Klinische und pathobiochemische Befunde beim HELLP-Syndrom

W.		Loos
R.		Von Hugo

Frauenklinik der TU München (Dir.: Prof. Dr. H. Graeff)

Dr.W. Loos, Frauenklinik der TU München, Ismaninger Straße 22, D-8000 München 80

Das HELLP-Syndrom ist eine ungewöhnlich schwere Verlaufsform der Präeklampsie, die mit einem akuten hämolytischen Syndrom einhergeht und eine lebensbedrohliche Erkrankung darstellt. Weinstein beschrieb diesen Verlauf erstmals 1982 als HELLP-Syndrom [3]: Hämolyse (H), erhöhte Leberenzyme (EL) und eine Thrombozytopenie (low platelet count – LP) charakterisieren dieses Syndrom. Andere immunhämolytische Anämien sind durch den Coombs-Test und Tests auf anti-erythrozytäre Antikörper abzugrenzen. An unserer Klinik wurden bisher 6 Patientinnen (Alter 23–34 J.) mit einem HELLP-Syndrom im Gestationsalter von SSW 28–38 behandelt. Das wichtigste subjektive Symptom war der plötzlich auftretende heftige Schmerz im rechten Oberbauch. Die typischen Zeichen des HELLP-Syndroms waren bei allen Patientinnen nachweisbar. Als Folge der mikroangiopathischen Hämolyse wurden im Blutaussstrich Fragmentozyten (Schistozyten) gefunden. Eine Patientin hatte eine bereits makroskopisch erkennbare Hämoglobinämie und -urie. Indirekte Zeichen der Hämolyse waren eine Erhöhung der LDH auf durchschnittlich 811 U/l und des Bilirubin im Mittel auf 2,6 mg%. Die Transaminasen GOT und GPT waren deutlich erhöht, im Mittel auf 161 U/l und 131 U/l. Die Thrombozytenzählung ergab einen durchschnittlichen Wert von 56.000 / μ l. Das Antithrombin III war, wie es bei der Präeklampsie häufig beobachtet wird, deutlich erniedrigt mit einem Mittelwert von 45%. Ansonsten konnten in Übereinstimmung mit der Literatur [1] keine typischen Zeichen einer Verbrauchskoagulopathie festgestellt werden. Insbesondere die mit dem D-Dimer-Test nachgewiesenen Fibrinabbauprodukte waren mit einem Mittelwert von 4756 ng/ml nicht typisch für eine Verbrauchskoagulopathie [2].

Alle Patientinnen wurden rasch, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bzw. Diagnosestellung durch Kaiserschnitt entbunden. Bei zwei Patientinnen war eine Revisionslaparatomie mit Hysterektomie als Folge einer thrombozytopenischen Nachblutung und Infektion erforderlich. Ein Bauchdeckenhämatom wurde konservativ behandelt. Das Fetal Outcome bei 5 Neugeborenen war abgesehen von einer Retardierung bei 4 Kindern gut und der weitere Verlauf unauffällig. Ein massiv retardierter Fetus (SSW 28: 600 g) verstarb noch intrauterin.

Literatur

1 Beller, F. K., W. R. Dame, Ch. Ebert: Pregnancy Induced Hypertension Complicated by Thrombocytopenia, Haemolysis and Elevated Liver Enzymes (HELLP) Syndrome. Renal Biopsies and Outcome. Aust NZ J Obstet Gynaecol 25, 83–86 (1985)

Freie Vorträge

Franke, M., R. Hafter, R. von Hugo, M. Röbl, H. Graeff: Ein Test zum Nachweis von Fibrin in Plasma. Geburtsh. u. Frauenheilk. 46, 105–109 (1986)

Weinstein, L.: Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 142, 159–167 (1982)

Gynäk. Rdsch. 27: suppl. 2, pp. 334–336 (1987)

Das HELLP-Syndrom – Diagnostik und Therapie

F. Wisesner, W. Jäger, U. Bauer

Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Prof. Dr. N. Lang)

Im Verlauf des Jahres 1986 wurden an der UFK Erlangen 1947 Frauen entbunden. Bei 46 dieser Patientinnen entwickelte sich im Verlauf der Schwangerschaft eine mono- oder polysymptomatische Gestose.

Das HELLP-Syndrom, das infolge unklarer Ätiologie dem Symptomenkreis der Gestose zugeordnet wird, ist in seinem Erscheinungsbild (H = Hemolysis, EL = elevated liver enzymes, LP = low platelet counts) nur selten diagnostiziert, da bis auf die Hämoglobin-Bestimmung keine weiteren Symptome der Erkrankung im Verlauf der Schwangerschaftsvorsorge untersucht werden.

Bei zwei Patientinnen konnten wir im Verlauf des Jahres 1986 ein HELLP-Syndrom diagnostizieren und anhand des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs einer dieser Patientinnen sollen die hinweisende klinische Symptomatik sowie der Verlauf der Laborparameter vorgestellt werden.

Fallbeschreibung: Patientin S. B., 25 jährige Erstgravida, 39. SSW. Aus dem Mutterpaß war zu ersehen, daß die Blutdruckwerte während der Schwangerschaft normoton gewesen waren, im letzten Trimenon hatten sich mittelgradig Ödeme entwickelt, die Eiweißausscheidung mit der Stix-Methode war erstmals in der 35. SSW einfach positiv gewesen. Frau B. stellte sich in der Klinik wegen beginnender Wehentätigkeit und zunehmender Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens vor, außerdem berichtete sie über Übelkeit und Erbrechen während der letzten Tage vor der stationären Aufnahme.

Aufnahmestatus: Ikterische Patientin mit schwach ausgeprägten prätibialen Ödemen

Blutdruck 135/85 mm Hg. Bei der klinischen Untersuchung fand sich ein druckschmerzhaftes Abdomen

die Reflexe waren seitengleich gut auslösbar

die Reflexzonen waren nicht