación quirúrgica estricta en los casos de placenta percreta para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Palabras clave: Placenta Accreta, Mortalidad Materna, Diagnóstico Prenatal, Diagnóstico Temprano.

INTRODUÇÃO

O espectro da placenta acreta (EPA) caracteriza-se por uma fixação ou invasão profunda e anômala da parede uterina, que pode atingir planos além do útero ao avançar sobre órgãos adjacentes (SENTILHES L, et al., 2022). Pode ser classificada em graus, de acordo com o nível de alcance da camada miometrial. Assim, classifica-se como grau 1 (aderente) quando a placenta está fixada no miométrio mas sem invadi-lo; grau 2 (incretta) quando há invasão do miométrio e grau 3 (percreta) quando invade a serosa uterina, tecidos, vasos ou órgãos pélvicos adjacentes (JANIAUX E, et al., 2019).

Sabe-se que quanto maior o grau de penetração da placenta no miométrio ou em estruturas pélvicas, maior é a chance de complicações. Por isso, a placenta percreta é a que mais exige atenção e cuidados (KHOIWAL K, et al., 2020). Diante do perfil anormal de invasão placentária, a histerectomia é indicada em grande parte dos casos, já que a placenta não dequita espontaneamente (SABBAGH S, et al., 2022). Ainda não foi descoberta a causa do EPA, mas sabe-se que o quadro exige atenção devido a grande distorção anatômica da pelve e ao estado de vascularização local aumentado (EINERSON BD, et al., 2023).

Apresenta importância clínica significativa devido às repercussões que pode gerar, inclusive fatais, como a hemorragia. Como fator de risco principal está a cesariana prévia (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS e SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE, 2018). Inclusive há aumento da incidência de casos de acretismo placentário de forma paralela ao aumento no índice de realização de cesarianas (LOPES ES, et al., 2019). Quando há associação de gestantes com placentas prévias, de implantação anterior baixa e após uma ou mais cesarianas, a chance de ocorrência do EPA é ainda mais significativa (BUCA D, et al., 2018).

Como outros fatores de risco para desenvolvimento do EPA estão o histórico de múltiplos partos, infecção endometrial puerperal, histeroscopia e realização de procedimentos que envolvam a reprodução assistida (CONCATTO NH, et al., 2022). Sabe-se que a forma mais eficaz para redução da incidência de casos de EPA é justamente diminuir as taxas de cesariana realizadas (ORNAGHI S, et al., 2021). É importante que seja dada a devida importância aos fatores de risco para ocorrência de EPA como forma de aumentar as chances de realização de diagnóstico precoce, ainda durante o cuidado pré-natal, para diminuir os índices de complicações das mães acometidas (CONCATTO NH, et al., 2022).

Objetiva-se relatar o caso de uma paciente com apenas uma cesariana anterior que apresentou diagnóstico de placenta prévia e percreta, com invasão vesical e que mostrou boa evolução, embora tenha apresentado hemorragia puerperal significativa e choque hipovolêmico. Pretende-se, assim, alertar os profissionais de saúde sobre a gravidade desse quadro e sobre os cuidados que devem ser iniciados desde o pré-natal para realização de diagnóstico precoce e diminuição da morbimortalidade materna e neonatal. Além disso, deseja-se também contribuir com acervo científico para condução de casos semelhantes ao relatado.

DETALHAMENTO DO CASO

O caso em questão é um estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer número 6.123.586 e CAAE 70173823.8.0000.5119, após leitura e assinatura pela paciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). L.M.B.S, 37 anos, G2PC2A0 (última cesariana há quatro anos). Paciente encaminhada à maternidade com 37 semanas e 3 dias para interrupção da gestação devido

placenta prévia total e acretismo placentário que foram evidenciados em USG com 23 semanas e 1 dia (**Figura 1**).

