Geburtshilfliches Management bei HELLP-Syndrom aus der Sicht der Hebamme

U.	Ursula	Loidl

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

Ursula Loidl, Landesfrauenklinik, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Das geburtshilfliche Vorgehen nach der Diagnose HELLP-Syndrom soll nach Meinung von medizinischen Spezialisten in Schwerpunkt-Krankenhäusern erfolgen. Nur dort ist eine intensive Zusammenarbeit von Geburtshelfern, Pädiatern, Internisten, Hämatologen und Hebammen gewährleistet, um die Gefahren für Mutter und Kind möglichst gering zu halten [1]. Die Rolle der Hebamme bei diesem akut pathologischen Geschehen, das in der Schwangerschaft, während der Geburt oder im Wochenbett eintreten kann, soll erörtert werden.

Geschichte

Wohl jede erfahrene Hebamme und jede(r) länger im Kreißsaal tätige Frauenärztin(arzt) wird sich an Fälle erinnern, deren komplizierter oder gar katastrophaler Ausgang der Schwangerschaft noch heute ein gewisses „Schaudern“ hervorruft. Sicherlich würden heute einige unter der Diagnose HELLP-Syndrom behandelt werden. Die Hebammen nannten diese Form der SS-Komplikation in der Umgangssprache „Leber-Eklampsie“, deren ungünstige Prognose für Mutter und Kind gefürchtet wurde. Bevor der Begriff HELLP-Syndrom 1982 von L. Weinstein [2] in die medizinische Literatur einging, gab es erste wissenschaftliche Beschreibungen dieses pathologischen SS-Verlaufes aus dem Jahr 1954 von J. A. Pritchard und 1978 von R. C. Goodlin als „Gestose Typ B“. Weinstein hat mit einem didaktischen Kniff die Assoziation zu Help! Hilfe! gewollt und beschreibt zugleich die gefährdete Situation des Feten mit diesem griffigen Ausdruck: H Hemolysis (Hämolyse) E Elevated

L Liver Enzymes (erhöhte Werte der Leberenzyme) L Low P Platelet Count (Thrombozytopenie) Damit ist es Weinstein gelungen Hebammen und Ärzte mit dieser schweren Verlaufsform der Gestose neu zu konfrontieren und sie auf das hohe fetale und maternale Risiko der Erkrankung hinzuweisen. Das Spiegelbild dieser Bewußtseinsprägung ist die Tatsache, daß seitdem das HELLP-Syndrom häufiger und rechtzeitiger diagnostiziert wird [3].

Ursache

Die Ursache des HELLP-Syndroms ist noch nicht bekannt. Sehr wahrscheinlich besteht ein Zusammenhang mit einem gestörten Gleichgewicht der Synthese der verschiedenen Prostaglandine. Insofern besteht eine enge Beziehung zur Gestose. Eine EPH-Gestose mit ihren Symptomen ist häufig, aber nicht obligatorisch mit dem HELLP-Syndrom vergesellschaftet.

Literatur, die die psychosomatischen Hintergründe hinterfragt, wie sie über EPH-Gestose, Frühgeburtlichkeit und Hyperemesis gravidarum existiert, fehlt. Im Rahmen von Hebammenforschungsprojekten sollte die familiär-soziale Umgebung der auf diese Weise erkrankten Mutter untersucht werden, um Erklärungen für das Symptom des „inneren Verblutens“ (durch Zerfließen sich dem Leben entziehen) zu finden.

Häufigkeit

Die Inzidenz des HELLP-Syndroms wird von manchen Autoren mit einem Erkrankungsfall auf 200 Geburten [4] angegeben und schwankt zwischen einem Fall auf 150 bis 500 Geburten [3]. An unserer Geburtshilflichen Abteilung sind in dem Zeitraum von 1988-1992 bei 12.000 Geburten 30 HELLP-Fälle aufgetreten, das einer Inzidenz von 1 Erkrankung auf 400 Geburten entspricht. Bei der Analyse des HELLP-Patientenkollektives von Sibai [5] zeigte sich in 69 % ein präpartales und in 31 % ein postpartales Auftreten. Im Vergleich dazu ist nach den Studien von Spitzer et al. in der Landesfrauenklinik Salzburg in 90 % ein präpartales und in 10 % ein postpartales Auftreten des HELLP-Syndroms verzeichnet worden. Die seltenere postpartale Diagnose ist mit der frühzeitigen fach-lichen Sensibilisierung unseres Geburtshelferteams auf die HELLP-Symptomatik zu erklären.

