

DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É doença fetal que cursa com anemia, podendo comprometer a saúde fetal e o resultado neonatal. É passível de tratamento durante a gravidez. Na última década houve redução significativa na sua frequência, em virtude da administração preventiva de imunoglobulina anti-Rh durante a gestação e no puerpério imediato.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Investigar a existência de incompatibilidade sangüínea entre os pais.
- Arguir sobre a ocorrência de situações passíveis de sensibilização materna.
- Pesquisar história prévia de natimortos, hidróticos ou recém-natos que necessitaram de exangüineotransfusões ou de transfusões intrauterinas.

LABORATORIAL

- Sangue materno:
 - Rh negativo e Du negativo; pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positiva.
 - Aumento súbito dos títulos de anticorpos.
- Sangue paterno:
 - Rh positivo ou Du positivo.

ULTRASSONOGRÁFICO

- Placentomegalia.
- São sinais sugestivos de agravamento do processo hemolítico:
 - Polidramnia.
 - Crescimento anormal da circunferência abdominal.
 - Ascite.
 - Derrame pleural.
 - Derrame pericárdico.
 - Anasarca.

RECÉM-NASCIDO

- Rh positivo ou Du positivo; Coombs direto positivo.
- Anemia grave.
- Icterícia e, por vezes, *Kernicterus*.
- Hidropisia neonatal.

CONDUTA – Figura 1.

GESTANTE RH NEGATIVO NÃO-SENSIBILIZADA

- Tipagem do sangue do parceiro, se possível.
- PAI na primeira consulta, repetido com 28, 32 e 36 semanas de gestação.
- Profilaxia da isoimunização pela administração de 300mcg, IM, de *imunoglobulina anti-Rh*, nas seguintes situações:
 - nas primeiras 72 horas de pós-parto, o mais precoce possível, caso o recém-nato seja Rh positivo *ou* Du positivo.
 - em caso de abortamento, prenhez ectópica ou neoplasia trofoblástica gestacional.
 - após procedimento invasivo.
 - nas síndromes hemorrágicas.
 - após transfusão de sangue incompatível.

GESTANTE RH NEGATIVO SENSIBILIZADA.

- PAI < 1:16.
 - Repetir o exame mensalmente, até 28 semanas e, a partir daí, a cada 15 dias.
- PAI ≥ 1:16.
 - A história de gestações prévias com mau resultado perinatal deve ser considerada como fator agravante em caso de dúvidas em relação à conduta a ser praticada.
 - Dopplerfluxometria da artéria cerebral média (ACM) do concepto para avaliar o pico de velocidade do fluxo, que deverá ser < que 1.5 múltiplos da mediana, *Mari et al. (www.perinatology.com – calculators)*.
 - Ultrassonografia para estudo da placenta, volume amniótico, edema e hidropisia fetal.
 - Transfusão Intravascular Intra-Uterina (TIV), se indicado.
 - Interrupção da gestação por operação cesariana nos casos de comprometimento da vitabilidade fetal ou, em qualquer situação, após 34 semanas.
 - Acelerar a maturidade pulmonar fetal (ver rotina específica).
 - Avaliação da vitabilidade fetal (ver rotina específica).

TRANSFUSÃO INTRAVASCULAR INTRA-UTERINA (TIV)

- A TIV é o tratamento de escolha para fetos anemiados, até 34 semanas de gravidez.
- Indicações.
 - Pico de velocidade de fluxo da artéria cerebral média > que 1.5 múltiplos da mediana (*www.perinatology.com – calculators*)
 - Sinais sonográficos de pré-hidropisia: placentomegalia, polidramnia.
 - Sinais sonográficos de hidropisia: ascite, derrames viscerais, anasarca,.
- O intervalo entre as transfusões deve ser individualizado, lembrando que o hematócrito nos fetos transfundidos cai um ponto percentual ao dia.
- Sinais sonográficos de agravamento fetal são também relevantes para o planejamento de nova TIV.

