

Doença Hemolítica Perinatal (DHPN)

Descrição

Definição

Reação imunológica materna a antígenos eritrocitários fetais. Posteriormente, haverá passagem transplacentária desses anticorpos para a circulação fetal, com processo de hemólise progressiva, anemia e hipóxia.

A DHPN não é exclusiva do sistema Rh; a pesquisa de anticorpos deve ser solicitada para todas as pacientes, na primeira consulta pré-natal.

A incompatibilidade ABO mãe-feto constitui uma proteção parcial contra a aloimunização anti-D. O risco de aloimunização anti-D em gestações ABO compatíveis é acima de 15%; em caso de incompatibilidade o risco fica em torno de 1,5%.

Incidência

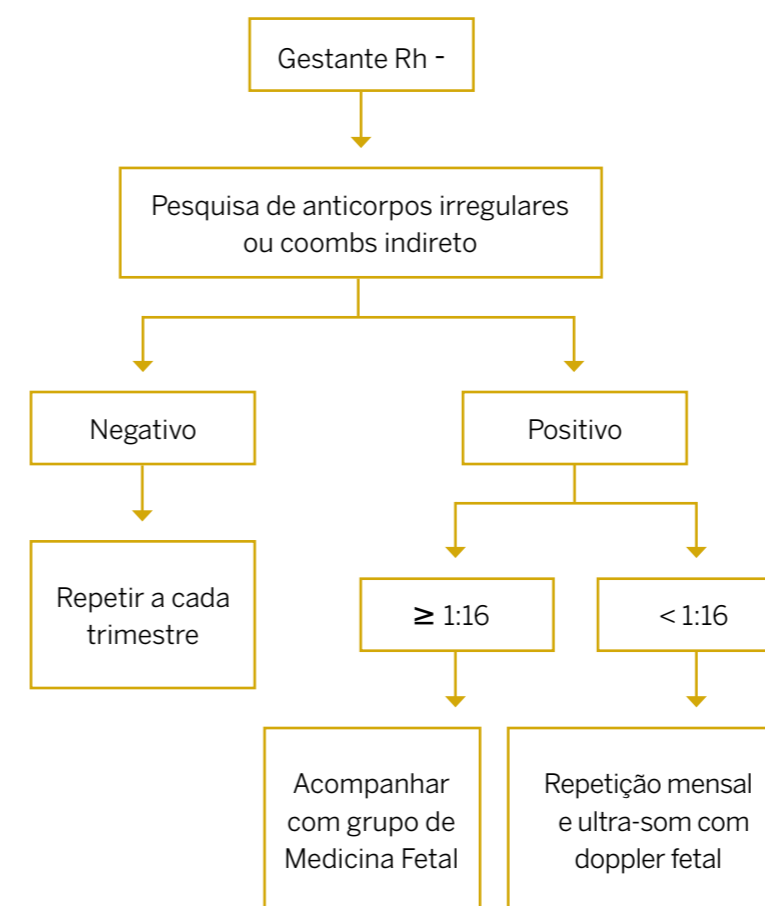
O sistema Rh é o mais freqüente e grave (80% a 90% dos casos), seguido pelo ABO, cujas complicações são mais comuns no período neonatal a cargo do neonatologista.

Diagnóstico

Roteiro diagnóstico

- Pesquisa e titulação de anticorpos irregulares, antigamente denominado teste de coombs indireto
- Considera-se fator de gravidade título de anti-D igual ou maior do que 1:16
- A gestante Rh- deve ser investigada para subgrupo Du. Quando Du+, por apresentar risco desprezível, não necessita pro-pedêutica especializada
- Tipagem sangüínea paterna. Só há risco com pai Rh+. A zigo-tagem paterna é indicada nos casos graves
- Pesquisar antecedentes de transfusões, evolução das ges-tações anteriores e dos recém-nascidos, além de uso de drogas injetáveis

Fluxograma da gestante Rh-



Parâmetros de gravidade na gestante sensibilizada

- Antecedentes de mau passado obstétrico pelo fator Rh
- Título de anticorpos anti-D igual ou maior do que 1:16
- Achado ao ultra-som de derrame pericárdico, ascite ou hidropsia fetal
- Dopplervelocimetria da artéria cerebral média fetal alterada
- Cardiotocografia com padrão sinusoidal ou presença de desacelerações
- Diminuição acentuada dos movimentos fetais

Tratamento

Tratamento dos casos graves (com orientação da Medicina Fetal)

Para hidropsia ou ascite, a conduta é a dosagem de hemoglobi-na por cordocentese e transfusão intra-uterina com concentra-do de hemácias grupo O e Rh-.

Nos casos de fetos tratados com transfusão intra-uterina o parto deve ser realizado com 34 semanas por cesárea. Nos demais casos de fetos com chance de apresentarem hemoglobina maior que 13 g% e boa vitalidade fetal, o parto poderá ser reali-zado com 38 semanas .

A administração maciça de imunoglobulina endovenosa ou plas-maferese na mãe, por seu custo, sua complexidade e seus efei-tos colaterais, tem sua indicação excepcional em casos graves com passado de perdas de repetição e ocorrência de hidropsia antes de 28 semanas.

Profilaxia da isoimunização

Gamaglobulina anti-D deve ser aplicada por via intramuscular, em dose que varia de 250 ug (Partogama®) a 300 ug (Rhogam®, Mategam®) em todas as gestantes Rh- e Du- **na 28ª semana de gestação** e naquelas que tenham recebido hemácias positivas nas seguintes situações:

- Após parto de RN (vivo ou morto) Rh+ (ou Rh- e Du+)
- Após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, colheita de vilosidade ou após amniocentese, quando o pai é Rh+
- Na presença de sangramento vaginal
- Após transfusão de sangue Rh+, na dose de 300 ug a cada 30 ml de sangue total recebido ou a cada 15 ml de concentrado de glóbulos

Observações

A medicação profilática deve ser efetuada logo após o evento, no prazo máximo de 72 horas, havendo a possibilidade de não ocorrer a sensibilização quando a administração é feita até 21 dias, ressal-tando-se que, quanto menor o intervalo, maior a eficácia.

As gestantes Du+ ou D "fraco", em sua maioria, não se sensibilizam, não necessitando, portanto, de Gamaglobulina anti-D.