



Narcizo L. Eduardo Cunha Sobieray

- Residência médica em ginecologia e obstetrícia – Hospital de Clínicas – UFPR
- Mestre em medicina interna – setor de Ciências da Saúde – UFPR
- Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia – disciplina de obstetrícia – UFPR
- Membro da CNE Perinatologia - FEBRASGO

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



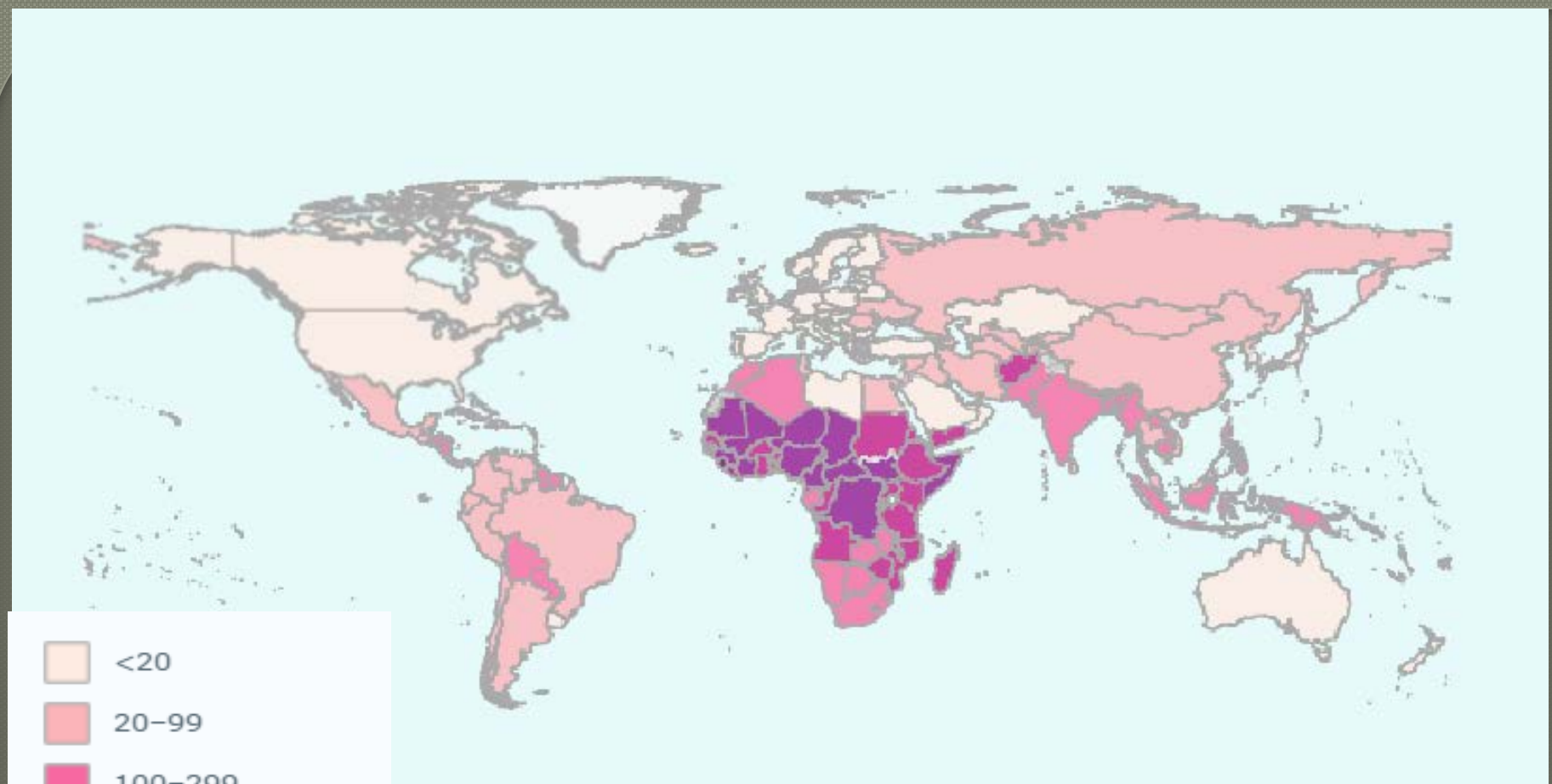
Doenças Hepáticas Específicas da Gravidez


Professor Narcizo E. Sobieray
Disciplina de Obstetrícia
Departamento de Tocoginecologia
UFPR

Declaração SULBRASGO-2018

“Não possuir conflitos de interesse”

Professor Narcizo E. Sobieray
Disciplina de Obstetrícia
Departamento de Tocoginecologia
UFPR