À admissão, negou sangramento vaginal ou qualquer outra queixa obstétrica e apresentou exame físico sem alterações. Paciente foi informada e estava ciente, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido lido antes da internação hospitalar, dos riscos inerentes à cesariana nesses casos, como sangramento aumentado com necessidade de hemotransusão, possibilidade de realização de histerectomia, ocorrência de óbito materno e/ou fetal e tempo prolongado de permanência hospitalar.

Foi realizada reserva de hemocomponentes e informada à equipe de cirurgia geral, anestesiologia e neonatologia sobre o horário de abordagem cirúrgica para que a equipe estivesse de prontidão e preparada para eventuais intercorrências. Paciente foi encaminhada ao bloco obstétrico em bom estado geral, verbalizando, deambulando e com sinais vitais estáveis. No ato operatório foi identificada intensa vascularização da parede uterina anterior associada a aderência vesical, sendo evidenciada invasão placentária da bexiga, o que confirmou o diagnóstico intraoperatório de placenta percreta.

Após histerotomia realizada em segmento superior à borda placentária, o recém-nascido foi retirado vivo e entregue em boas condições ao pediatra. Em seguida, paciente apresentou sangramento volumoso e dificuldade na hemostasia local. Equipe de anestesiologia iniciou procedimento para intubação orotraqueal e solicitou hemocomponentes. Foi iniciada histerectomia subtotal, que foi realizada com dificuldade devido aderência vesical e alterações anatômicas em segmento inferior do útero causadas pela invasão placentária. Foi acionada equipe da cirurgia geral após visualização de lesão vesical extensa, próxima à inserção dos ureteres, com realização de cateterização ureteral bilateral, cistorrafia, hemostasia e fechamento por planos.

Devido instabilidade hemodinâmica intraoperatória, foram iniciadas drogas vasoativas e administração de concentrado de hemácias, plasma e plaquetas. A seguir, foi encaminhada para Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e após estabilidade clínica, foi acompanhada em enfermaria, onde ficou internada e recebeu alta em boas condições com sonda vesical de demora que posteriormente foi retirada sem intercorrências. Paciente teve retorno ambulatorial, já sem queixas, onde apresentou o resultado do anatomopatológico que confirmou acretismo placentário. O recém-nascido apresentava desenvolvimento adequado segundo seguimento pediátrico.

Figura 1 – Imagem de ultrassonografia obstétrica que evidencia aumento da vascularização útero-vesical.



Fonte: Guimarães APP, et al., 2024.

DISCUSSÃO

A fisiopatologia para surgimento do espectro da placenta acreta (EPA) ainda não foi completamente descoberta, mas pode haver relação com o remodelamento miometrial após alguma cirurgia uterina dando lugar a uma decidua basal doente junto a um miométrio mais estreito (COUTINHO CM, et al., 2023).

O EPA deve ser preferencialmente atendido por equipe multidisciplinar e com conhecimento amplo desta condição, já que o quadro é suscetível a hemorragia significativa e necessidade de múltiplas transfusões (PAVÓN-GOMEZ N, et al., 2022), assim como foi realizado no caso relatado. Sabe-se que a tendência é que o número de casos de EPA aumente com o decorrer dos anos, haja vista o número de cesarianas realizadas na atualidade (JANIAUX E, et al., 2019)

Para que haja um maior preparo da equipe e decisão quanto a melhor técnica cirúrgica a ser aplicada, como forma de redução de morbimortalidade materna, é necessário que seja realizado diagnóstico ainda durante o pré-natal. Como métodos diagnósticos estão a ultrassonografia e a ressonância magnética (CONCATTO NH, et al., 2022). Ambos os métodos têm sensibilidade e especificidade parecidos. Mas, principalmente diante de localidades com menor poder econômico, é interessante priorizar a ultrassonografia devido ao seu menor custo quando comparada à ressonância magnética (LOPES ES, et al., 2019).

