



# Regis Kreitchmann

- Mestrado e Doutorado em Ciência Médicas da UFRGS
- Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
- Ginecologista e Obstetra do SAE – DST/AIDS da Secretaria da Saúde de Porto Alegre
- Coordenador do Centro de Pesquisa Materno-Infantil da Santa Casa de Porto Alegre



# Hepatites Virais

## Atualidades no Manejo na Gestação

Regis Kreitchmann, MD, PhD

Serviço Especializado DST/AIDS da Secretaria Municipal da  
Saúde de Porto Alegre

Pesquisa Materno Infantil da Irmandade Santa Casa de  
Misericórdia de Porto Alegre

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

# HEPATITE B

## Dados Epidemiológicos

- \* 3,5% da população mundial
- \* 257 milhões de portadores crônicos
- \* ~ 620.000 óbitos/ano por complicações; cirrose, insuficiência hepática e neoplasia de fígado
- \* Cirrose materna se associa com prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortos

# Contágio

- Sexual
- Parenteral
- Vertical: 50 a 60% dos indivíduos



# Hepatite B Aguda na gravidez

## Taxas de transmissão ao RN

1º e 2º trimestre - 10%

3º trimestre - 60%

---

## Cronificação da Hepatite B

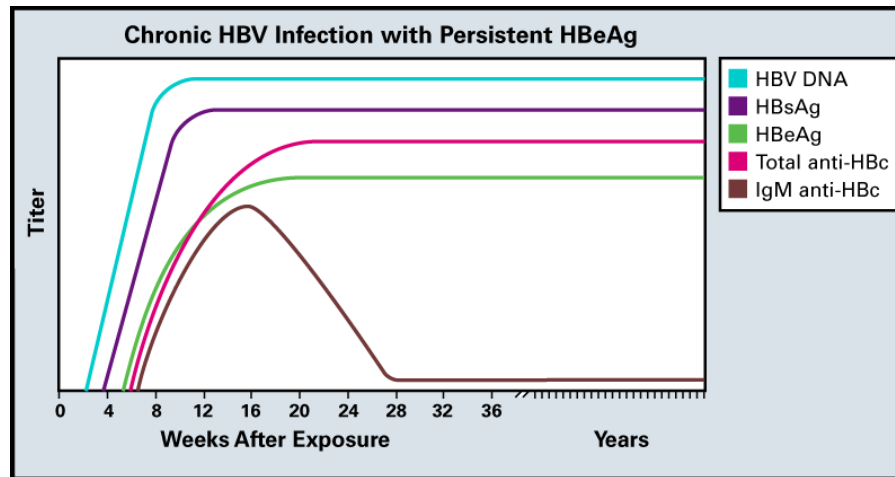
### Taxa de cronificação e momento do contágio

\* > 6 anos e adultos = 5 a 10% dos casos

\* 1 a 6 anos = 30 a 50% dos casos

\* Neonatos menores que 1 ano = 90% dos casos

# Fatores de Risco Transmissão Vertical



**Na ausência de profilaxia:**

**Presença do HBeAg**

- TV de 8 a 40% se HBeAg negativa
- TV de 70 a 90% se HBeAg positiva

**Altos níveis de HBV-DNA: >200.000 UI/ml ( $10^6$  cópias/mL)**

# Imunoprofilaxia ao neonato

1. Passiva: imunoglobulina específica
2. Ativa: vacina HBV

até 24 horas de vida, 1º e 6º mês pós nascimento



**Eficácia protetora : 1 + 2 = 86 a 95 %**

**1 = 70 a 80 %**

# Falhas da Imunoprofilaxia ao RN

- Se HBeAg **negativo** e HBV DNA **<200.000** UI/ml = 0,75%
- Se **CV >200.000** UI/ml a taxa de TV varia entre 8 e 32 %

## TENOFOVIR

- Eficácia na redução da CV-HBV
- Seguro para uso na gestação/ amamentação
- Bom perfil de resistência viral
- TV de 0 a 1,5% (Chen 2015, Brown 2016, Pan 2016)