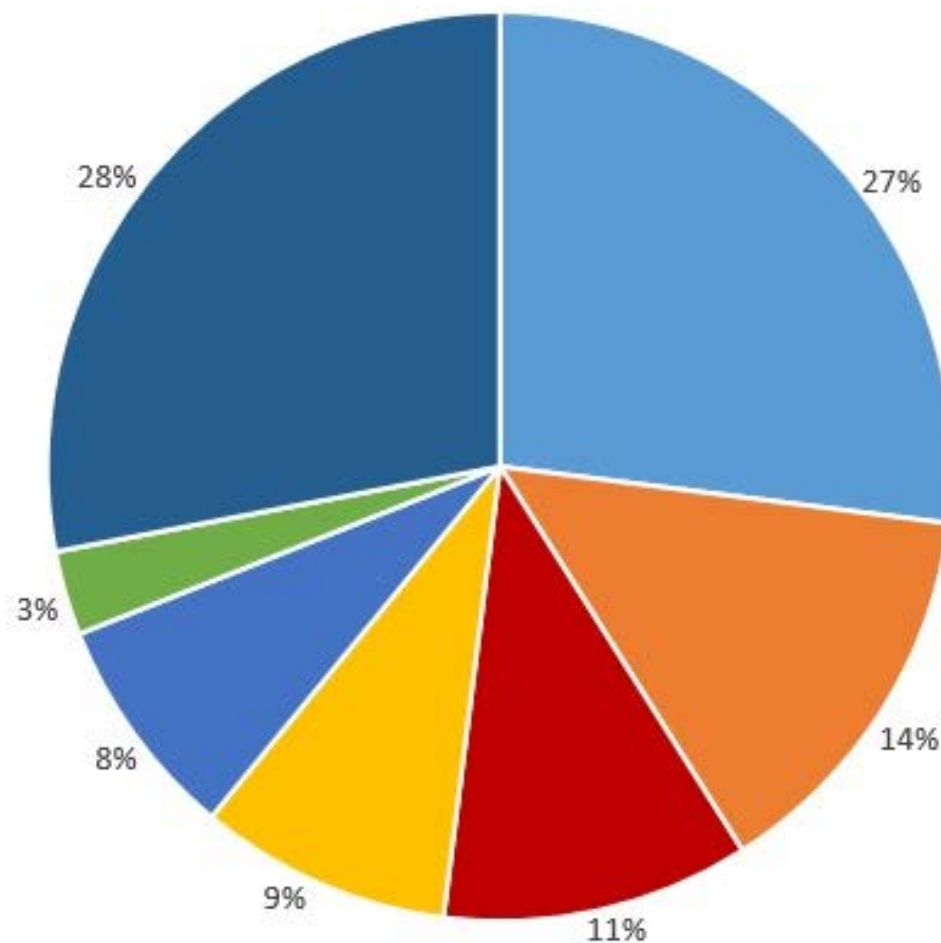
-  <20
-  20-99
-  100-299
-  300-549
-  550-999
-  ≥1000
-  Not applicable
-  No data

Maternal Mortality (per 100 000 live births)

WHO - 2015

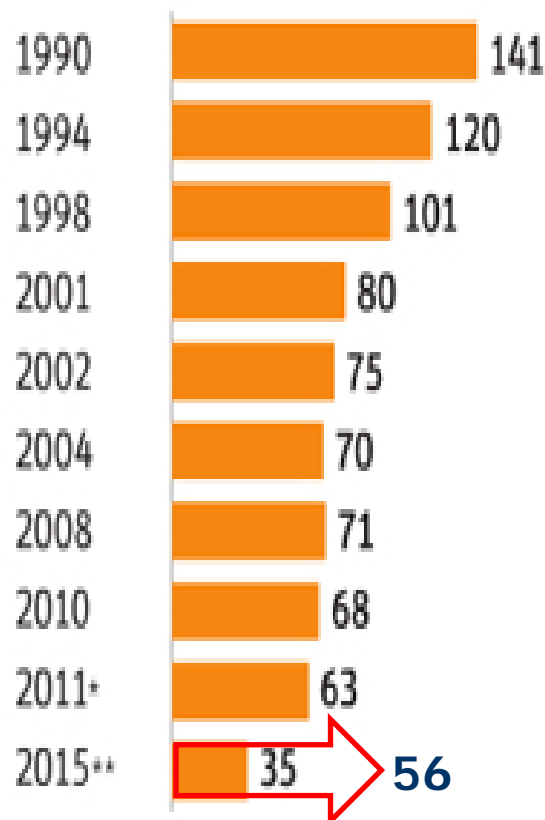
Índice de causas de Mortalidade Materna

- Hemorragia grave
- Hipertensão na gestação
- Infecções
- Parto obstruído e outras causas diretas
- Complicações de abortos
- Coágulos sanguíneos
- Doenças graves



