Plasmaaustausch bei Präeklampsie. Postpartale Anwendung bei persistierender schwerer Präeklampsie/Eklampsie mit HELLP-Syndrom

J.N.	James N.	Martin, Jr
J.C.	Joe C.	Files
P.G.	Pamela G.	Blake
P.H.	Patricia H.	Norman
R.	Rick.W.	Martin
L.	Wayne	Hess
J.C.	John C.	Morrison
W.L.	Winfred L.	Wiser

Division of **Maternal-Fetal** Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology and the Departments of Anesthesia and Medicine (Hematology), University of Mississippi Medical Center

Seit Jahrzehnten ist eine seltene Form der schweren Präeklampsie/Eklampsie mit Hämolyse und Blutgerinnungsstörungen bekannt. 1982 wurde dieses Syndrom von Weinstein als HELLP-Syndrom («hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets») zusammengefasst. Dieses mit einer sehr hohen maternalen und perinatalen Mortalität und Morbidität verbundene Geschehen erfordert bei Erkennen eine intensivtherapeutische Betreuung mit sofortiger Beendigung der Schwangerschaft. Meistens kommt es nach der Entbindung innerhalb von 72 h zur deutlichen Besserung des bedrohlichen Zustandsbildes und der Laborparameter der Patientin. Die klinische Betreuung der wenigen Patientinnen, bei denen die Symptome bestehenbleiben oder durch ein Multiorganversagen kompliziert werden, stellt ein sehr grosses Problem dar.

Am Mississippi Medical Center wurden seit 1981 107 schwangere Patientinnen mit HELLP-Syndrom behandelt. 7 dieser Frauen (6,5%) zeigten nach mehr als 72 h post partum eine persistierende schwere Präeklampsie/Eklampsie mit Thrombozytopenie $\leq 30000/\text{mm}^3$, mikroangiopathischer hämolytischer Anämie oder Zeichen einer inneren oder äusseren Blutung und/oder zunehmendes Multiorganversagen. Bei diesen Patientinnen wurden ein Plasmaaustausch unter intensivmedizinischen Bedingungen durchgeführt. Während 90-120 min wurde ein kontinuierlicher Plasmaaustausch mit etwa 3 l tiefgefrorenen Plasmas mit einer mobilen IBM-Zellsortereinheit Modell 2997 durchgeführt. Bei 2 Patientinnen kam es nach einmaliger Plasmapherese zum kontinuierlichen Anstieg der Thrombozytenzahl und Absinken der massiv erhöhten LDH-Konzentration unter 1000 IE/l innerhalb von 48 h. Dreimal musste die Plasmapherese im Abstand von 24 h wiederholt werden, bei 2 Frauen war nach 48 h ein dritter Plasmaaustausch nötig. Alle 7 Patientinnen tolerierten den Plasmaaustausch ohne Nebenwirkungen sehr gut; dieser wurde allerdings von einem sehr erfahrenen Team unter intensivmedizinischen Bedingungen durchgeführt. Innerhalb von 24 h nach der letzten

Plasmapherese kam es jeweils zum Anstieg der Thrombozyten und einer Normalisierung aller Laborwerte, alle 7 Frauen konnten geheilt nach Hause entlassen werden.

Der genaue Wirkmechanismus des Plasmaaustausches ist nicht geklärt. Diskutiert werden die Entfernung oder Substitution spezifischer Plasmafaktoren, die eine direkte

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

45

Wirkung auf das Gefäßendothel und die Thrombozyten haben. Möglicherweise werden auch unspezifische Mediatoren der Entzündungsvorgänge und Lymphokine entfernt und dadurch systematisch der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.

Für die Praxis: keinerlei Bedeutung.

Für die Klinik: Diese wahrscheinlich lebensrettende Therapieform des persistieren-den HELLP-Syndroms wird Spezialkliniken mit Erfahrung im Plasmaaustausch vorbe-halten bleiben.

S. Schmidl, Wien

Aus: Am J Obstet Gynecol 1990;162:311-316; cit. Gynäkol Rundsch 1991;31:45-46

Das HELLP-Syndrom (Hämolyse, erhöhte Leberenzymparameter und niedrige Thrombozyten):

Viel Lärm um nichts?

The HELLP Syndrome (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets): Much Ado about Nothing?

Baha M. Sibai

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Tennessee,

Memphis, Tenn., USA

Terminologie und diagnostische Kriterien dieses schon vielfach beschriebenen Syn-droms sind vielfältig und verwirrend. Zum Teil liegt es daran, dass verschiedenste Metho-den und Einschlusskriterien für Studien und Fallbeschreibungen gewählt wurden. Der Autor dieser Arbeit verglich viele international renommierte Arbeiten und Studien und zeigte, dass es keinen Konsens gibt über die labordiagnostischen Kriterien der Hämolyse und auch nicht darüber, welche Leberfunktionsparameter zur Diagnosestellung des HELLP-Syndroms herangezogen werden sollen. Selbst Weinstein gab 1982 in seiner Arbeit, die das HELLP-Syndrom erstmals definierte, keinerlei Grenzwerte für die Trans-aminasen und Bilirubin an, auch erwähnte er nicht die Bedeutung der Laktatdehydroge-nase als wichtiges Kriterium.

Unterschiedlich wird auch der Stellenwert der Hämolyse als auslösender pathophy-siologischer Mechanismus des HELLP-Syndroms diskutiert, der dann durch periphere intravasale Thrombosen zur Leberzellnekrose oder intrahepatalen Hämatomen führt. Nicht einmal der mögliche Zusammenhang mit Präeklampsie/Eklampsie ist völlig ge-klärt. So ist eine kausale Erklärung dieses meist so dramatisch verlaufenden Syndroms nicht möglich.

Übereinstimmung fand sich beim klinischen Krankheitsbild: Das Schwangerschafts-alter ist meist geringer als 36 Wochen, die Patientinnen klagen häufig über Schmerzen im rechten Oberbauch und geben Übelkeit, Erbrechen und unspezifische, einem viralen Plasma Exchange for Preeclampsia. Postpartum Use for Persistently Severe Preeclampsia-Eclampsia with HELLP Syndrome