



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Transplante de Fígado para Situações Especiais

Versão eletrônica atualizada em
2011

Transplante de Fígado para Situações Especiais

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (IHAG)

Condições clínicas agravantes com priorização para transplante segundo o critério do Kings College ou Clichy (Anexo II da Portaria no 1160, de 29 de maio de 2006 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1160re2.htm>);

Exames solicitados na admissão:

- AST,
- ALT,
- fosfatase alcalina,
- bilirrubinas (total e frações),
- albumina,
- tempo de protrombina (INR),
- alfa-feto proteína,
- hemograma,
- creatinina,
- sódio,
- potássio,
- cálcio iônico,
- magnésio,
- fósforo,
- glicemia,
- gasimetria venosa,
- sorologias para Sífilis, Chagas, HIV, Citomegalovírus, Fator V e
- tipagem sanguínea.

Exames etiológicos

- Sorologias para: Hepatites A, B e C,

- Cobre sérico; ceruloplasmina; anticorpo anti músculo liso, anti mitocôndria, anticorpo anti microssoma de fígado e rim tipo I, fator anti-núcleo.

Outros agentes infecciosos, exames toxicológicos.

- hcg para mulheres em idade fértil
- Eletrocardiograma e ecodopplercardiograma
- Radiografia de tórax
- Ultrassonografia de abdome com doppler dos vasos hepáticos

Tratamento da Insuficiência Hepática Aguda Grave

O paciente com diagnóstico de IHAG deve, preferencialmente, ser tratado em regime de terapia intensiva (UTI).

Suporte Nutricional:

- Dieta enteral conforme o nível de consciência;
- A via parenteral será utilizada somente na impossibilidade do uso da via enteral;
- Monitorização da glicemia capilar a cada 2 horas.

Encefalopatia Hepática graus III ou IV:

- Intubação orotraqueal e ventilação mecânica;
- Na presença de agitação psicomotora: sedação com propofol ou thionembutal (vide: tratamento da hipertensão intracraniana);
- Monitorização hemodinâmica, com cateter em artéria pulmonar;
- Monitorização invasiva da pressão intra-craniana (PIC), para pacientes com encefalopatia Graus III/ IV.

Tratamento da Hipertensão Intracraniana (HIC):

Objetivos: manter a PIC abaixo de 20 mmHg e a pressão de perfusão cerebral (pressão de perfusão cerebral = pressão arterial média – PIC) acima de 50 mmHg;

Medidas gerais:

- Elevação da cabeceira a pelo menos 30 graus;
- Atenção aos estímulos externos: luz, dor, mobilização do corpo, aspiração orotraqueal;
- Atenção ao balanço hídrico.
- Intoxicação por acetaminofen: n-acetilcisteína, por via endovenosa ou enteral, de preferência iniciada até 8 a 10 horas da ingestão do fármaco e não mais de 72 horas após;

Medidas específicas:

- Hiperventilação, para obter $pCO_2 < 32$ mmHg (efeito transitório);
- Solução de manitol a 20% endovenoso: bolus de 0,5 a 1,0 g/kg de peso em 20 minutos, podendo ser repetido, se necessário, até obter-se osmolaridade plasmática de 310 mosm/l; se ineficaz, principalmente pela presença de Insuficiência renal oligúrica/anúrica, indicar hemofiltração;
- Balanço hídrico negativo, através da administração de furosemida endovenosa; no caso de sua ineficácia, pela presença de insuficiência renal, hemofiltração;
- Soro fisiológico hipertônico, a 30%, para obter nível sanguíneo de sódio entre 145 e 155 mEq/l;
- Hipotermia de 32 a 34°C;
- Sedação com thionembutal:
- Dose de ataque: 3-5 mg/kg de peso;
- Dose de manutenção: 3-5 mg/kg/hora.

Tratamento dos Distúrbios da Coagulação:

Reposição de plaquetas e/ou fatores de coagulação somente devem ser indicados na presença de complicações hemorrágicas, ou previamente de procedimentos invasivos, como instalação de monitor de PIC ou acessos venosos profundos, proteção gástrica para profilaxia de sangramento digestivo alto com inibidor de bomba protônica.

Tratamento das Complicações Infeciosas:

Colher culturas de sangue, urina e secreção traqueal e iniciar terapia antimicrobiana parenteral empírica com uma cefalosporina de terceira geração, vancomicina e fluconazol.

Tratamento Específico:

- Reativação da Hepatite B: lamivudina ou adefovir.
- Esteatose aguda da gravidez e síndrome HELLP: interrupção da gravidez.
- Budd-Chiari agudo: colocação de “shunt” porto-sistêmico intra-hepático (TIPS).
- Hepatite auto-imune: prednisona na dose inicial de 40 a 60 mg/dia.

Suporte Hepático Artificial:

MARS (“molecular adsorbent recirculating system”), indicação conforme os critérios do protocolo institucional.