Já no primeiro trimestre gestacional é possível observar alguns sinais do EPA na ultrassonografia, como a implantação do saco gestacional em região anterior e baixa do útero e a proximidade placentária do local de histerotomia realizada em cesariana anterior (ALVES AL, et al., 2021). A precocidade do diagnóstico possibilita medida ativa de manejo, por meio da curetagem, o que diminui as chances de morbimortalidade materna e aumenta os índices de preservação uterina. Porém, caso a paciente mantenha o desejo de continuar a gestação, mesmo ciente dos riscos futuros, há tempo hábil de referenciamento para centros especializados na condução desse caso (PANAIOTOVA J, et al., 2019).

Diante de pacientes com fatores de risco importantes para o desenvolvimento do EPA, é melhor recomendado que elas já sejam acompanhadas em locais especializados para realização desse diagnóstico. Mesmo assim, sabe-se que nesses locais ainda podem ocorrer resultados falso-positivos. Por isso, a importância da comprovação durante o ato operatório (NIETO-CALVACHE AJ, et al., 2022).

Como forma de otimizar o diagnóstico e amenizar a morbimortalidade neonatal, é importante a realização minuciosa do exame ultrassonográfico nas pacientes que apresentam fatores de risco maiores para desenvolvimento do EPA, como aquelas que possuem histórico de cesariana ou outra cirurgia uterina e placenta prévia ou anterior baixa na gestação em curso. Assim, deve ser realizada ultrassonografia entre 18 e 24 semanas de gestação com avaliação criteriosa da região entre o miométrio e a placenta por via transabdominal e/ou transvaginal (ALVES AL, et al., 2021). No caso relatado, a paciente obteve diagnóstico no tempo preconizado o que colaborou com o tempo hábil para encaminhamento a serviço especializado para condução do quadro.

Os achados de imagem foram padronizados e podem ser avaliados em escala de cinza ao ultrassom por evidenciar ausência de região hipoeoica abaixo do leito placentário; ausência de regularidade entre o útero e a bexiga e menor espessura do miométrio em área retroplacentária.

Além disso, os critérios vistos com utilização do Doppler também foram padronizados e são eles: aumento da vascularização entre a bexiga e o útero (**Figura 1**), assim como em região abaixo da placenta; presença de vasos comunicantes uterovesicais e em lacunas placentárias, ao power Doppler. Já ao color Doppler 3D, é elencado o critério de aumento da vascularização dentro da placenta (ALVES AL, et al., 2021).

Porém, a ausência de imagens sugestivas de EPA à ultrassonografia não exclui o seu diagnóstico, sendo que os fatores de risco clínicos também devem ser levados em consideração, principalmente em localidades onde não haja grande experiência para a precisão diagnóstica (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS e SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE, 2018).

Já a ressonância magnética assume seu papel diagnóstico para idades gestacionais mais tardias quando comparada à ultrassonografia, sendo preferível sua realização por volta de 28 a 32 semanas. Sua indicação está estabelecida quando ocorrem dúvidas diagnósticas ao ultrassom ou para pacientes que possuem placenta em região posterior do útero ou que têm fatores de risco para seu desenvolvimento (CONCATTO NH, et al., 2022). Esse método tem o benefício de auxiliar na averiguação do grau de penetração lateral ao útero feita pela placenta (PEGU B, et al., 2021).

São vários os achados da ressonância magnética que podem indicar o diagnóstico de EPA. Um achado não deve ser considerado de forma isolada, já que uni-los aumenta a precisão diagnóstica. Assim, podem ser considerados os seguintes critérios: protuberância uterina difusa ou focal (o sinal mais útil), placenta heterogênea (sinal inespecífico devido à subjetividade do avaliador do exame), bandas hipointensas placentárias, afilamento miometrial (primeiro sinal a sugerir o diagnóstico), vascularização intraplacentária ou subplacentária anormal ou desorganizada (CONCATTO NH, et al., 2022).