EVOLUÇÃO DOS NÚMEROS

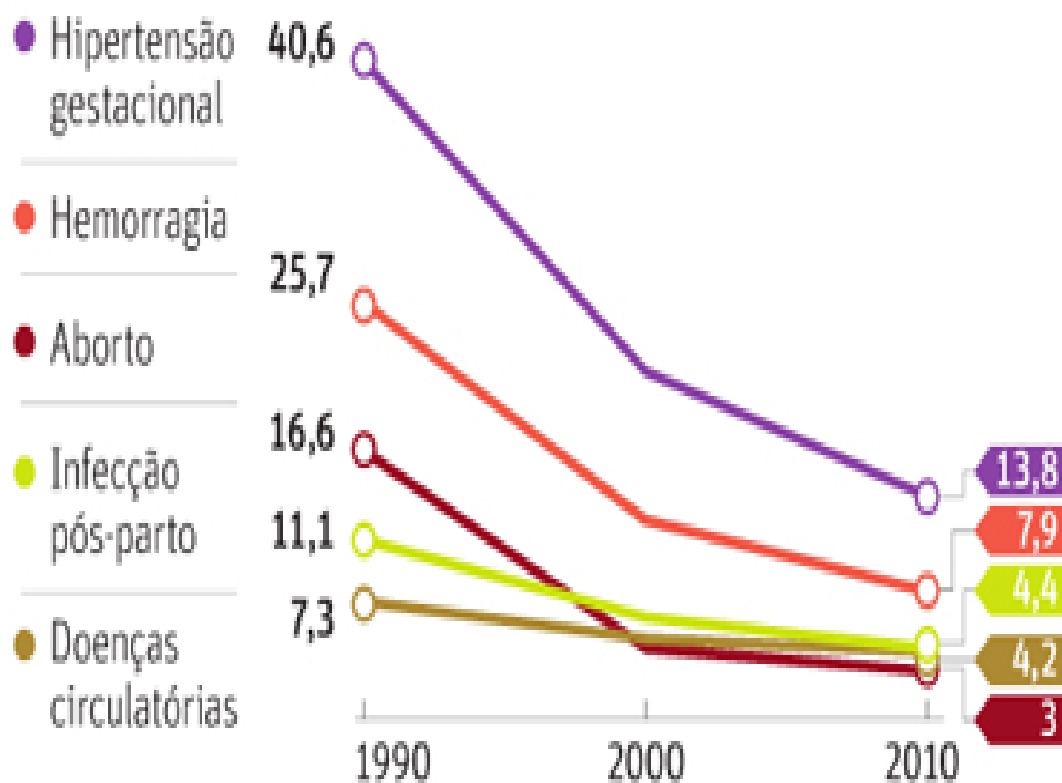
Total de óbitos de mães por
100 mil nascidos vivos



