Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 95 (1997)

Heft: 11

Artikel: Das Hellp-Syndrom

Autor: Luyben, Ans

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950996

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

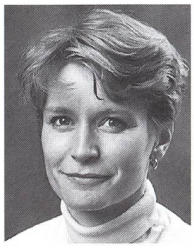
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 27.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Eine Notfallaufnahme der hochschwangeren Frau wird oft als eine der stressreichsten Situationen überhaupt erlebt. Hebammen und Ärzten fällt es manchmal schwer, rasch die richtige Diagnose zu stellen. Es geht darum, den Notfall rechtzeitig zu erkennen und die Prioritäten richtig zu setzen. Zu den Aufgaben einer Hebamme gehört es, den Ernst der Situation zu erfassen.



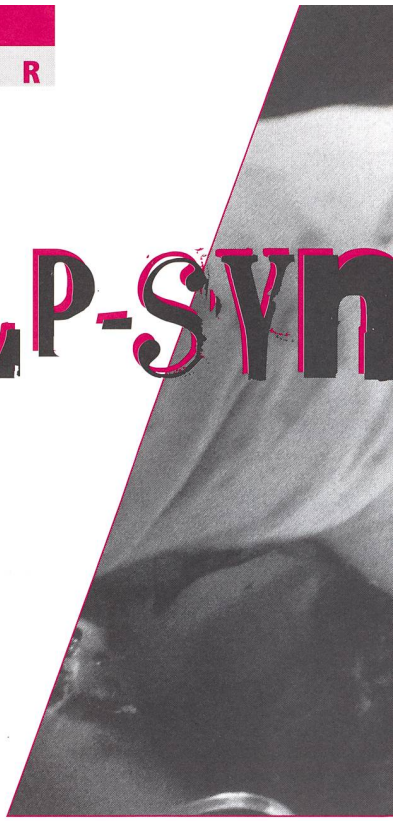
In dieser Nummer werden zwei Notfallsituationen vorgestellt: das HELLP-Syndrom und die Inversio uteri. Während die Inversio uteri als Komplikation der Nachgeburtsperiode nur bei einer auf 2500 bis 3000 Geburten auftritt, wird das HELLP-Syndrom bei 12–18,9 Prozent aller Schwangerschaften, die eine Hypertonie aufweisen, diagnostiziert. Beide Situationen erfordern eine sofortige Diagnose und korrektes Handeln. Beide Notfallsituationen treten nicht allzuhäufig auf und verlangen um so mehr eine genaue Kenntnis der möglichen Anzeichen, um rechtzeitig eine Diagnose zu ermöglichen. Davon sind therapeutische Massnahmen und das Leben der Frau abhängig. Dieses Wissen zu vermitteln ist eines der wichtigsten Ziele der beiden Artikel.

Ich wünsche allen eine interessante Lektüre.

Barbara Vogel Rüe

Geburtshilfliche Notfälle

Das HELLP-Syn



Das Syndrom der Hämolyse, der erhöhten Leberenzyme und der tiefen Thrombozyten wurde zum ersten Mal durch Weinstein 1982 beschrieben [1].

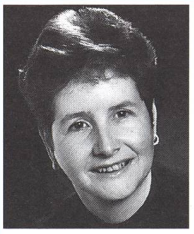
Ans Luyben

DIE Auffassung, das HELLP-Syndrom sei eine Variation der Präeklampsie/Eklampsie, ist weit verbreitet [5,7,9,11]. Schon 1954 erwähnte Pritchard Veränderungen der hämatologischen Laborwerte bei drei eklamptischen Patientinnen [8]. Wie bei schwerer Präeklampsie werden beim HELLP-Syndrom Schmerzen im rechten Oberbauch und/oder Epigastrium angegeben, die vermutlich auf eine Dehnung der Leberkapsel zurückzuführen sind [11, 12]. Allgemeines Malaise und grippeähnliche Symptome (z.B. Nausea, Erbrechen) können ebenfalls auf ein HELLP-Syndrom hinweisen. Sie werden oft nicht ausreichend beachtet [4,6, 10,12]. Der Blutdruck der Frau kann normal oder nur wenig erhöht sein. Dies hat zur Auffassung einiger Autoren geführt, es handle sich um ein separates Syndrom und nicht um ein Syndrom, das nur zusammen mit einer Präeklampsie auftritt [4,12].