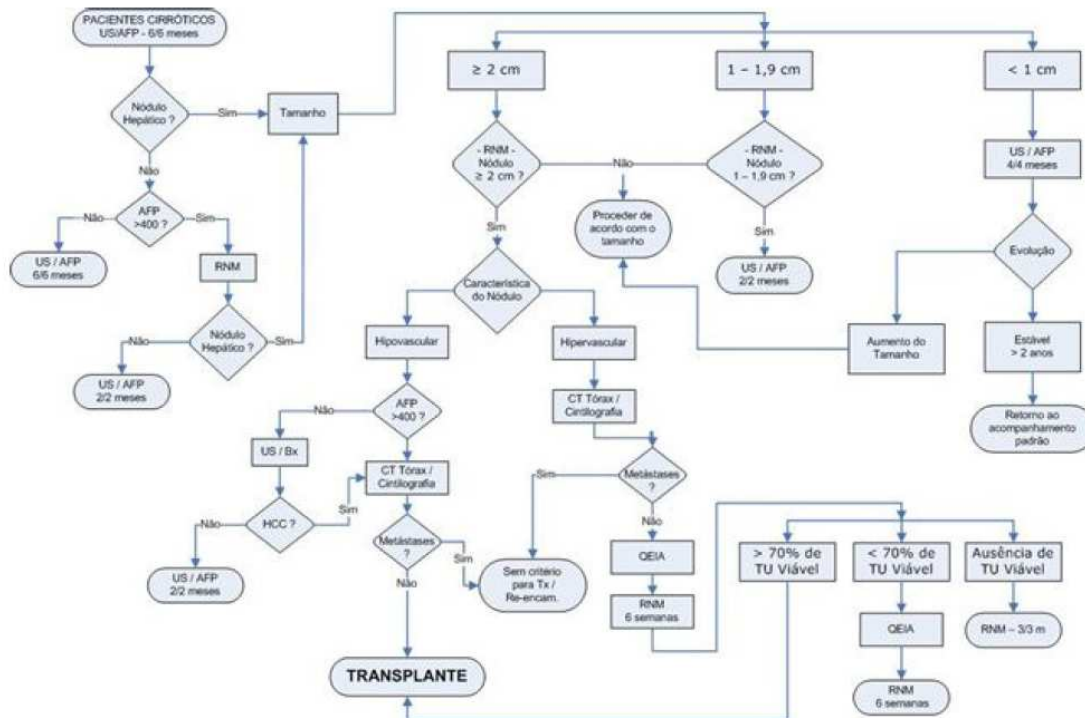
CIRROSE PELO VÍRUS DA HEPATITE B: Cuidados pré, peri e pós transplante para os portadores de Hepatite B seguem o protocolo de Hepatite B do Ministério da Saúde, **Portaria SAS/MS nº 469, de 23 de julho de 2002.** <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-469.htm>

Enxertos Anti-HBs/ Anti-HBc positivos: Serão utilizados exclusivamente em receptores com Anti-HBs positivos que assinaram o termo de consentimento informado. Todos os receptores transplantados com órgãos de doadores Anti-HBc positivo devem receber Lamivudina, na dose de 150 ou 100mg/dia, por tempo indeterminado.

TUMORES HEPÁTICOS: Tumores passíveis de obter situação especial, desde que dentro dos critérios estabelecidos pelo **Anexo II, Portaria no 1160, de 29 de maio de 2006** (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1160re2.htm>) e pela **Nota Técnica, de 11 de outubro de 2007 (Anexo I).**

- Tumor neuroendócrino metastático
- Hepatocarcinoma
- Carcinoma fibrolamelar
- Adenomatose múltipla

Diagnóstico e tratamento de nódulos hepáticos - Fluxograma



Durante o tempo de espera em lista, US será repetida a cada 4 meses para nódulos menores que 1,0cm e a cada 2 meses para nódulos com tamanho entre 1,0 e 1,9 cm. Para nódulos entre 2 e 5cm, RNM de abdômen a cada 3 meses ou conforme orientação no fluxograma.

Inclusão em fila de espera

Para inclusão em fila de espera como situação especial, deverão ser enviados à Câmara Técnica do Fígado, da Secretaria de Estado de Saúde, os seguintes documentos:

- Relatório médico e cópia de laudos de exames radiológicos que caracterizem o hepatocarcinoma ≥ 2 cm, dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona,
- Detalhar todos os tratamentos para o carcinoma hepatocelular realizados previamente à solicitação de inclusão como situação especial;
- Ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes.

Acompanhamento em lista de espera

Durante o acompanhamento em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames:

- Pelo menos um método de imagem (ultrasonografia/tomografia computadorizada/ressonância magnética/arteriografia) demonstrando a permanência dentro dos critérios de Milão, realizado com intervalo máximo de 4 meses.
- Tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

Acompanhamento pós-transplante

- US a cada 6 meses por 2 anos e anualmente após 2 anos
- AFP a cada 3 meses por 2 anos e a cada 6 meses após 2 anos (se alfa feto elevada no pré-transplante).

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE RECEPTORES COM PAF

1. PRÉ-TRANSPLANTE DE FÍGADO

- Exames a serem realizados: ecocardiograma com *doppler*, holter de 24 horas, clearance de creatinina, proteinúria de 24 horas, urocultura, dosagem de albumina sérica;
- Avaliações: nutricional e fisioterápica.

2. NO INTRA E PERI-OPERATÓRIO

- Manutenção de níveis de hemoglobina acima de 10mg/dl;
- Passagem de marca_passo provisório se houver evidência de bloqueio de condução ou bradicardia na avaliação pré_operatória;
- Imunossupressão com prednisona e tacrolimo ou ciclosporina. Evitar uso de micofenolato sódico.

3. PÓS-TRANSPLANTE DE FÍGADO

- Exames que devem ser realizados: ecocardiograma com *doppler* e holter de 24 horas anualmente ou com intervalos menores se exames alterados, proteinúria de 24 horas anual, exame de fundo de olho anual; Avaliações: nutricional e fisioterápica anualmente.

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE RECEPTORES DE ENXERTOS COM PARAMILOIDOSE FAMILIAR (PAF)

- Avaliação clínica com ênfase aos sintomas neurológicos periféricos e autonômicos em toda consulta ambulatorial no pós-transplante;
- Em pacientes sintomáticos (distúrbios neurológicos periféricos): eletroneuromiografia de MMII e endoscopia com biópsia duodenal para confirmação de PAF “de novo”;
- Em pacientes assintomáticos: endoscopia com biópsia gástrica e duodenal anualmente a partir do primeiro ano póstransplante.