PRINCIPAIS CAUSAS

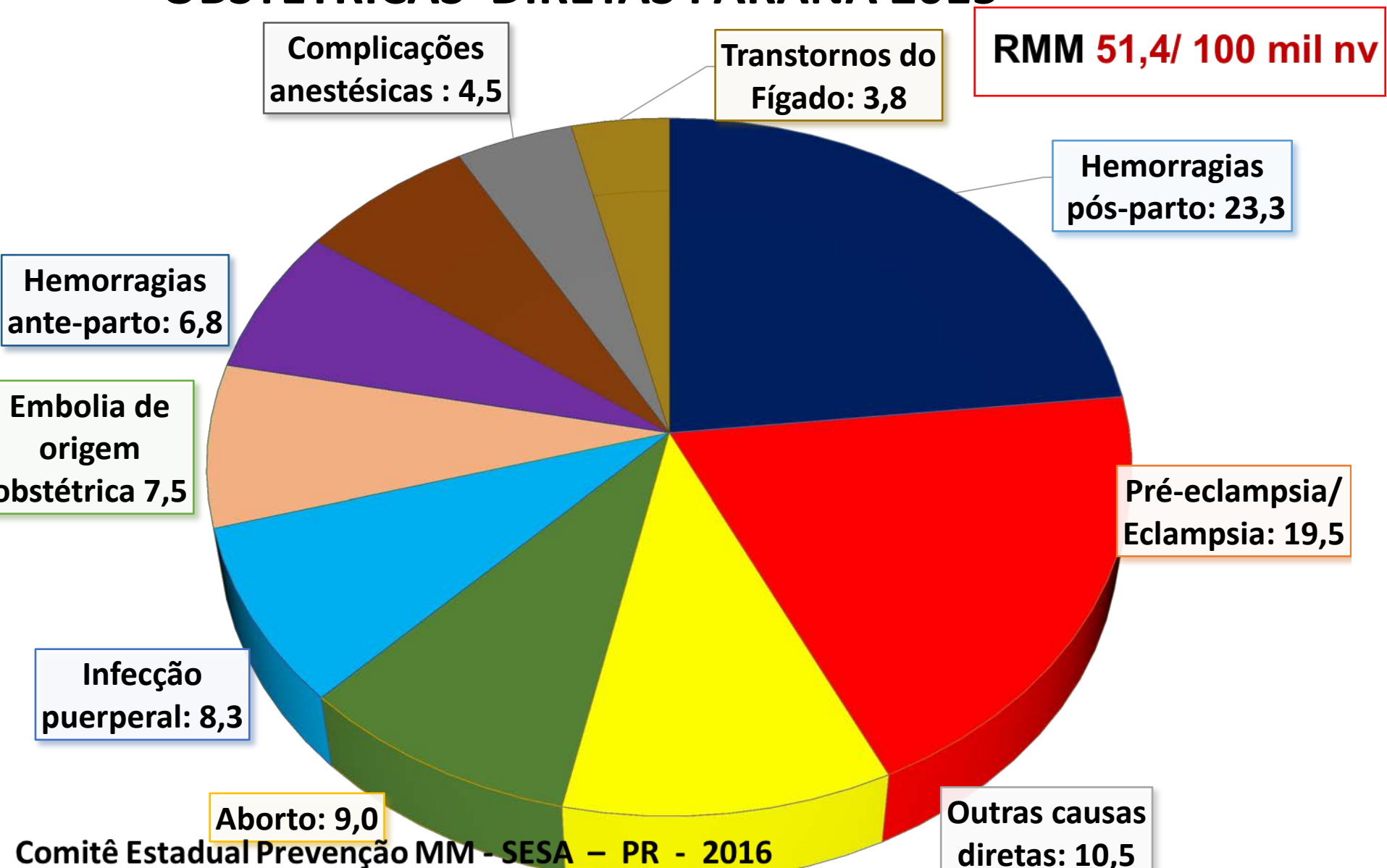
DA MORTALIDADE MATERNA **BRASIL**

Óbito materno por 100 mil nascidos vivos



*Estimativa a partir de dados ainda preliminares **Meta estabelecida nos Objetivos do Milênio

MORTES MATERNAS POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS PARANÁ 2015



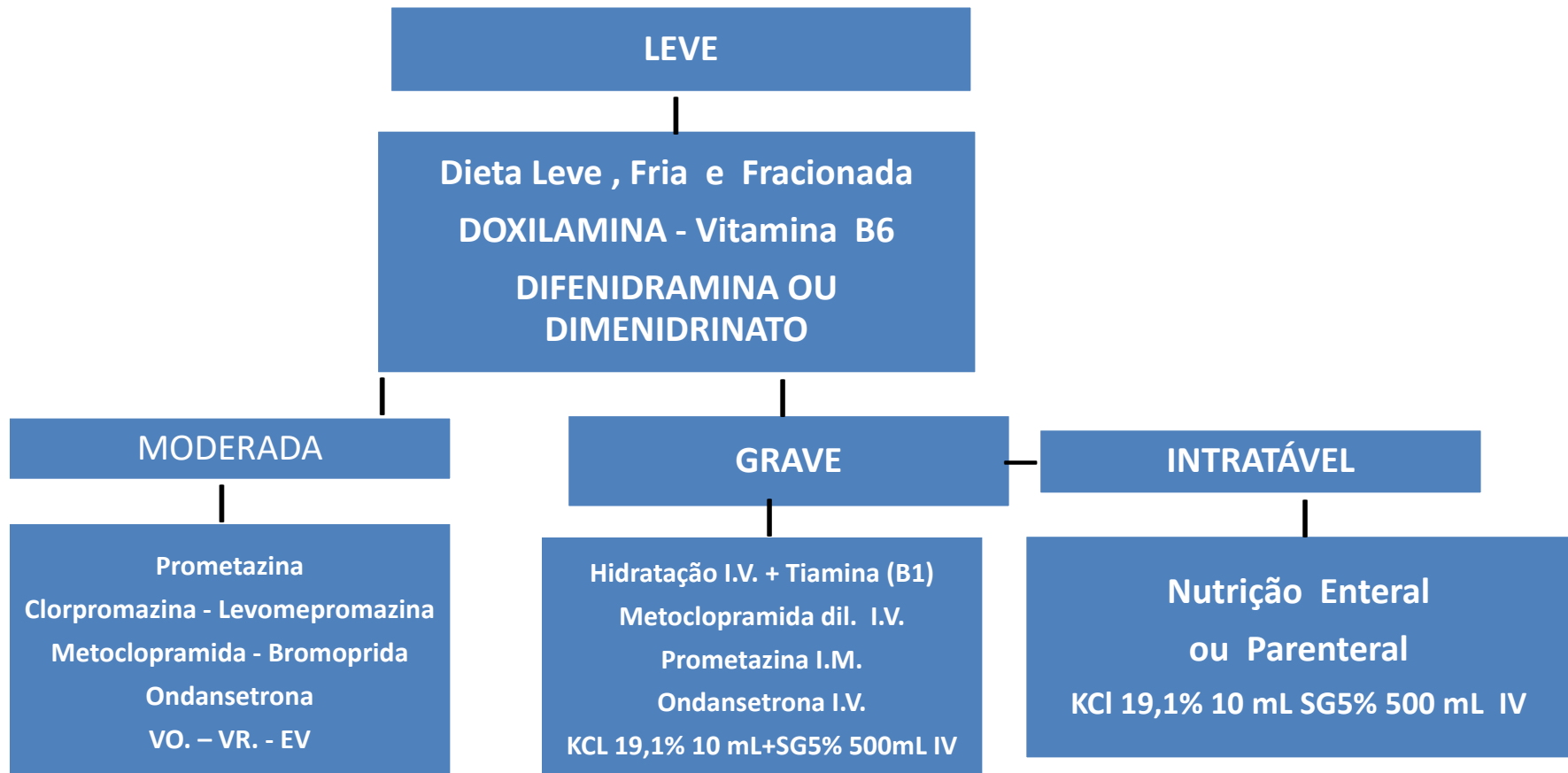
Características clínicas das Doenças Hepáticas específicas da gestação:

