Geburtshilfliches Management beim HELLP-Syndrom

Ch.		Dadak
Ch.		Sam

Univers.-Frauenklinik Wien Abt. f. Gynäkologie und Geburtshilfe (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch)

Dr. Ch. Dadak, Abt. f. Gynäk. u. Geburtsh., Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Der Begriff HELLP-Syndrom wurde erstmals 1982 von Weinstein geprägt. Er bezeichnet ein perakutes Krankheitsgeschehen während der Schwangerschaft (vor allem im 3. Trimenon) mit meist klinischen Zeichen der Präeklampsie und zusätzlich einer Symptomentrias von Hämolyse, erhöhten Leberenzymwerten und niedrigen (Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) Plättchenzahlen. Das Syndrom geht mit einer ausgesprochen hohen mütterlichen und perinatalen Gefährdung einher.

Pathogenese, Pathophysiologie

Man nimmt derzeit an, daß es aufgrund einer Imbalance im physiologischen Gleichgewicht zwischen Prostacyclin 12 und Thromboxan A2 zum Auftreten einer Mikrozirkulationsstörung mit segmentalen Vasospasmen, Endothelläsionen und Fibrinablagerungen in der peripheren Strombahn und im besonderen in der intra-hepatalen Strombahn mit konsekutiver Leberzellzerstörung und eventuellen Nekrosen im Leberparenchym kommt.

Früherkennung

Die pathophysiologischen Erkenntnisse und die hohe Inzidenz seines Auftretens weisen den akuten rechtsseitigen Oberbauchschmerz bei Schwangeren als führendes klinisches Leitsymptom des HELLP-Syndroms aus. Das Verkennen des Zusammenhanges zwischen Oberbauchsymptomatik bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft führt häufig zu Fehldiagnosen die sämtliche Nachbarorgane betreffen können und möglicherweise zu zeitraubenden, die Diagnose verzögernden „interdisziplinären Umwegen“ führt. Die laborchemische Diagnose der erhöhten Leberenzymwerte GOT und GPT, sowie der Thrombozytopenie bereiten üblicherweise keine Probleme. Beachten muß man allerdings die im Einzelfall einer raschen Verminderung unterliegende Thrombozytenzahl, sodaß kurzfristige Kontrollen erforderlich sind. Schwierigkeiten bereitet gelegentlich der Nachweis der Hämolyse, deren Diagnose sich hauptsächlich auf den laborchemischen Nachweis der erhöhten Lactatdehydrogenase (LDH), Bilirubin und Haptoglobin stützt. Im Blutausstrich können phasenmikroskopisch Fragmentozyten nachgewiesen werden.

Geburtshilfliches Vorgehen

Das HELLP-Syndrom kann sich innerhalb weniger Stunden ohne Vorzeichen entwickeln und zu lebensbedrohlichen Situationen für Mutter und Kind führen. Übereinstimmend mit dem Großteil der Literatur hat sich an unserer Klinik ein aktives geburtshilfliches Management bei Patientinnen mit HELLP-Syndrom durchgesetzt. Angesichts des unkalkulierbaren Verlaufes dieser Erkrankung besteht in unserem Therapiekonzept die rasche Entbindung durch Kaiserschnitt im Vordergrund. Engmaschige Laborkontrollen, eine

antihypertensive und antikonvulsive Medikation sollen lediglich den Zeitraum bis zur Entbindung überbrücken und sind nicht als pro-longierende Therapie zu sehen.

Zur Vermeidung von Blutungskomplikationen sollte vom An-legen einer Periduralanästhesie Abstand genommen werden. Bei Einhalten dieses Therapiekonzeptes und Beendigung der Schwangerschaft ab der Diagnosestellung innerhalb von maximal 12 Stunden ist mit einer geringen Zahl von Komplikationen zu rechnen. Unab-dingbare organisatorische Voraussetzung für ein derartiges Vorgehen ist die enge räumliche und personelle Zusammenarbeit mit einer Neonatologie.

An mütterlichen Komplikationen sind vor allem hämorrhagische Komplikationen wie unstillbare Blutungen, AT 111-Mangel und DIG, sowie Hirnblutungen, Leberruptur, Nierenversagen und ek-lamptische Anfälle zu nennen. In der Schwangerschaft gehen Le-berrupturen mit einer exzessiven mütterlichen Mortalität bis zu 80 % einher. Daraus ergibt sich ein noch größerer Vorbehalt gegen-über einer vaginalen Entbindung mit Kristellern und intra-abdominellen Druckschwankungen unter Einwirkung von Wehen. Die intensivmedizinische Betreuung der Patientinnen prä- und postpartal gilt als absolute Voraussetzung zur optimalen Betreuung und Minimierung auch postoperativer Komplikationen. Bei zeitge-rechter Geburtsbeendigung normalisieren sich Thrombozyten-zahlen, Leberfunktionsparameter und Blutdruck rasch. Die perinatale Mortalität konnte in den letzten Jahren auf unge-fähr 10% gesenkt werden.

Zusammenfassung

Bei jeder Schwangeren mit Oberbauchsymptomen mit oder ohne Gestosezeichen muß an ein HELLP-Syndrom gedacht werden.

Zur Früherkennung des HELLP-Syndroms ist bei allen ver-dächtigen Patientinnen ein sofortiges Laborscreening und Blut-bild erforderlich.

Der nicht abschätzbare Verlauf der Erkrankung und die hohe Gefährdung von Mutter und Kind erfordern die umgehende Entbindung – üblicherweise durch Schnittentbindung.

Eine optimale Versorgung von Mutter und Kind ist durch eine enge Kooperation mit Anästhesiologie und Neonatologen zu si-chern.

Literatur

Dadak Ch. Feiks A. Lasnik E: Das HELLP-Syndrom: Eine seltene, bedrohliche Kom-plikation der Präeklampsie. Geburtsh. u. Frauenheilk. (1986): 46: 637.

Loos W. v. Rath W,; Das HELLP-Syndrom -ein „Gestaltwandel“ der Präeklampsie. Geburtsh. u. Frauenheilk. (1992): 52: 581-585. Rath W. Loos W, Kuhn W. Graeff H: Die Be-deutung der frühzeitigen Labordiagnostik für das geburtshilfliche Vorgehen bei schweren

Gestosen und HELLP-Syndrom. Geburtsh. u. Frauenheilk. (1988); 48: 127-133. Weinstein L: Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. (1982): 142: 159-167”