Diagnose

Nach Rath und Loos ist das klinische Leitsymptom des HELLP-Syndroms in über 90% der Fälle der rechtsseitige Oberbauchschmerz, oft begleitet von Übelkeit oder Erbrechen in Verbindung mit den Zeichen der Präeklampsie (52% Proteinurie und 38% Ödeme [6]. In Verbindung mit starken Kopfschmerzen und Sehstörungen gelten Oberbauchschmerzen auch als klinisch wichtiger Hinweis für eine drohende Eklampsie. Der Einstieg in die Diagnose ist zunächst einmal eine Labordiagnose um die häufigen Fehldiagnosen von akuter Hepatitis, akuter Fettleber/Lebernekrose, idio-pathischer-thrombozytopenischer purpura (Moschkowitz-Syndrom), Gallenkolik, Pankreatitis, Magen- und Duodenalulkus, rechtsseitige Pyelonephritis oder Appendizitis in graviditate auszuschließen. In jedem Fall sollte bei der Aufnahme einer Schwangeren mit Oberbauchschmerzen, unabhängig von Gestose-Zeichen, an ein Vorliegen eines HELLP-Syndroms gedacht und neben den üblichen geburtshilflichen Befunderhebungen einschließlich (CTG) die typischen laborchemischen Untersuchungen veranlaßt werden [6].

Therapie

Im Hinblick auf eine häufig rasch voranschreitende Verschlechterung des Krankheitsbildes sollte eine möglichst schnelle Schwangerschaftsbeendigung (ggf. durch Sectio caesarea) angestrebt werden. Nach Auffassungen vieler Autoren kann eine vaginale Entbindung nur bei ausreichender Muttermundsöffnung und bei einer kurzen, kalkulierbaren Zeitspanne bis zur Geburt diskutiert werden, wobei allerdings die erhöhte Gefahr einer Leberruptur in die geburtshilflichen Überlegungen einbezogen werden müssen [3,5].

Prognose

Die mütterliche Sterblichkeit wird mit 3%, die kindliche Mortalität mit 25 % angegeben [6]. In der Landesfrauenklinik Salzburg ist bisher keine Mutter an den Komplikationen dieser Erkrankung verstorben, die kindliche Mortalität betrug 9,5 % [7].

Anforderungen an die Hebamme

Damit die Position der Hebamme zwischen einem spezialisierten Mediziner-Team und einem oft sehr betroffenen und verängstigten Elternpaar nicht ein „Zwischen alien Stühlen Sitzen“ wird, ist die konsequente Anwendung der Kommunikationsmethode der Mediation eine große Hilfe [8]. Das Wort Mediation stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie: vermittelnd, klärend tätig sein. Dabei geht es vor allem um die Verbesserung der Verständigung in einer streßgeladenen Situation. In jedem Fall ist die Hebamme die Drehscheibe aller kommunikativen Prozesse, die zwischen alien Beteiligten um die Geburt herum ablaufen. Um ihrer Vermittler-Rolle gerecht werden zu können, ist besseres (aktives) Zuhören, klares Erkennen und Aussprechen der eigenen Interessen und Absichten unbedingt notwendig.

Seit 1988 gibt es in der Landesfrauenklinik Salzburg ein einheitliches Management bei klinischem Verdacht auf HELLP-Syndrom, da nur schnelles und konkretes Handeln Mutter und Kind nicht zusätzlich gefährden. Das Vorgehen der Hebamme beim ersten Kontakt mit einer schwangeren Frau, die über diffuse Ober-bauchschmerzen oder Übelkeit klagt, ist, wie folgt: 1. Mit beruhigendem und sicherem Auftreten die Angst der Patientin um das ungeborene Kind mildern und so den psychischen

und emotionalen Bedürfnissen nach Sicherheit und Schutz gerecht zu werden.