Doenças	Trimestres	Laboratório AST - ALT UI/L	Laboratório Outros Achados	Diagnóstico Diferencial	Achados Clínicos Prognóstico
Hiperêmese Gravídica	1° trim. e Início do 2°.	Normal Leve ↑ Até máx. 300 ↓ potássio ser.	Bilirrubinas Normais VG ↑	GECA, Hepatite, Colecistite, Úlcera Péptica, Pancreatite, Apendicite, Cetoacidose DM Toxicidade a Droga	Náusea e Vômitos Graves Mortalidade Fetal e Materna raras Repete gest. Futura
Síndrome HELLP – PE	Final do 2°, 3° trimestre e Pós-Parto Incide < 1% das gestações	AST > 70 e ↑ acentuado se Infartos Hepat.	Plaquetas <100.000 LDH > 600 Hemólise	Fígado gorduroso Ag GECA, Hepatites, Apendicite, SHUA, Púrpura TT, LES desc Colelitíase	Dor Epig.+QSD+ ↑PA Mortalidade M. Bx. Complicações ↑ Tx Mortal. Fetal 35% Recorre em 5 a 27%. Multíparas (1/2casos) Resolução = “Parto”
Colestase Intra-Hepática da Gravidez	2° e 3° trimestres	Normais ou < 200	Bilirrubinas elevadas 1 a 5 mg/dL	Colelitíase, hepatite viral, cirrose biliar 1ª Toxicidade a drogas, ITU, Seps por ITU e piora da Colestase	Prurido, icterícia, sem morte materna, natimorto 2%, TPP, Recorre 60 -70 % em gestações futuras. Ác. Ursodesoxicólico

Doenças	Trimestre	Laboratório AST - ALT UI/L	Laboratório Outros Achados	Diagnóstico Diferencial	Achados Clínicos / Prognóstico
Fígado Gorduroso Agudo da Gestação	3º trimestre Incidência: de 1/7.000 a 1/20.000 Nascimentos	200 a 800	TAP RNI ↑ Bilirrubinas ↑ Creatinina ↑ Glicose ↓ VG↑ Hemólise Plaquetas ↓ (coagulopatia)	HELLP, toxicidade a Drogas, Hepatite Viral fulminante	Náusea, vômitos, Dor Abdom., Indisposição, Magras IMC<20 (20%) Gemelar, Hipertensão e PE, Insuf. Renal, Mortalidade M-F Bx. se há estabilização e “PARTO” imediatos
Hepatites Virais	Variável	> 2.000	Bilirrubinas↑ 5 a 20 mg/dL VG ↑ TAP ↑ Creatinina nl. s/ hemólise ↓ Plaquetas	GECA, Colecistite, Úlcera Péptica, Pancreatite, Apendicite, Toxicidade droga Cetoacidose DM	Icterícia, indisposição Náusea , Vômitos Morte Materna e Fetal raras. Transmissão Vertical ↑parto. HBV + CV↑ Tenofovir ↓ TV Imunog. + Vacina HB RN = 1ªs 12 hs

Hiperêmese Gravídica:

Tratamento Ambulatorial e Hospitalar



Fígado Gorduroso Agudo da Gestação (AFLP)

“Hipertensão” ocorre no AFLP em 30 a 70% dos casos.