Diante do diagnóstico, é realizada a conduta intervencionista, já que a medida conservadora é preconizada para os casos que não foram diagnosticados durante o pré-natal (PEGU B, et al., 2021). Quando o diagnóstico é realizado durante o pré-natal, há diminuição das chances de hemotransfusão e esta, quando necessária, exige menor quantidade de concentrado de hemácias (PAVÓN-GOMEZ N, et al., 2022).

A conduta conservadora consta na preservação do útero com a placenta in situ. Não é realizada tentativa de dequitação placentária pelo risco de hemorragia. Após a extração do feto, o cordão umbilical é cortado próximo da borda placentária e procede-se à histerorráfia. É preconizado o uso de antibiótico profilático pelo período de sete a dez dias devido ao risco de infecção e não é recomendado o uso de metotrexato devido aos efeitos colaterais e efeito mínimo sobre a placenta. O objetivo da conduta conservadora é de preservar a fertilidade feminina e evitar as maiores chances de mortalidade diante de uma histerectomia não planejada (PEGU B, et al., 2021).

Pacientes submetidas a essa técnica devem ser acompanhadas por período prolongado já que não se sabe ao certo sobre a velocidade com que a placenta é absorvida ou eliminada. Para remoção tardia dos restos placentários também pode ser realizada histeroscopia (ALVES AL, et al., 2021). A conduta intervencionista mais comum é a realização de cesariana seguida de histerectomia, sem remoção placentária. Em grande parte das vezes, a histerectomia total é melhor indicada devido ao sangramento em região inferior do útero ou em colo uterino (PEGU B, et al., 2021).

Outra técnica, com objetivo de preservação da fertilidade futura, é a dissecação entre as estruturas aderidas ao útero, realização de hemostasia local, ressecção da parede miometrial acometida pela invasão placentária e sutura das bordas uterinas remanescentes (ALVES AL, et al., 2021).

Existem também, formas de intervenção radiológica, que melhoram o desfecho da histerectomia após a cesariana por diminuir o sangramento durante o ato operatório. Consistem em técnicas endovasculares, como a inserção de balão nas artérias ilíacas internas e na aorta infrarrenal e também a técnica de pinçamento desta (PEGU B, et al., 2021). Mesmo que o pinçamento aórtico seja um procedimento inovador, sabe-se que sua realização é segura e previne ocorrência maior de desfechos negativos (CHOU MM, et al., 2021).

O parto deve ser programado entre 35 semanas e 36 semanas já que as intercorrências do período neonatal nessa idade gestacional são manejados com maior facilidade pela equipe assistencial dos centros especializados e a chance de sangramento intraoperatório é menor. (CABRERA JOR, et al., 2020). Mesmo assim, é necessário que medidas de resguardo sejam tomadas devido ao risco de hemorragia significativa, como a garantia de acessos venosos de maior calibre, a reserva de hemocomponentes e a comunicação da equipe com o banco de sangue para aventar a possibilidade de realização do protocolo de transfusão maciça. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022). O fato de a paciente do estudo de caso ter sido submetida a cesariana com 37 semanas e 3 dias pode ter sido fator agravante para aumento do sangramento durante a cirurgia.

Mesmo com as várias formas possíveis de abordagem do EPA, não é possível afirmar que haja uma técnica superior a outra, já que se trata de uma gama de possibilidades de ocorrência do quadro, desde a placenta apenas acreta até a placenta percreta. E, mesmo entre os casos de ocorrência desta, há graus de complexidade diferentes, o que muda o cenário cirúrgico. Assim, é necessário individualizar cada caso por meio de estratificação durante a cirurgia (CALVACHE AJN, et al., 2022). É necessária abordagem multidisciplinar, preparo da equipe e programação cirúrgica rigorosa nos casos de placenta percreta para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal e incremento de desfechos favoráveis. Além disso, é de suma importância que a gestante e sua família sejam informados dos cuidados que o quadro exige e também dos riscos inerentes a essa condição clínica.