Diagnose

Die Diagnose des HELLP-Syndroms wird mit Hilfe hämatologischer Parameter gestellt. Sibai [2] definierte Kriterien, welche für eine Diagnose erfüllt sein müssen:

- **H**ämolyse
  Schistozyten im Blutausstrich
  Bilirubin > 1,2 mg/dl
  Haptoglobin im Plasma nicht nachweisbar
- **E**rhöhte **L**eberenzyme
  SGOT [AST) > 72 IU/ l
  LDH > 600 IU/l
- Thrombopenie (**L**ow **P**latelet Count)
  Thrombozyten < 100 000/ mm^3



Ans Luyben
ist Hebamme, Lehrerin für Geburtshilfe an der Hebammenschule Chur und Mitglied des Schweiz. Hebammenforschungsnetzwerks.

Gemäss Präeklampsietheorie werden die Organschäden (Leber/ Nieren) durch Vasokonstriktion und Fibrinablagerungen in den Gefässen verursacht [5, 11]. Diffuse Intravasale Koagulation (DIC) im Zusammenhang mit einer Präeklampsie wurde schon beschrieben. Die Gerinnungsstörungen, die während eines HELLP-Syndroms auftreten können, zeigen jedoch eine andere Charakteristik (tiefe Thrombozyten!). Die wirkliche Ursache des HELLP-Syndroms ist noch unklar. Wie bei der Präeklampsie lautet eine Theorie, dass es sich dabei um ein Auto-Immunsyndrom handle, wobei die Mutter Antikörper gegen die Frucht produziert.

Eine Hypertonie kommt bei etwa 10% aller Schwangerschaften vor. 12 bis 18,9% dieser Schwangerschaften zeigen gleichzeitig HELLP-Symptome [2,3]. Frühzeitige Diagnose des HELLP- Syndroms ist wichtig. Es wird oft nicht erkannt, weil die Symptome einer akuten Hepatitis oder einer Erkrankung der Gallenblase ähn-

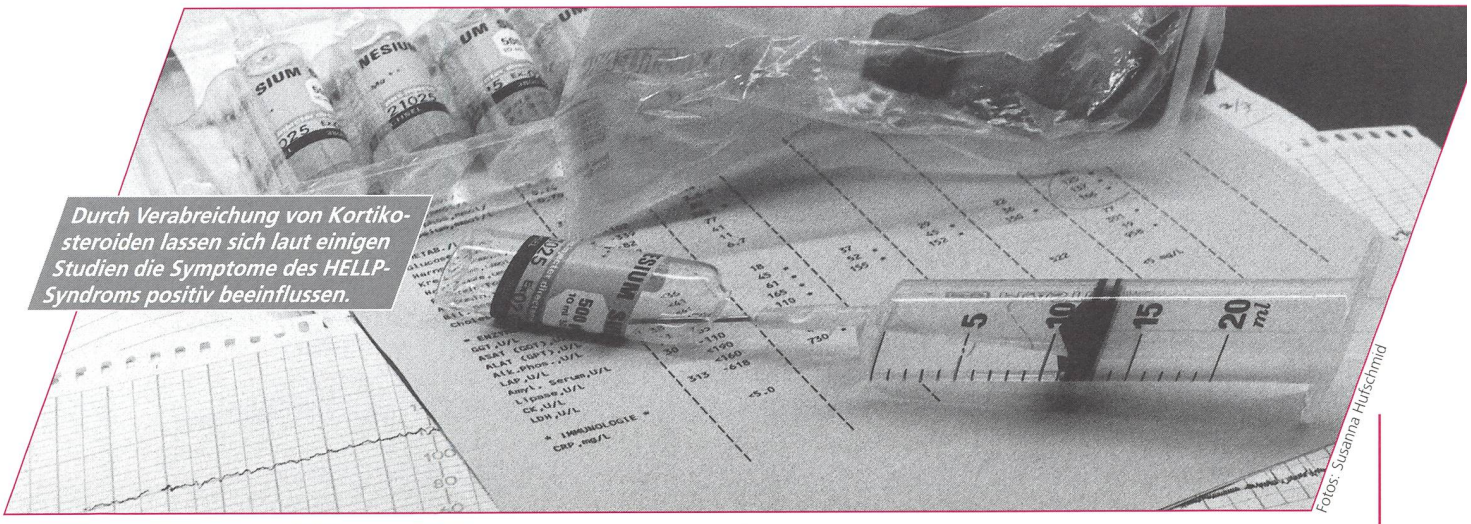
Ausser der Entbindung ist beim HELLP-Syndrom zurzeit keine andere Therapie bekannt.

