HELLP-Syndrom

B.M.

Baha M.

Sibai

Aus: Am J Obstet Gynecol 1990;162:311-316; cit. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1993;33:276

HELLP-Syndrom – Viel Lärm um nichts?

HELLP-Syndrom: Much Ado about Nothing?

Die Frage, inwieweit das HELLP-Syndrom als Krankheit an sich existiert oder sich nur in Schwangerschaftskomplikationen, wie Hämolyse, erhöhte Leberenzymwerte oder Thrombozytopenie, äussert, ist seit langem Gegenstand einer Debatte zwischen Geburtshelfern und Internisten. Üblicherweise manifestiert sich das Syndrom mit Übelkeit, epigastrischen Beschwerden und Erbrechen vor der 36. Schwangerschaftswoche. Bluthochdruck und Proteinurie können fehlen. In Anbetracht der hohen Mortalität und Morbidität wird geraten, bei Schwangeren, die eines der Symptome aufweisen, eine komplette Blutanalyse (Thrombozytenzahl und Leberenzymwerte) durchzuführen, unabhängig von der Höhe des Blutdrucks. Weiter gelten als Diagnosekriterien Hämolyse (abnormer peripherer Smear), erhöhte Bilirubin- ($\geq 1,2$ mg/dl) und Leberenzymwerte (LDH > 600 U/l, SGOT ≥ 70 U/l) sowie reduzierte Thrombozytenzahlen ($> 100000/\text{mm}^3$).

Für die Klinik

Patientinnen mit HELLP-Syndrom, deren Geburtstermin nicht unmittelbar bevorsteht, sollten unverzüglich an ein Tertiärzentrum überwiesen werden. Priorität sollte die Behebung der Gerinnungsstörungen der Mutter haben. Erst danach sollte sich die Aufmerksamkeit auf den Fetus konzentrieren. Wenn immer möglich, sollte entbunden werden, denn in vielen Fällen kann es während des weiteren Verlaufs der Schwangerschaft bei konservativer Behandlung zu Komplikationen (vorzeitige Plazentalösung, Atemnotsyndrom, Wachstumshemmung, intrauteriner Fruchttod) kommen. Das Vorhandensein des HELLP-Syndroms gilt aber nicht als unbedingte Indikation zur Schnittentbindung. Es kann durchaus auch vaginal entbunden werden. Eine Analgetikagabe während der Wehentätigkeit kann mit geringen Dosen von Meperidin (25-50 mg i.v.) umgangen werden. Lokale Anästhetika können bei vaginalen Entbindungen durchaus verwendet werden. Eine Epiduralanästhesie soll wegen des hohen Risikos von lokalen Blutungen vermieden werden. Eine Sectio caesarea sollte unter Vollnarkose durchgeführt werden.

Bei Patientinnen mit Schulterschmerzen und Schock oder massivem Aszites sollte eine Lebersonographie durchgeführt werden, um ein subkapsuläres Hämatom der Leber auszuschliessen. Bei disseminierter intravasaler Gerinnung kann die Verabreichung von frisch gefrorenem Plasma die Gerinnungsstörung korrigieren. Falls die Thrombozytenzahl vor oder nach der Geburt auf Werte $< 20000/\text{mm}^3$ absinkt, sind Thrombozytenkonzentrate angezeigt. In vielen Fällen ist vor der Sectio eine Korrektur der Thrombozytopenie wesentlich. Um das Risiko einer Hämatombildung zu minimieren, wird die Anwendung eines subfaszialen Drains während 24-48 h angeraten. Nach der Entbindung sollten die Patientinnen prinzipiell intensiv überwacht werden, mindestens während der nächsten 48 h.

R. Ahner, Wien

HELLP-Syndrom

Aus: Am J Obstet Gynecol 1991;164:1500-1513; cit. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1993;33:276

James N. Martin Jr., Pamela G. Blake, Die Entstehungsgeschichte des HELLP-Syndroms
Kenneth G. Perry Jr., James F. McCaul, The Natural History of HELLP-Syndrome: Patterns
of Disease Progression and

Kenneth G Perry Jr., James F. M

L. Wayne Hess, Rick W. Martin es ion

In dieser Studie wurden in einem Zeit-raum von 9 Jahren retrospektiv 158 Patientinnen mit HELLP-Syndrom herausgefunden. Einschlusskriterien waren Thrombozytopenie mit einer Konzentration $< 100\,000/\text{mm}^3$, Anstieg der Leberenzymwerte, Hämolysezeichen durch einen Hämatokritabfall. Diese Patientinnen wurden in zwei Gruppen unterteilt: Gruppe 1 mit Thrombozyten $< 50\,000/\text{mm}^3$, Gruppe 2 Thrombozyten $> 50\,000$ bis $< 100\,000/\text{mm}^3$. Die zentrale Aussage der Studie ist die Erkenntnis, dass es sich beim HELLP-Syndrom um einen dynamischen Prozess mit ständig wechselnden Laborparametern handelt. Die Erkrankung erreicht ihren Gipfel in den ersten 24 bis 48 h postpartal (65,6% der Gruppe 1, 69,2% der Gruppe 2). Die Laktatdehydrogenase hingegen steigt am 1. postpartalen Tag stark an ($> 600 \text{ IE/l}$). Alle Patientinnen erreichten spätestens am 6. Tag postpartum wieder Werte von über $100\,000/\text{mm}^3$. Ein eindeutiger Aufwärtstrend der Thrombozytenzahl und ein Abwärtstrend der Laktatdehydrogenasekonzentration bei Patientinnen ohne Komplikationen wird ab dem 4. Tag festgestellt. In dieser retrospektiven Untersuchung konnte eindeutig festgestellt werden, dass 88% aller Patientinnen eine Verschlechterung der Thrombozytenwerte innerhalb weniger Stunden nach der Geburt haben. Die Patientinnen beider Gruppen zeigten einen Abfall der Plättchenanzahl mit einem Anteil von etwa 40% pro Tag.

Für die Klinik

Vergleicht man alle verfügbaren Laborparameter der Leberfunktion, so scheint die Laktatdehydrogenase der beste Indikator für einen dramatischen Verlauf des HELLP-Syndroms zu sein, dies sowohl als Parameter für den Grad der Hämolyse als auch für die Leberdysfunktion.

R. Ahner, Wien