# **Manejo da Gestante HBsAg reagente**

**Inicial e 28 semanas: CV-HBV, HBeAg, Transaminases,  
Hemograma**

**Se CV-DNA: >200.000 UI/ML, HBeAg reagente ou TGP >  
2X LSN**

**Tenofovir 300 mg/d**

**Iniciar entre 28-32 semanas de gestação**

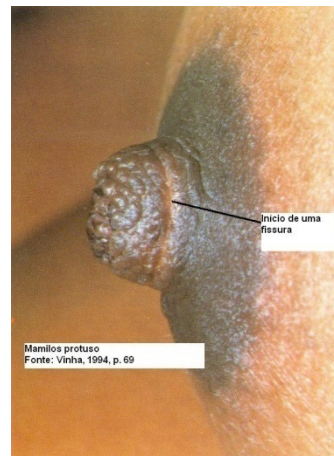
**Chegada tardia ao PN/sem resultado do CV-HBV  
considerar iniciar TDF enquanto aguarda o exame**

# Gestantes com HBV crônica em tratamento

- **Fibrose avançada (F3 de Metavir) ou cirrose (F4 de Metavir) em uso de terapia devem continuar com medicamentos orais – (preferência ao TDF),**
- **Uso do interferon está contra-indicado na gestação e o uso deve ser descontinuado com possibilidade de troca para TDF**
- **As que já vinham usando TDF e Lamivudina – manter**

# Aleitamento na Gestante HBV+

- Liberado
- Evitar se fissuras sangrantes no mamilo
- Não há evidência que impedir a amamentação reduza transmissão perinatal mesmo nas HBeAg+
- Tenofovir é seguro



# Considerações finais

1. Toda gestante deve realizar screening para HBV no pré-natal:
  - Vacinar: sem histórico de vacinação ou esquema incompleto

2. O Pré-natal do parceiro é uma oportunidade de detectar portadores e evitar do contágio durante a gravidez e também de vacinar adultos (Calendário Vacinal MS- 10 aos 59 anos)



1. O uso da vacina e da imunoglobulina (HBIG) nos RNs de mães portadoras do HBsAg até 24 horas pós-parto: **base da profilaxia da TV do HBV**

# Conclusões

4. Portadoras do VHB devem ser avaliadas para indicativos de replicação viral ou doença hepática grave: HBeAg, os testes de função hepática e o HBV-DNA
5. O uso do TDF profilático no 3º Trim está indicado se HBV-DNA >200.000 UI/ml ou HBeAg reagente
6. Não há contraindicação ao parto vaginal ou amamentação
7. Após o parto, a paciente deve continuar seu seguimento com hepatologista/infectologista. Até lá o tratamento não deve ser suspenso.
8. É possível erradicar a TV do HBV

# HEPATITE C



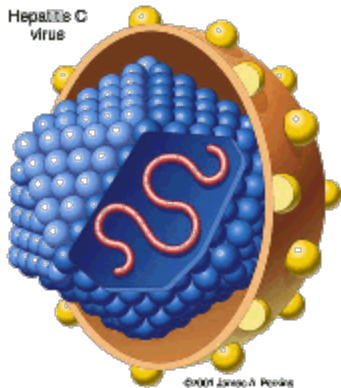
# Epidemiologia

- 1% da população global ou 71 milhões de pessoas infectadas
- Via parenteral é a principal forma de contágio
- 97% sem o diagnóstico
- 399.000 mortes/ano por cirrose ou câncer
- Taxa de Transmissão Vertical de 5-6%

## Brasil

- População em geral: 1,3%
- 75% das mortes entre as Hepatites

## Virais



# Hepatite C - diagnóstico

## Testes de rastreamento: pesquisa de anticorpos

<b>ELISA</b>	<b>Imunoenzimático de 3ª ou 4ª geração</b>
<b>MEIA</b>	<b>imunoenzimático de micropartículas</b>
<b>CMIA</b>	<b>Imunológico quimioluminescente magnético</b>
<b>IB</b>	<b>Immunoblot</b>