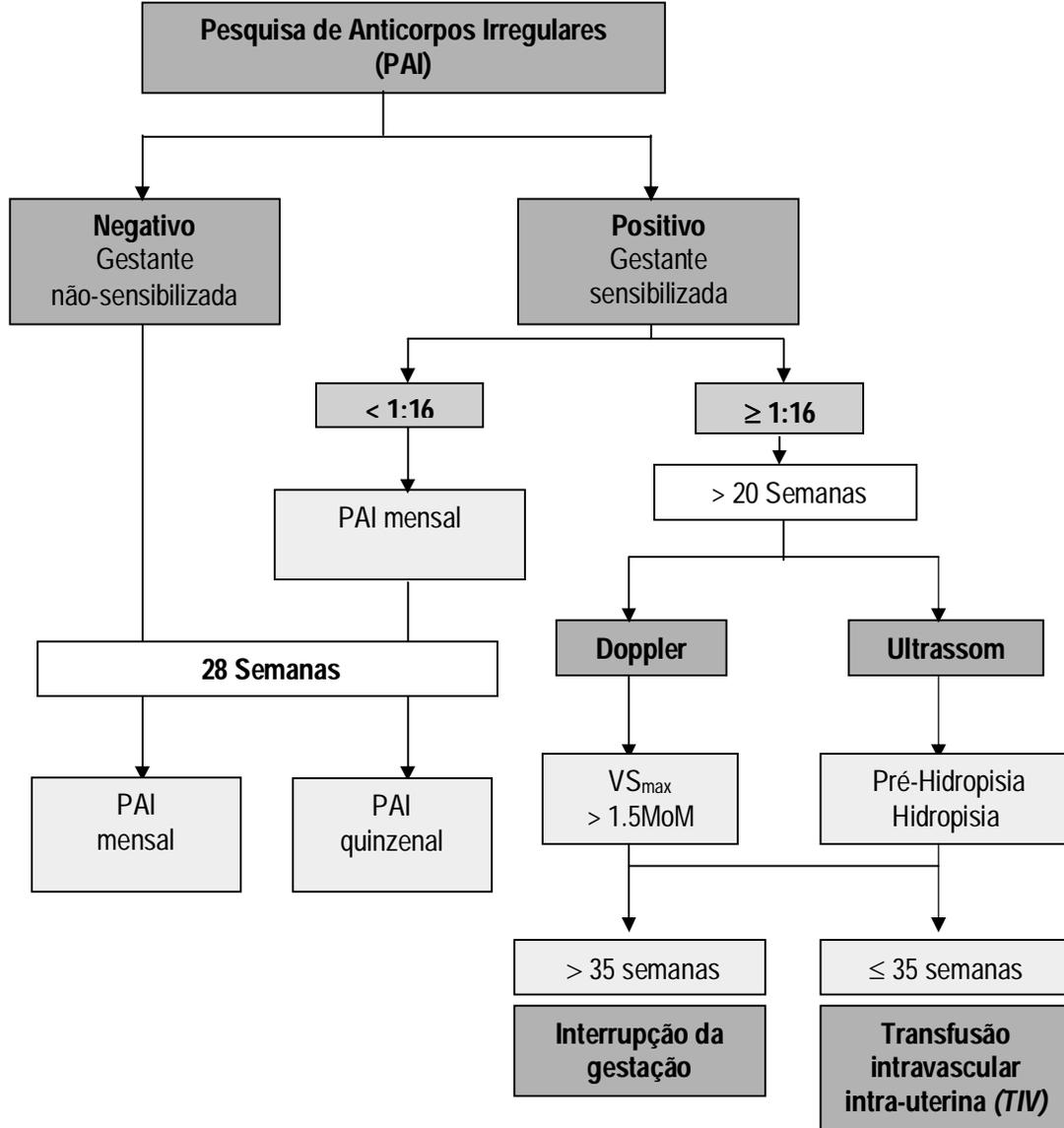


Figura 1 - Esquema do acompanhamento da gestante Rh negativo

LEITURA SUGERIDA

- GEAGHAN, S. M. Diagnostic laboratory technologies for the fetus and neonate with isoimmunization. **Semin. Perinatol.**, v.35, n.3, p.1481-54, 2011.
- KIM, Y. A.; MAKAR, R.S. Detection of fetomaternal hemorrhage. **Am. J. Hematol.**, v.87, n.4, p.417-423, 2012.
- RATH, M.E., et al. Hematological morbidity and management in neonates with hemolytic disease due to red cell alloimmunization. **Early Hum. Dev.**, v.87, n.9, p.583-588, 2011.
- FRISZER, S., et al. Determination of the optimal timing of serial in utero transfusions in red blood cell alloimmunization. **Ultrasound Obstet Gynecol.** Accepted for publication.