Das HELLP-Syndrom – eine Indikation zur Sectio caesarea

D.		Spitzer
H.		Steiner
O.		Heiß
A.		Staudach

Landesfrauenklinik Salzburg (Vorst.: Doz. Dr. A. Staudach)

Dr. D. Spitzer, Landesfrauenklinik, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Das HELLP-Syndrom stellt ein akutes geburtshilfliches Problem mit hoher mütterlicher (3%) und kindlicher Mortalität (25%) und Morbidität dar [1]. Der rechtzeitigen Diagnosestellung und raschen therapeutischen Entscheidung kommt daher besondere Bedeutung zu. Ein kurzes zeitliches Intervall zwischen Diagnosestellung und Entbindung kann die Komplikationsrate deutlich reduzieren [2]. Seit 1988 haben wir ein einheitliches Management bei klinischem Verdacht auf HELLP-Syndrom (Oberbauchschmerzen mit und ohne Gestosesymptomatik) eingeführt. Dies umfaßt ein Laborscreening (SGOT, LDH, Thrombozyten, Bilirubin, Gerinnungsstatus) und eine Oberbauchsonographie [3]. Der nicht kalkulierbare Krankheitsverlauf in Zusammenhang mit der hohen Komplikationsrate ergibt in der Literatur eine Sectiorate von 70-80% [1, 4, 5]. Da bisher kein prognostischer Parameter für den Verlauf eines HELLP-Syndroms bekannt ist, wird bei gesicherter Diagnose und unreifer Cervix auch von uns die Schwangerschaft mittels Sectio caesarea beendet.

Ergebnisse

Zwischen 1988 und 1991 wurden 21 Schwangere mit HELLP-Syndrom behandelt. Das mittlere Gestationsalter beim Partus betrug 35,5 Wochen (31-41 Wochen). In 19 Fällen (90,5 %) wurde eine Sectio durchgeführt und nur in 2 Fällen (9,5 %) eine Spontangeburt. Das mittlere Intervall zwischen Diagnose und Sectio betrug 6 Stunden. Das Intervall bei den beiden Spontangeburt betrug 6,5 Stunden.

Tabelle 1. Sectiorate bei HELLP-Syndrom, n = 21 (1988-1991)

SSW/Partus

MW 35,5 (31-41)

Sectio 19 90,5

Vaginal 2 9,5

Intervall-Sectio (Std.) MW 6 Std. 74 % (< 6 Std.) 53 % (< 3 Std.)

-Vaginal (Std.)MW 6,5 Std.

15 6

mittlere pH 7,24

NA-pH > 7,20 < 7,20

In nahezu 80% waren Oberbauchschmerzen der klinische Einstieg zur Diagnostik. In 71,4% bestand einer Hypertonie, in 62% Nausea und/oder Erbrechen, in 57 % epigastrische Schmerzen, in 52 % Proteinurie und in 38 % Oedeme.

Keine Mutter ist an den Komplikationen der Erkrankung gestorben. 81 % der Sectiones verliefen komplikationslos. In der Anfangsphase, als die Drainage des Operationsgebietes noch unzureichend war, kam es zweimal (9,5 %) zu Nachblutungen bzw. Hämatomen, die revidiert werden mußten. Als weitere Komplikation trat eine Bronchopneumonie und ein eklamptischer Anfall mit kleiner Netzhautblutung auf. Infektionen (1 Sepsis, 2 Pneumonien) stellen die häufigsten kindlichen Komplikationen dar. Daneben fanden wir ein RDS, eine Glaskörperblutung und ein Mekoniumpropfsyndrom. Die kindliche Mortalität betrug 9,5 %.

Diskussion

Frühzeitige Diagnose und rasche Geburtsbeendigung durch Sectio führen zu einer deutlichen Reduktion der mütterlichen und peri-natalen Mortalität. Diese betrug bei Rath u. Mitarb. nur 6,7 %, wobei ein Großteil der Kinder bereits präpartal abgestorben war. Auch in unserem Kollektiv liegt bei einem kurzen Intervall bis zur Sectio (ca. 6 Stunden) die perinatale Mortalität bei 9,5 % (2/21). Dabei verstarb ein Kind an einem präexistenten Hydrops fetalis universalis, das zweite wurde mit hochpathologischem CTG zugewiesen, wobei die HELLP-Symptomatik retrospektiv bereits 24 Stunden vorher begonnen hatte. Auch die mütterliche Morbidität kann bei Beachtung einiger Grundregeln (ausreichende Drainage; keine Heparin und AT III Applikation präoperativ) weitgehend verhindert werden [6].

Zusammenfassung

Unsere eigenen Erfahrungen und die Ergebnisse anderer Untersuchungen veranlassen uns zu folgendem Vorgehen:

Laborscreening bei allen Schwangeren mit Oberbauchschmerzen (± Gestosesymptomatik).

Frühzeitige Diagnosesicherung und kurzes Intervall bis zur Geburt.

Sectio caesarea bei nicht absehbarer Spontangeburt (unreifer Cervix) (Tab. 1).

Intensive postoperative Überwachung in Zusammenarbeit mit Anästhesisten und Internisten.

Literatur

1 Rath W, Loos W, Kuhn W, Graeff H: Die Bedeutung der frühzeitigen Labordiagnostik für das geburtshilfliche Vorgehen bei schweren Gestosen und HELLP-Syndrom. Geburtsh u Frauenheilk 1988; 48: 17-133.

2 Rath W, Loos W: Das HELLP-Syndrom. Gy- 4näkologe 1991; 23: 29-32.

Spitzer D, Steiner H, Haidbauer R, Laßmann R, Staudach A: HELLP-Syndrom – Dokumentation, Diagnostik, Therapie, fetal outcome – eigene Erfahrungen. Der Frauenarzt 1990; 31, 7: 637-644.

Weinstein L: Preeclampsia/Eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia. Obstet Gynecol 1985; 66: 657-660.

Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A, Amon E, Mabie BC, Ryan GG: Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 501-509. Rath W, Wieding JU, Kuhn W: Neue Erkenntnisse über hämostaseologische Veränderungen bei Gestose und HELLP-Syndromen für die klinische Praxis. Geburtsh u Frauenheilk 1991; 51: 741-746.

Spitzer/Steiner/Heiß/Staudach

Das HELLP-Syndrom – eine Indikation zur Sectio caesarea