AFLP e HELLP coexistem (½ AFLP têm critérios Swansea p/HELLP)

Evolução rápida: Insuficiência Hepática a Encefalopatia e Morte M.

*TAP e KPTT com RNIs ↑ (alargados) no AFLP

*Hipoglicemia severa e Creatinina muito elevada no AFLP

Vigilância Fetal (parto). Não biopsiar o Fígado pelo ↑ riscos.

Estabilização e PARTO (resolverão AFLP). Vaga de UTI puerpério.

CST ↑ riscos = coagulopatia grave e 7 dias para retorno da função.

Transfusões: Hemáceas, Plasma fresco cong. Crioprec. + Plaquetas

HELLP

Conduta:

Repouso DLE

Proteção bucal + O₂

Ex. Laboratoriais

Vitalidade Fetal

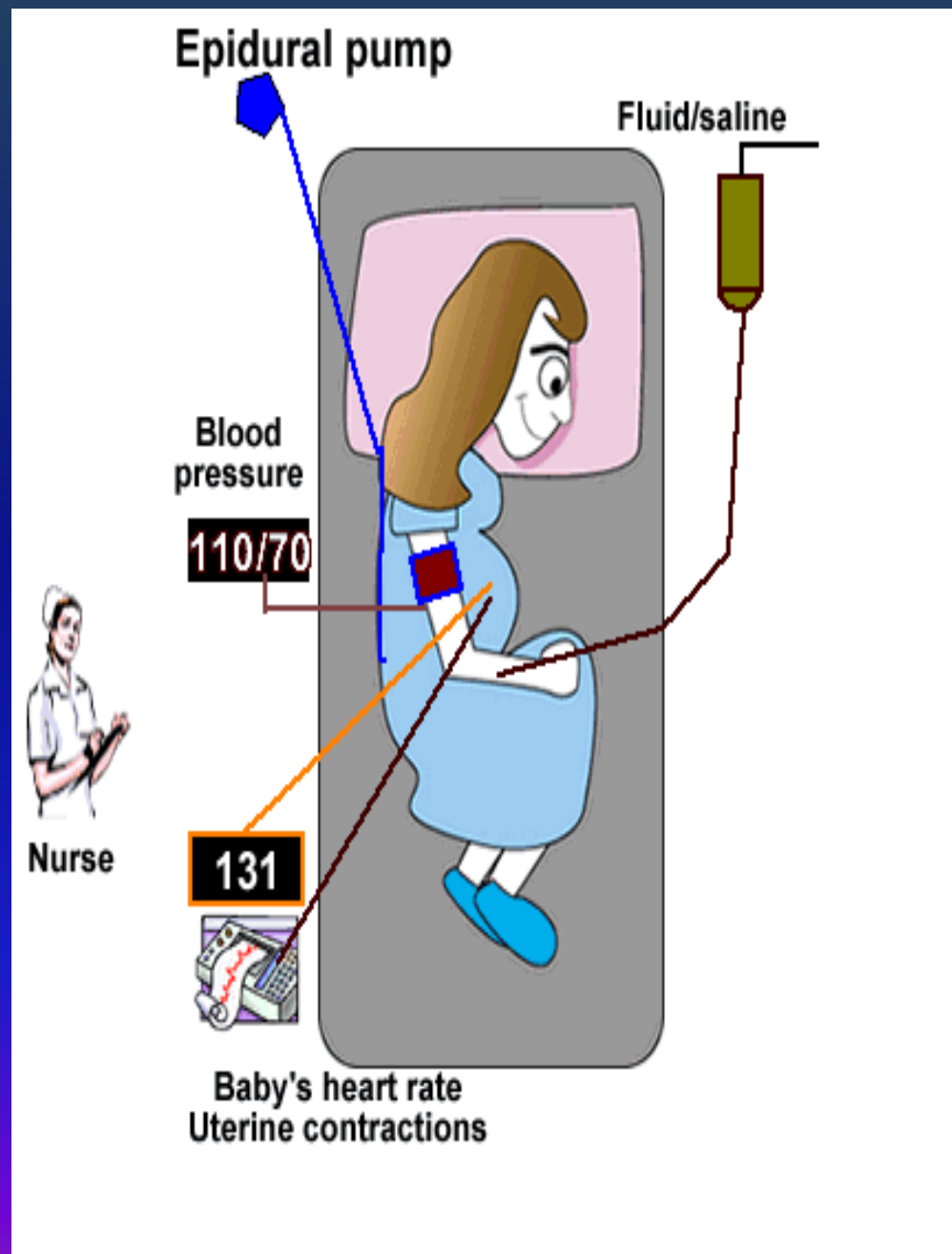
Sulfato de Magnésio

Anti-Hipertensivos

Hemocomponentes

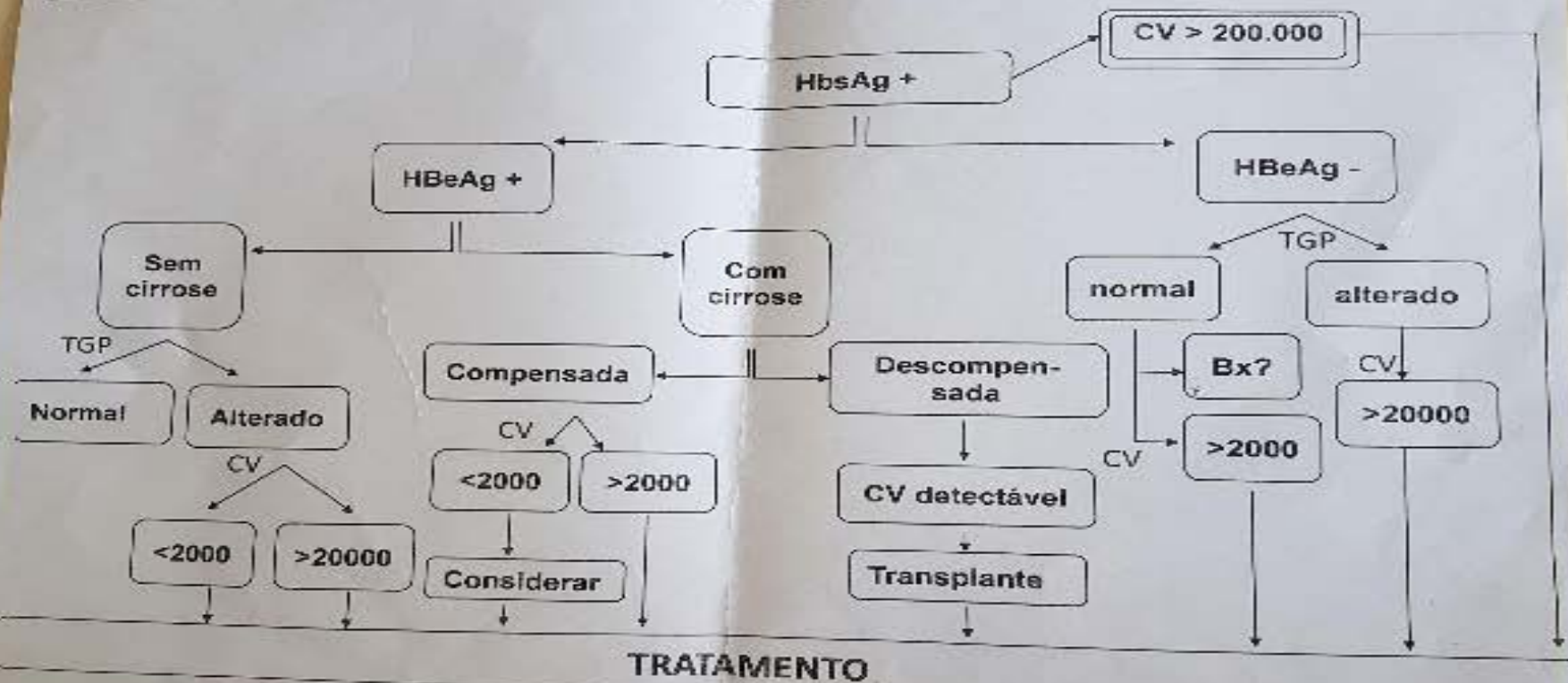
Estabilização

Interrupção



HEPATITES VIRAIS E GESTAÇÃO

HEPATITE B EM GESTANTES





Muito Obrigado pela Atenção!
email: narsobieray@gmail.com





- **EPIDEMIOLGY**

- Acute fatty liver of pregnancy is rare, with an approximate incidence of 1 in 7000 to 1 in 20,000 deliveries [[4-8](#)]. It is more common with multiple gestations and possibly in women who are underweight.