lich sein können [3,4,6]. Jones beschreibt einen Fall mit HELLP-Syndrom bei 38 Schwangerschaftswochen. Das Syndrom wurde diagnostiziert, nachdem die Frau nach dem Zähneputzen eine persistierende Zahnfleischblutung bemerkte. Ihre Thrombozytenzahl betrug 26×109/l....[4].

Es gibt nur ein Management: Entbindung

Empfohlen wird die Verlegung in ein Zentrumsspital. Der Zustand der Mutter sollte abgeklärt und stabilisiert werden, besonders die Gerinnungsstörungen. Eine intravenöse Magnesiumtherapie kann eingesetzt werden. Auch kann es notwendig sein, noch vor der Geburt Thrombozytenkonzentrate zu verabreichen. Der Zustand des Kindes sollte kontinuierlich überwacht werden. Bei Unreife des Kindes wird versucht, die Geburt 48 bis 72 Stunden zur Lungenreifung hinauszuzögern. Verabreichung von Kortikosteroiden sollen laut einigen Studien die Symptome des HELLP-Syndroms antepartal und postpartal positiv beeinflussen [13,14]. Die Situation wurde dadurch stabilisiert oder sogar verbessert.

Ausser der Entbindung der Schwangeren ist zurzeit keine andere Therapie bekannt [4]. In einigen Fällen manifestiert sich das Syndrom erst postpartal. Der Entbindungsmodus ist abhängig von Schwangerschaftsdauer und Vaginalbefund. Eine Sektiorate von 60% wird erwähnt [11], wobei ein Kaiserschnitt jedoch nicht in jedem Fall notwendig ist. Eine Verschlechterung der Blutresultate (LDH, Thrombozyten) tritt in der frühen postpartalen Periode auf (48 bis 72 Stunden nach der Geburt), um sich nachher zu erholen [11]. Bei Hämolyse kann die Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten notwendig werden. Das HELLP-Syndrom ist, wie die Präeklampsie, eine multi-systematische Erkrankung, die zum Versagen mehrerer Organe (z.B. Leber, Nieren, Lungen, Herz, Hirn) führen kann. Es kann auch zu Sehstörungen kom-



Durch Verabreichung von Kortikosteroiden lassen sich laut einigen Studien die Symptome des HELLP-Syndroms positiv beeinflussen.

Fotos: Susanna Hufschmid

men, welche in einigen Fällen bestehen bleiben. Das Kind kann durch die verminderte Plazentafunktion oder intrauterine Hypoxie betroffen sein [4]. Beschrieben werden eine mütterliche Mortalität bis 24% (insbesondere Leberruptur, Blutungen] und eine perinatale Mortalität bis 60% (Frühgeburtlichkeit, IUWR] [4,11].

Vertiefte Information und Wissen über die oft unauffällige Symptomatik dieses Syndroms können dazu beitragen, besonders die mütterliche Mortalität zu senken [4, 10].

Referenzen

[1] *Weinstein L.* Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe complication of hypertension in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 142: 159–167.