- Não diferencia infecção crônica de cura
- Falsos-positivos



# Hepatite C - diagnóstico

## Testes de confirmação: biologia molecular

**HCV-RNA qualitativo**

**HCV-RNA quantitativo**

- Detecção precoce
- Diferencia infecção crônica de cura
- Descarta **falsos-positivos**

# Critérios de risco para rastrear

- HIV positivos
- Uso de drogas ilícitas
- Transfusão ou transplante antes de 1993
- Hemodiálise
- Transaminases elevadas sem outras causas
- Profissional da saúde com história de acidente com material biológico

# Tratamento da Hepatite C

- Até 2015 – 50% de cura
- Com antivirais de Ação Direta – 95% de cura
  - Esquemas orais
  - 3 meses de tratamento
  - Suspender na gestação
- MS Brasil prevê tratamento de 657.000 pessoas até 2030

# PCDT Hepatite C-2018



- Ampliação tratamento para TODOS os pacientes
- Disponibilização de esquemas de RETRATAMENTO
- Ampliação tratamento para TODOS os pacientes com HEPATITE C, AGUDA OU CRÔNICA

# Fatores associados à TV do HCV

## Fatores virais

- Carga viral elevada (tendência a associação)



## Fatores do hospedeiro

- Uso de drogas EV
- Coinfecção materna com HIV
  - Dobra a taxa TV (10.8%)

## Fatores obstétricos

- RUPREMA > 6h antes parto
- Procedimentos Invasivos

# Transmissão vertical do VHC

Metanálise de 109 estudos

Taxa média de detecção RNA-VHC na criança  
(> 18 meses de idade)

**Mãe não co-infectada HIV**

● 5,8% (IC de 95%, 4,2%- 7,8%)



**5,8%**

**Mãe co-infectada HIV**

● 10,8% (IC de 95%, 7,6%- 15,2%)



**10,8%**

# Hepatite C e Gravidez

**Via de parto**

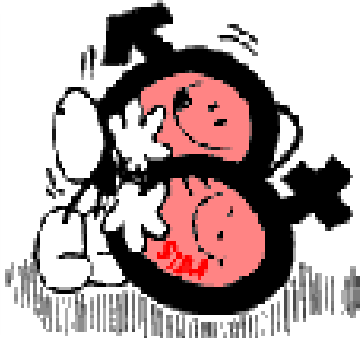


**Obstétrica**

**Amamentação**



**Liberada**



# Hepatite C

## Aleitamento em mulheres HCV (+)

- Baixa detecção do vírus no colostro
- Não há evidências de transmissão pelo aleitamento
- Não há contra indicação ao aleitamento



KURAUCHI et al., 1993; FISCLKER et al., 1996  
ZANETTI et al., 1995; GRANOVSKY et al., 1998



# Hepatite C na gravidez

## Conclusões

1. Baixo risco de transmissão perinatal
2. Risco ↑TV na co-infectada com HIV
3. Não existe intervenção na gravidez para reduzir transmissão
4. Não é recomendado rastreamento universal no pré-natal apenas se alto-risco
5. Possível testar o parceiro no pré-natal
6. Papel nos DAAs (antivirais de ação direta) ainda incerto

# Palestrantes Internacionais Confirmados



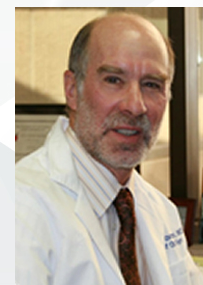
De 2 a 4 de agosto de 2018  
Plaza São Rafael | Porto Alegre | RS



**Nicolás Crisosto**  
Santiago / Chile



**Joanne Kurtzberg, M.D.**  
North Carolina / EUA



**Alan G. Waxman, M.D.**  
Albuquerque / EUA

[www.sogirgs.org.br/congresso2018](http://www.sogirgs.org.br/congresso2018)