

15. TĚHOTENSKÁ CHOLESTATICKÁ HEPATÓZA (INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY - ICP) – DOPORUČENÝ POSTUP

Autor
T. Binder

Oponenti
Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti
ČGPS ČLS JEP

U „čisté“ hepatózy nehrozí těhotné ženě jaterní selhání. Stupeň poškození jater by měl být zohledněn při volbě anestezie při případném operačním porodu ve prospěch epidurální nebo spinální anestezie. Po porodu dochází k rychlému ústupu obtíží a normalizaci laboratorních nálezů.

Perinatální, hlavně však prenatální úmrtnost můžeme kladně ovlivnit důsledným monitorováním stavu plodu „in utero“ a včasným ukončením těhotenství.

Lehké formy ICP

(sérové hodnoty jaterních transamináz nepřesahují 3 μ kat/l, lehce zvýšené hladiny žlučových kyselin, intermitentní pruritus)

Tato forma onemocnění je v ČR nejčastější, většinou se manifestuje a je diagnostikována po 38. gestačním týdnu a nebo náhodně těsně před termínem porodu. Tyto případy nevyžadují léčbu. Těhotenství šetrně směřujeme k porodu. Pokud se lehké příznaky ICP manifestují dříve, zahajujeme léčbu, jejímž cílem je dosažení bezpečné maturity plodu. Těhotnou můžeme ponechat v ambulantní péči. Doporučíme pracovní neschopnost, jaterní šetřící dietu, klidový režim. Podáváme hepatoprotektiva silymarin (Flavobion), esenciální fosfolipidy (Essentiale), polyvitaminové preparáty (Lipovitan), proti svědění cholestyramin nebo antihistaminika. Můžeme podávat malé dávky UDCA (Ursosan) 2x 250 mg p.o. nebo SAME (Transmetil) 2x 500 mg p.o. Laboratoř kontrolujeme v 14denních intervalech s ohledem na symptomy onemocnění.

Nezbytné je komplexní monitorování stavu plodu (skóre modifikovaného biofyzikálního profilu 1x týdně (nonstres test + množství plodové vody), flowmetrie 1x za 14 dnů. Jsou-li příznivé podmínky, provádíme amnioskopii. Zkalení plodové vody nebo nízké skóre biofyzikálního profilu je indikací k ukončení těhotenství. Je-li stav plodu dobrý, ukončení těhotenství termínujeme po 37. gestačním týdnu s ohledem na vývoj onemocnění. Porod indukujeme podle vaginálního nálezu buď klasicky, nebo prostaglandiny. Odezva na podané prostaglandiny bývá velmi dobrá a porod probíhá poměrně rychle a nekomplikovaně.

Středně těžké formy

(sérové hodnoty jaterních transamináz přesahují 3 μ kat/l, výrazně jsou v séru zvýšeny hodnoty žlučových kyselin, středně těžký pruritus)

U těchto případů je hospitalizace nezbytná. Jedná-li se o pacientky v nízkých gestačních týdnech, překládáme je do perinatologického centra na jednotku intenzivní předporodní péče. Jedná-li se o těhotenství starší 36. gestačního týdne, je indikováno ukončení těhotenství. Způsob odvisí od těhotenského nálezu a stavu plodu. Jedná-li se o pre-maturitu, zahajujeme intenzivní terapii. Podáváme ursodeoxycholovou kyselinu (Ursosan, Ursofalk) v dávce 3x 250 mg / 24 hod. per os. S-adenyl-metionin (Transmetil) podáváme denně v dlouhotrvající infuzi v dávce maximálně 2x 500 mg/ 24 hod po 2 týdny a pak, je-li třeba pokračovat v léčbě, přecházíme na perorální formu 2x 500 mg/24 hodin. Transmetil u těžkých případů podáváme vždy v kombinaci s Ursosanem. Monoterapie většinou selhává. Léčebně je možno přidat 10% glukózu (pozor na hypoglykémii novorozence po porodu) ve velmi pomalé infuzi, případně nutramin C.

Laboratorní kontroly opakujeme podle dynamiky vývoje onemocnění, nejméně však 2x týdně. Ve většině případů se daří touto léčbou výrazně snížit hodnoty sérových transamináz i žlučových kyselin a dosáhnout rychle subjektivní úlevy těhotné. Zvýší-li se tímto léčebným postupem i bezpečnost pro samotný plod, není zatím dostatečně doloženo. Výsledky jsou však velmi povzbudivé. V našem souboru 71 středně těžkých a těžkých ICP, které jsme takto léčili, nedošlo k žádnému perinatálnímu úmrtí. Stav plodu monitorujeme pomocí kardiokografu denně, v těžkých případech i vícekrát denně, biofyzikální profil, popřípadě jeho modifikaci (CTG + AFV) je třeba provádět 2x týdně. Ultrazvukové biometrické a flowmetrické kontroly postačí 1x za 2 týdny. Případné známky hrozícího předčasného porodu v žádném případě netlumíme betamimetiky! Symptomy intrauterinního ohrožení plodu jsou samozřejmě indikací k ukončení těhotenství. Takovou indikací je i amnioskopický průkaz zkalené plodové vody.

Není-li dostatečná odezva na léčbu do 2 týdnů a hodnoty transamináz neklesají pod 8 μ kat/l a přetrvávají vysoké hladiny žlučových kyselin, je lépe těhotenství, bez ohledu na maturitu plodu, ukončit. Způsob porodu je volen podle vaginálního nálezu a aktuálního stavu plodu. Porody kontinuálně monitorujeme.

Těžké formy onemocnění

(sérové hladiny transamináz přesahují 10 μ kat/l, sérové hladiny žlučových kyselin jsou extrémně vysoké, úporný pruritus)

Riziko náhlé intrauterinní smrti plodu výrazně stoupá. Proto plod monitorujeme velmi intenzivně. Léčebné schéma se neliší od středně těžkých forem onemocnění. V prvních dnech můžeme zvýšit dávku ursodeoxycholové kyseliny až na 3x 500 mg / 24 hod. Laboratoř kontrolujeme denně, pokud dochází přes intenzivní léčbu k dalšímu zhoršení laboratorních parametrů, těhotenství ukončujeme, často však pro urgentnost stavu per sectionem. Pokud je terapie úspěšná, je doporučeno indukovat porod v 36. – 37. gestačním týdnu, a to i v případech, kdy dosáhneme úplné remise onemocnění. Indukce porodu bývají většinou úspěšné.