

Intrahepatální cholestáza v těhotenství

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce gynekologů a porodníků lůžkových zařízení ČGPS ČLS JEP
výbor ČGPS ČLS JEP

*Revize doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP z roku 2017,
Intrahepatální cholestáza v těhotenství
publikovaného v Čes. Gynek. 2017, 82 (2), s. 168-169.*

*Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 19. 3.
2026. Publikováno on-line dne 13. 5. 2026.*

DEFINICE A DIAGNOSTIKA

Diagnóza intrahepatální cholestázy v těhotenství (Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy, dále ICP) je založena na kombinaci klinického projevu – **pruritu** a biochemického nálezu – **zvýšení koncentrace celkových žlučových kyselin v séru** (Total Bile Acids, dále TBA) u těhotné ženy, při absenci jiného jaterního onemocnění.

U těhotných žen s přetrvávajícím pruritem a normální koncentrací TBA (<20 $\mu\text{mol/l}$) by mělo být zopakováno stanovení hladiny TBA za 1-2 týdny.

Stanovení TBA by mělo být prováděno **postprandiálně** (optimálně 1–2 hodiny po jídle), kdy je zpravidla dosahováno nejvyšších hodnot. V případě záchytu zvýšené hodnoty při odběru na lačno má výsledek stejnou váhu. Rozhodující jsou **maximální dosažené hodnoty TBA**.

Diagnóza ICP je stanovena při hodnotách TBA $\geq 20 \mu\text{mol/l}$. Pro diagnózu ICP je charakteristické přetrvávání zvýšené hodnoty TBA. V případě úplné normalizace hodnoty TBA je možná standardní dispenzární prenatalní péče.

Podle nejvyšší zachycené hodnoty TBA rozlišujeme následující formy ICP:

- **mírnou (20–39 $\mu\text{mol/l}$),**
- **středně těžkou (40–99 $\mu\text{mol/l}$),**
- **těžkou ($\geq 100 \mu\text{mol/l}$).**

Při **atypické formě ICP** (nástup těžké formy onemocnění v I. a II. trimestru, mnohonásobný vzestup jaterních aminotransferáz, elevace bilirubinu, známky jaterního selhání) je nutné vyloučit jiná jaterní onemocnění. Je doporučeno doplnění ultrazvukového vyšetření hepatobiliárního traktu, sérologické vyšetření zaměřené na virové hepatitidy.

Je nutné zajistit adekvátní konzultaci těhotné ženy se stanovením dalšího postupu v perinatologickém centru intenzivní nebo intermediární péče.

Je nutné zajistit adekvátní konzultaci těhotné ženy se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností gastroenterologie a hepatologie.

Diferenciální diagnostika zahrnuje zejména virové hepatitidy, akutní steatózu jater, HELLP syndrom, toxické poškození jater a mateřská autoimunitní onemocnění.

RIZIKA PRO TĚHOTNOU ŽENU A PLOD

Všechny formy ICP:

- narušení spánku a alterace psychického stavu těhotné v souvislosti s pruritem,
- vyšší prevalence preeklampsie a gestačního diabetes mellitus.

Středně těžká forma ICP:

- vyšší prevalence spontánního i iatrogenního předčasného porodu,
- vyšší prevalence syndromu respirační tísně u novorozence s nutností intenzivní péče o novorozence,
- vyšší prevalence mekoniem zkalené plodové vody.

Těžká forma ICP:

- vyšší prevalence nitroděložního úmrtí plodu.

Riziko komplikací může být nepříznivě ovlivněno v případě současného výskytu preeklampsie, gestačního diabetes mellitus nebo u vícečetného těhotenství.

MANAGEMENT

LÉČBA

Ursodeoxycholová kyselina (ursodeoxycholic acid, dále UDCA) v dávce 10–15 mg/kg/den rozdělená do 2-3 dávek.

Léčba UDCA může vést ke snížení rizika předčasného porodu u těhotných žen mezi 34.–36. týdnem těhotenství. Ovlivnění rizika nitroděložního úmrtí plodu nebylo prokázáno.

CAVE: léčba UDCA může přechodně zvyšovat hodnotu TBA v séru.

Antihistaminika, jako doplňková symptomatická léčba pruritu. Výhodou může být sedativní účinek některých antihistaminik.

Změkčující prostředky pokožky (emolienca).

ANTEPARTÁLNÍ PÉČE

U těhotné ženy s diagnózou ICP jsou vhodné pravidelné ambulantní kontroly celkové koncentrace TBA a nasazení terapie.

V případě záchytu středně těžké a těžké formy ICP je doporučena konzultace v perinatologickém centru.

Frekvence kontrol celkové koncentrace TBA je přizpůsobena týdně těhotenství s ohledem na sledování vývoje ICP a časování porodu.

Při záchytu atypické formy by měla být vyloučena jiná jaterní onemocnění.

Antenatální sledování plodu pomocí ultrazvuku a kardiokografie nevede ke zlepšení perinatálních výsledků.

Preventivní hospitalizace nevede ke zlepšení perinatálních výsledků.

ČASOVÁNÍ PORODU

Načasování ukončení těhotenství u těhotných žen s ICP je určováno především hodnotou TBA.

Se zvyšující se hodnotou TBA roste riziko perinatální mortality a morbidity, a proto je nutné časovat ukončení těhotenství podle aktuálně dosaženého stupně závažnosti:

- přetrvávající **mírná forma ICP** – je doporučeno ukončení těhotenství do 40+0 týdne, pokud nejsou přítomny další rizikové faktory,
- přetrvávající **středně těžká forma ICP** – je doporučeno ukončení těhotenství do 38+0 týdne,
- přetrvávající **těžká forma ICP** – je doporučeno ukončení těhotenství do 36+0 týdne.

V případě výskytu dalších komorbidit (preeklampsie, gestační diabetes mellitus) nebo rizikových faktorů (vícečetné těhotenství, předchozí nitroděložní úmrtí plodu v souvislosti s ICP, perzistující těžký pruritus) postupujeme při načasování ukončení těhotenství individuálně.

ICP není primární indikací k císařskému řezu.

POSTPARTÁLNÍ PÉČE

Podávání UDCA není po porodu doporučeno. Kontrolní stanovení hodnoty TBA a jaterních aminotransferáz by měla být provedeno cestou praktického lékaře za 4-6 týdnů po porodu.

Při přetrvávání zvýšených hodnot TBA je vhodné konzultovat hepatologa.

Ženy by měly být informovány o zvýšeném riziku opakovaného výskytu ICP v dalším těhotenství.

U žen, které prodělaly středně těžkou/těžkou formu ICP, je vhodné doporučit dlouhodobé sledování cestou praktického lékaře nebo internisty nebo hepatologa z důvodu zvýšeného rizika pozdějších onemocnění hepatobiliárního systému.