HELLP-Syndrom

W.		Nikischin
A.		Conradt
H.		Schroder

Aus: Geburtshilfe Perinatol 1991;195:16-20; cit. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1993;33:218

Klinische Verläufe bei Früh- und Neugeborenen von Müttern mit HELLP-Syndrom

Das HELLP-Syndrom, gekennzeichnet durch Hämolyse, Thrombozytopenie und Leberbeteiligung mit Transaminasenanstieg, hat nach wie vor eine mütterliche Mortalität bis zu 5 % und eine perinatale Mortalität von 9,5 bis 60%. Es stellt damit eine der schwersten Schwangerschaftskomplikationen dar. Kinder von Müttern mit HELLP-Syndrom weisen typische Symptome, wie Thrombozytopenie, Leukozytopenie und intrauterine Dystrophie, auf. In dieser Studie wurden re-trospektiv die Krankenakten von 36 Früh- und Neugeborenen von Müttern mit HELLP-Syndrom nach folgenden Fragestellungen untersucht: 1. Treten bei Neugeborenen von Müttern mit HELLP-Syndrom ebenfalls gehäuft Thrombozytopenie, Leukozytopenie, LDH, SGOT und SGPT-Anstieg auf? 2. Gibt es Unterschiede im klinischen Verlauf, verglichen mit Kindern von Müttern ohne HELLP-Syndrom, insbesondere bezüglich der Beatmungszeiten und Blutdruckverläufe? 3. Wie hoch ist die perinatale Mortalität? Die Arbeitsgruppe kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Eine Thrombozytopenie ist bei 11 %, eine Leukozytopenie bei 12% der Fälle aufgefallen. 10% der untersuchten Kinder zeigten eine transfusionspflichtige Anämie. Auffällig war die relativ hohe Rate der fetalen Dystrophie (58%). 2. Bei 29% der untersuchten Neugeborenen lagen die Blutdruckwerte zwischen der ein- und zweifachen Standardabweichung oberhalb des Mittelwerts. Die Beatmungszeiten der Frühgeborenen nach HELLP-Syndrom der Mutter waren bei 37% verlängert. Bei den weiteren für Frühgeborene spezifischen Erkrankungen bestanden keine auffälligen Häufungen. 3. Die perinatale Mortalität betrug 8%. Todesfälle sub partu und in der Neonatalperiode sind in diesem Kollektiv nicht aufgetreten. 3 Kinder verstarben intrauterin zwischen der 22. und 30. Schwangerschaftswoche.

Für die Praxis

Der relativ hohe Anteil an fetalen Dystrophien bei Müttern mit HELLP-Syndrom erfordert eine engmaschige Wachstumskontrolle des Feten mittels Ultraschalls.

Für die Klinik

Vergleicht man die Ergebnisse in Bezug auf neonatale Mortalität (0%) mit Ergebnissen von Fibal (17,4%), so könnte die Entbindungsmodalität eine Erklärung dafür sein. Bei Fibal betrug die Entbindungsfrequenz durch Sectio cesarea 63,4%. Bei Nikischin

wurden alle Kinder durch Sectio Caesarea entbunden. R. Ahner, Wien

HELLP-Syndrom

Aus: Z Geburtshilfe Perinatol 1992;196:63-66; cit. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1993;33:218

Th. Nßsselhut, B. Hinney, W. Rath, A. Balwanz, N. Cilien, W. Kuhn
Veränderung der immunologischen Basisparameter Interleukin-2-Rezeptor und CD8-Antigen bei Präeklampsie

Die Ätiologie der Gestose ist trotz zahlreicher Forschungsansätze und Erklärungsmodelle nach wie vor ungeklärt. Aufgrund von theoretischen Annahmen sowie epidemiologischen und pathophysiologischen Beobachtungen wurde eine immunologische Genese dieser Erkrankung diskutiert. Eine intakte Schwangerschaft ist danach nur möglich, wenn das maternale Immunsystem einer inhibitorischen Dominanz unterliegt. Mangelnde immunologische Adaptation führt nach dieser Hypothese je nach Ausprägung entweder zum Abort oder zur Entwicklung einer Gestose. In dieser Studie wurden als Basisparameter für die spezifische Immunreaktion (Aktivierung der T-Lymphozyten) die Serumkonzentrationen von löslichem Interleukin-2-Rezeptor (SI12R) und von löslichem CD-8-Antigen (sCD8) bei 12 Patientinnen mit Präeklampsie, 12 Patientinnen mit HELLP-Syndrom, 11 Patientinnen mit Pfropfgestose mit den Serumkonzentrationen von 22 gesunden schwangeren sowie 10 gesunden nichtschwangeren Probandinnen verglichen. Die physiologisch verlaufende Schwangerschaft war durch eine nichtsignifikante Abnahme der SI12R-Konzentration charakterisiert. Die Präeklampsie und das HELLP-Syndrom führten zu einer deutlichen Erhöhung der SI12R-Konzentration in Abhängigkeit vom Schweregrad. So stieg der Median der Serumkonzentration von SI12R im 3. Trimenon von 370 auf 730 E/ml und von sCD8 von 640 auf 1100 E/ml an. In der Gruppe der Pfropfgestosepatientinnen kam es nur zu einem geringen Anstieg von SI12R (Median 520 E/ml) und zu einer Abnahme von sCD8 (Median 520 E/ml). Nach 6-8 Wochen postpartum normalisierten sich bei Gestosepatientinnen die SI12R-Konzentrationen. Der Median von sCD8 war jedoch bei dieser Patientinnengruppe weiterhin gegenüber der Kontrolle (730 E/ml) mit 1030 E/ml deutlich erhöht. Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, nach welcher den durch T-Zellen vermittelten Immunreaktionen eine pathogenetische Bedeutung bei der Gestose zukommt.

Für die Klinik und Praxis

Um die beiden untersuchten Parameter für die Prognose einer folgenden Schwangerschaft einsetzen zu können, werden vorerst weitere Langzeitstudien nötig sein.

R. Ahner, Wien