Beobachtung des Feten mittels CTG möglichst in Linksseiten-lage, um der portocavalen Kompression vorzubeugen.

Veranlassung der Abnahme des gesamten Labors und Be-lassen eines venösen Zugangs durch den Arzt und die Blut-proben sofort mit den diversen Überweisungsscheinen mit der klinischen Verdachtsdiagnose in die verschiedenen Labors wei-terleiten.

Die Anamnese gemeinsam mit dem Arzt erstellen und die geburtshilflichen Befunde (vag. Untersuchung, Temperatur, RR, Puls, Beckenmessung) erheben und im Computer speichern, damit die lückenlose Dokumentation gewährleistet ist.

Beobachtung des Zustandes der Mutter:

ZNS: Kopfschmerz

Verwirrtheit

Lethargie sind Symptome

die einerseits auf eine drohende Eklampsie
andererseits auf eine Hirn-blutung hinweisen können.

Atmung: Atemnot. sehr schnelle Atembewegungen oder eine Zyanose können auf eine Lungenkomplikation hinweisen (Lungenödem
Blutung).

Hautblutungen

Blut im Ham und Bluterbrechen können Hin-weise für eine schwere Gerinnungsstörung sein.
Einschätzung des Blutverlusts während und nach der Geburt.

Die Reihenfolge der Aufnahmetätigkeiten zur Arbeitskoo-dinierung und Befunderhebung ist ja nach Fall und Schweregrad in-dividuell austauschbar. Eine mitarbeitende Kollegin, die Bett und CTG-Apparat für die intensive Betreuung von Mutter und Kind bis zur endgültigen Diagnose und weiterem Vorgehen vorbereitet, bedeutet eine große Hilfe. Das Organisationstalent der Hebamme, ihre Fähigkeit des aufmerksamen Beobachtens des Verlaufs der Krank-heitssymptome und ihr Vermögen die Rolle der Vermittlerin zwischen Arzt und Patient zu übernehmen sind einer großen Bela-stungsprobe ausgesetzt.

Das HELLP-Syndrom stellt uns Hebammen vor verschiedene unterschiedliche Aufgaben: Für die selbständig tätige Hebamme ist in erster Linie die Erkennung der Gefahrensituation, das rasche Transferieren der Patientin bei entsprechender Symptomatik von Wichtigkeit.

Die Klinikhebamme wird zusätzlich noch in organisatorischer Hinsicht gefordert.

Literatur

Friedmann W. Schäfer A: Geburtshilfliche Überwachung bei HELLP-Syndrom. Die Hebamme (1992); 5: 32-33. 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. Weinschenk S, Gumprecht C: HELLP-Syndrom: Eine schwere Komplikation der Schwangerschaft. DT. Hebammenzeitschrift (1989); 9: 322-326.

Loos W, Rath W: Geburtshilfliches Vorgehen beim HELLP-Syndrom. Dt. Hebammenzeitschrift (1989); 9: 326-328. Sibai BM: The HELLP-Syndrome: Much Ado about Nothing) Am. Journal of Obstet. Gyn (1990); 162:311-316.

Rath W et al.: Die Bedeutung der frühzeitigen Labordiagnostik für das Geburtshilfliche Vorgehen bei schweren Gestosen und HELLP-Syndrom. Geburtshilfe und Frauenheilk 1988; 48: 117-133.

Spitzer D et al: Das HELLP-Syndrom – eine Indikation zur Sectio caesarea. Gyn. Rundschau (1992); 32: 147-148. Steffen H: Die Hebamme als Mediatorin. Dt. Hebammenzeitschrift (1992); 6: 224-227.

192

Loidl

Geburtshilfliches Management bei HELLP-Syndrom aus der Sicht der Hebamme