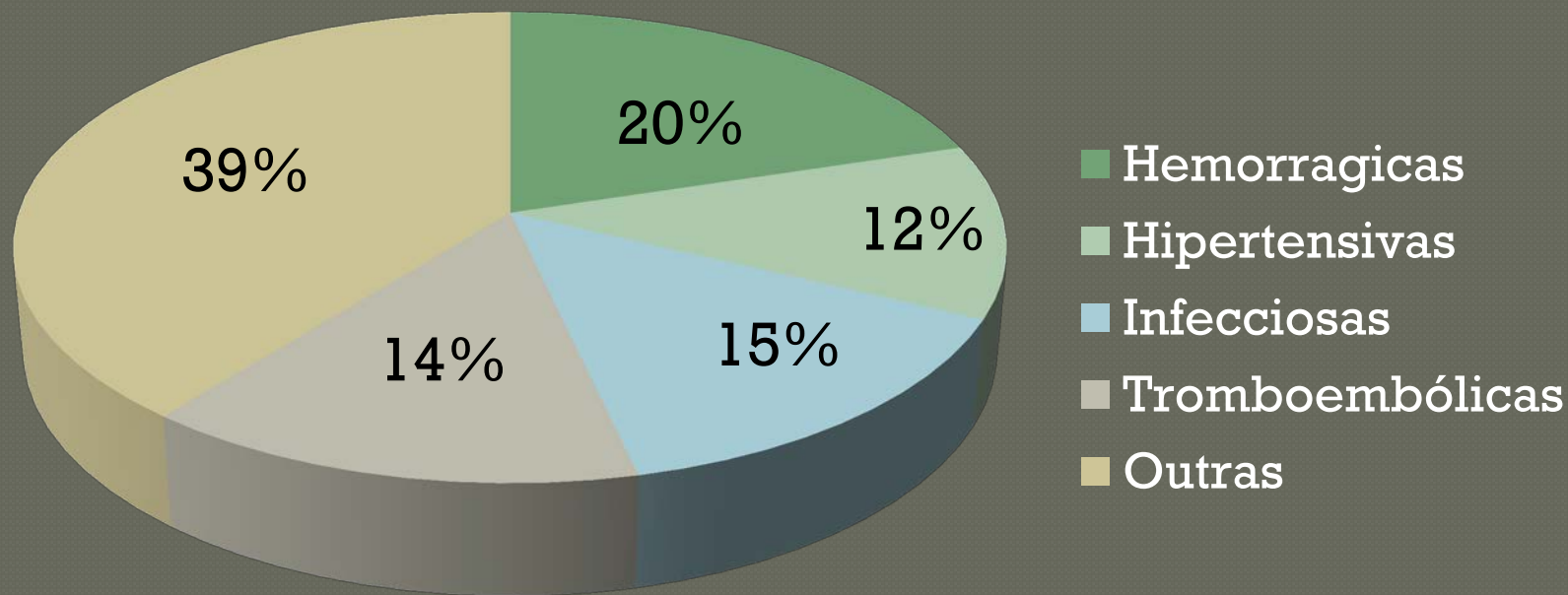
Acute fatty liver of pregnancy: characterized by microvesicular fatty infiltration of hepatocytes, is a disorder which is unique to human pregnancy. It was described in 1940 and was initially thought to be universally fatal. However, early diagnosis and prompt delivery have dramatically improved the prognosis, and maternal mortality should now be the exception rather than the rule.

Authors: [Richard H Lee, MD](#) [Tram T Tran, MD](#)
UpToDate 2018

Clinical characteristics of liver diseases in pregnancy

Disease	Trimester	Laboratory studies		Differential diagnosis	Prognosis
	1 2 3 PP	Aminotransferase levels (int. unit/L)	Other findings		
Hyperemesis gravidarum		Mean ALT: 45 may be normal or >500	Bilirubin usually normal	Gastroenteritis, cholecystitis, hepatitis, peptic ulcer disease, pancreatitis, appendicitis, diabetic ketoacidosis, hyperthyroidism, drug toxicity	No maternal or fetal mortality; may recur with subsequent pregnancies
HELLP syndrome		AST >70, marked elevations in the setting of hepatic infarction	Platelets <100,000/mm ³ LDH >600 int. units/L	Acute fatty liver of pregnancy, gastroenteritis, hepatitis, appendicitis, cholelithiasis, immune thrombocytopenia, hemolytic uremic syndrome	Maternal mortality is low, but complication rates are high; fetal mortality may be as high as 35%; recurs in 3 to 27% of subsequent pregnancies
Intrahepatic cholestasis of pregnancy		ALT/AST are usually <500; occasionally they are >1000	Bile acid concentration elevated	Cholelithiasis, viral hepatitis, primary biliary cirrhosis, drug hepatotoxicity, urinary tract infection. Urinary tract infection or other sepsis may either cause or worsen cholestasis.	No maternal mortality; associated with premature delivery and stillbirth (fetal mortality 1 to 2%); recurs in 60 to 70% of subsequent pregnancies
Acute fatty liver of pregnancy		Modest elevations, up to 500 int. unit/L	Elevated WBC count Elevated INR Decreased platelets Decreased glucose Elevated uric acid	HELLP syndrome, drug toxicity, fulminant viral hepatitis	Maternal and fetal mortality is low if prompt stabilization and delivery; recurrence may be seen in subsequent pregnancies

Óbitos Maternos Curitiba 2007 a 2016



84 Óbitos

Fonte: SMS Curitiba – Centro de Eventos Vitais

Model for pathogenesis of preeclampsia