[2] *Sibai B.M.* The HELLP-Syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing ? Am. J. Obstet. Gynecol. 1990; 162: 311–316.

[3] *Poole J.* Getting the perspective on HELLP-Syndrome. MCN 1988; 13: 432–437.

[4] *Cowan J.* HELLP-Syndrome. NZ College of Midwives Journal 1996; April: 19–21.

[5] *Stetson H.* Hypertensive disorders in pregnancy. In: Bobak IM and Jensen MD (ed). Maternity and gynaecologic care: the nurse and the family. St. Louis: Mosby 1993. 5th ed., p. 812–845.

[6] *Haloob R.* et al. The HELLP-Syndrome. A report of seven cases. J. Obstet. Gynecol. 1990; 10: 376–382.

[7] *Lim B.H.* et al. HELLP- Syndrome: an often unrecognized complication of preeclampsia. NZ J. Obstet. Gynaecol. 1991; 31: 1: 20–21.

[8] *Pritchard J.A.* et al. Intravacular hemolysis, trombozytopenia, and other hematologic abnormalities associated with severe toxaemia of pregnancy. N. Engl. J. Med. 1954; 250: 89–98.

[9] *Reubinoff B.E.* et al. HELLP-Syndrome – a syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count – complicating preeclampsia – eclampsia. Int. J. Obstet. Gynecol. 1991; 36: 95–102.

[10] *Dodd C.* Mother died in childbirth, dear. Independent, 20 March 1995, p. 19.

[11] *Arias A., Hackelöer B.J.* Risikoschwangerschaft und -geburt. Ullstein – Mosby, Berlin/ Wiesbaden,1994.

[12] *Tomsen T.R.* HELLP-Syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) presenting as generalized malaise. Am. J. Obstet. Gynecol. 1995; 172: 1876–1880.

[13] *Magann E.F.* et al. Antepartum corticosteroids: disease stabilization in patients with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP). Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 1148–1153.

[14] *Magann E.F.* et al. Postpartum corticosteroids: accelerated recovery from the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP). Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 1154–1158.

Geburtshilfliche Notfälle

Inversio Uteri

Inversio Uteri ist eine seltene Geburtskomplikation mit einer Inzidenz von 1 auf 2500 bis 3000 Geburten. Die klinische Situation präsentiert sich oft dramatisch und kann tödlich enden.

Nikolai Manassiev, Geoffrey Shaw

VOR 1963 wurde die Zahl mütterlicher Mortalität infolge Inversio Uteri mit 18% beschrieben. In den folgenden Jahren wurden keine Todesfälle mehr bekannt.

Klassifizierung

Inversio Uteri wird nach Dauer und Schweregrad klassifiziert [3].

Nach Dauer:
- akute: die Inversio wird innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt diagnostiziert, mit oder ohne Zervixkontraktion;
- subakute: die Diagnose erfolgt nach 24 Stunden, aber innerhalb von 4 Wochen nach der Geburt, zervikale Kontraktion ist vorhanden;
- chronische: die Inversio liegt schon seit 4 oder mehr Wochen vor.

Nach Schweregrad:
- erster Grad: unvollständige Inversio, der Gebärmutterkörper reicht bis zum Muttermund, aber nicht bis unter den zervikalen Ring;
- zweiter Grad: vollständige Inversio, der Körper geht durch die Zervix, aber nicht über den Introitus hinaus;
- dritter Grad: Prolaps, der Körper durchtritt den Introitus.

Ätiologie

Viele Faktoren wurden mit der Inversio Uteri in Beziehung gesetzt, aber nur wenige bestätigt, hauptsächlich wegen seiner Seltenheit. Nur wenige Institutionen haben Erfahrungen mit Inversio Uteri gemacht.

Faktoren, die zu einer Inversio Uteri führen können:
- Plazenta im Fundus Uteri [1,2,3]
- Zug an der Nabelschnur bei einer noch nicht abgelösten Plazenta
- Druck auf den Fundus Uteri (Credéscher Handgriff)