É de suma importância que o pré-natal seja bem conduzido, que sejam aventados os fatores de risco para o surgimento de acretismo placentário e assim, seja executada a propedêutica diagnóstica e realizado planejamento do parto em centro especializado para tal abordagem. Como medida pioneira é de suma importância também atuar na redução dos principais fatores de risco para o surgimento do EPA como forma de diminuir a incidência de casos. Assim, sobretudo a indicação de cesarianas, deve ser feita com maior cautela e o parto vaginal deve ser mais encorajado quando não houver contraindicações para sua realização.

Diante do caso relatado, percebe-se o quanto a realização do diagnóstico precoce foi essencial para a ocorrência de um resultado favorável. Por meio dele, foi possível acompanhamento pré-natal mais rigoroso, preparo da família para possíveis intercorrências e direcionamento para maternidade especializada na condução de casos de gestação com alto risco. O que poderia ter acrescentado maiores benefícios ao desfecho, seria o encaminhamento feito em idade gestacional menor que 37 semanas para resolução do quadro, já que a chance de sangramento intraoperatório seria menor e a UTI neonatal apresentava suporte técnico e profissional suficientes para condução de prematuridade.

REFERÊNCIAS

1. ALVES AL, et al. Manejo do espectro da placenta acreta. *Femina*. 2021; 49(9): 554-565
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE. Obstetric Care Consensus N° 7: Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(6): e259-e275
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em 23 de novembro de 2023
4. BUCA D, et al. Influence of prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta on maternal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018; 52(3): 304-309
5. CABRERA JOR, et al. Espectro de placenta acreta, experiencia en un hospital peruano. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020; 66(1):13-18
6. CALVACHE AJN, et al. Consenso Colombiano de Tratamento do Espectro de Acretismo Placentário (EAP). *Revista Colombiana de Obstetrícia e Ginecologia*. 2022; 73(3): 283-316
7. CHOU MM, et al. Vascular control by infrarenal aortic cross-clamping in placenta accreta spectrum disorders: description of technique. *BJOG*. 2021; 128(6): 1030-1034
8. CONCATTO NH, et al. Achados na ressonância magnética do espectro do acretismo placentário: ensaio iconográfico. *Radiol Bras*. 2022; 55(3): 181-187.
9. COUTINHO CM, et al. Espectro do acretismo placentário: recomendações atualizadas da perspectiva do profissional de imagem pré-natal. *Femina*. 2023; 51(6): 326-332.
10. EINERSON BD, et al. Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol*. 2023. 142(1): 31-50
11. JANIAUX E, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. 2019; 146: 20-24
12. JANIAUX E, et al. New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accreta spectrum disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2019; 61: 75-88
13. KHOIWAL K, et al. Placenta percreta - a management dilemma: an institutional experience and review of the literature. *J Turk Ger Gynecol*. 2020; 21(4): 228-235

14. LOPES ES, et al. Assessment of Sensitivity and Specificity of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019; 41(1): 17-23
15. NIETO-CALVACHE AJ, et al. Placenta Accreta Spectrum Prenatal Diagnosis Performance: Are Ultrasound False-positive Results Acceptable in Limited-resources Settings? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022; 44(9): 838-844.
16. ORNAGHI S, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women with placenta accreta spectrum in Italy: A prospective population-based cohort study. *PLoS One.* 2021;16(6): e0252654
17. PANAIOTOVA J, et al. Screening for morbidly adherent placenta in early pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 53(1): 101-106
18. PAVÓN-GOMEZ N, et al. Relationship between the Prenatal Diagnosis of Placenta Acreta Spectrum and Lower Use of Blood Components. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022; 44(12): 1090-1093.
19. PEGU B, et al. Placenta accreta spectrum-a catastrophic situation in obstetrics. *Obstet Gynecol Sci* 2021;64(3):239-247
20. SABBAGH S, et al. Acretismo placentário e suas complicações: relato de caso. *Femina.* 2022; 50(4): 254-256.
21. SENTILHES L, et al. Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2022; 226: 839.e1–839.e24