

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle 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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	95 (1997)
<b>Heft:</b>	11
<b>Artikel:</b>	Le Hellip Syndrome
<b>Autor:</b>	Vial, Y.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-951000">https://doi.org/10.5169/seals-951000</a>

### 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:** 12.02.2026

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

# Le HELLP SYNDROME

**Le HELLP syndrome (Hemolysis; Elevated liver enzyme; Low Platelets) est un acronyme qui a été décrit pour la première fois par Weinstein en 1982**

**[1]. Depuis lors, ce syndrome est reconnu comme un facteur péjoratif dans le contexte d'une prééclampsie, toutefois les différents auteurs maintiennent une controverse sur son origine, soit entité distincte, soit simplement forme clinique particulière de la prééclampsie.**

**Dr Y. Vial**

**DANS** sa définition princeps, Weinstein définit l'hémolyse par la présence de schizocytes sur le frottis sanguin et la diminution de l'hématocrite. La cytolysé est retrouvée dans tous les cas avec une élévation des transaminases GOT et GPT. Il définit également la thrombopénie par une numération plaquettaire inférieure à 100 G/l. En 1990, Sibaï [2] a affiné les critères de l'hémolyse en y ajoutant la chute de l'haptoglobine, l'augmentation de la bilirubine conjuguée et l'augmentation des LDH à des valeurs supérieures à 600 U/l. Ces critères stricts de HELLP syndrome font que ce diagnostic ne se retrouve que dans 4 à 10% des prééclampsies et dans 30 à 50% des éclampsies. Il est également important de savoir que si 90% des HELLP syndromes sont associés à une prééclampsie, 10% peuvent survenir en l'absence totale d'hypertension et de protéinurie. Le plus fréquemment, le HELLP syndrome survient en période prépartale, mais son apparition dans les trois jours post-partum se voit dans 30% des cas. Par ailleurs, il n'existe pas de lésion histopathologique spécifique du HELLP syndrome. Les lésions expliquant l'hémolyse sont similaires à celles retrouvées lors de prééclampsie et sont constituées par des dépôts de fibrines expliquant la fragmentation des globules rouges dans la microcirculation. La cytolysé hépatique est causée par une nécrose périportale et focale du parenchyme hépatique. Il s'y associe des dépôts hyalins dans

les sinusoides hépatiques expliquant les hémorragies intraparenchymateuses et les hématomes sous-capsulaires du foie. La thrombopénie quant à elle est expliquée par une consommation au niveau des lésions endothéliales et par une destruction secondaire au déséquilibre prostacycline-thromboxane A2.

## Aspects cliniques du HELLP syndrome

Le HELLP syndrome touche principalement des patientes multipares, de race blanche, au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Les symptômes cliniques précurseurs sont souvent spécifiques et peuvent orienter vers de nombreux autres diagnostics. Les plus fréquents sont des douleurs épigastriques, un malaise généralisé et des nausées. La présence d'une hypertension sévère ne se retrouve que dans un cas sur deux. A ce stade, les paramètres sanguins de la thrombopénie ne sont souvent pas encore constitués et il faut attendre 48 à 72 heures après le début des symptômes pour retrouver une thrombopénie. La difficulté diagnostique est d'autant plus marquée dans les situations où le HELLP syndrome n'est pas associé à une prééclampsie, qu'il apparaît tôt dans l'évolution de la grossesse ou qu'il ne débute que dans la phase post-partum. Le diagnostic différentiel du HELLP syn-

**Le Dr Y. Vial** est actuellement médecin associé à la maternité du CHUV à Lausanne (FMH de gynécologie-obstétrique). Il y est également responsable de l'unité d'échographie.

drome se fait avec le purpura thrombotique thrombocytopénique, le syndrome hémolytique urémique et la stéatose hépatique aiguë. Toutefois, quel que soit le diagnostic précis, la thérapeutique consiste à envisager l'interruption de la grossesse, ce qui permet habituellement la normalisation du syndrome biologique.

## Conséquences materno-fœtales

### Mortalité maternelle

La littérature rapporte des chiffres variant entre 0 et 24 % de mortalité maternelle. Dans les études les plus récentes, la mortalité maternelle varie entre 1 et 3 % et ces décès sont plutôt la conséquence de complications habituelles des prééclampsies sévères (hématomes sous-capsulaires du foie, insuffisance rénale aiguë, éclampsie).

### Morbidité maternelle

Une CIVD complique un tiers des HELLP syndromes, alors que l'œdème aigu du poumon et l'insuffisance rénale aiguë participent dans 10 % des cas à la complication du HELLP syndrome. La survenue de ces trois situations cliniques semble plus fréquente lorsqu'un décollement prématuré du placenta est associé à la pathologie. L'hématome capsulaire du foie est sûrement la complication la plus spécifique du HELLP syndrome. Son incidence est de 0,9 % dans la série de Sibaï. Elle touche généralement le lobe droit du foie et s'associe à des douleurs de l'hypocondre droit et de l'épigastre associées à des irradiations douloureuses dans l'omoplate. Ces signes associés à une biologie suggestive de HELLP syndrome doivent conduire à la réalisation d'une échographie hépatique. Lorsque l'hématome est diagnostiqué, son traitement sera conservateur tant qu'aucun signe de rupture n'est mis en évidence. Lors de rupture, une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale est réalisée avec pour but le décaillotage de la zone rompue et mise en place de produits hémostatiques locaux.

### Mortalité périnatale

Celle-ci varie entre 10 et 60 % des cas selon les séries. Ces taux ne sont pas liés à la gravité du syndrome biologique mais probablement aux complications associées. L'existence d'un hématome

rétroplacentaire semble être le facteur de risque le plus important de la mort in utero.

«L'obstétrique est le domaine de l'urgence et de l'urgence souvent imprévisible.» (Dr Béguin)

### Mortalité néonatale

La survenue du HELLP syndrome intervient habituellement avant 36 semaines de grossesse. Le risque principal pour l'enfant est donc la prématurité. Dans une étude récente, 80% des enfants sont nés avant 36 semaines d'aménorrhée avec un terme moyen à l'accouchement de 32 semaines. Cette prématurité est souvent induite en raison d'anomalies biologiques maternelles et le risque de souffrance fœtale aiguë survient en présence de complications telles qu'un hématome rétroplacentaire. De plus, un tiers des enfants nés de mère ayant présenté un HELLP syndrome souffrent d'un retard de croissance intra-utérin dont la cause est la pathologie vasculaire sous-jacente.

### Les traitements

Depuis la publication originale de Weinstein, le traitement du HELLP syndrome ne se concevait que par l'induction de l'accouchement et l'extraction placentaire. Toutefois, récemment quelques auteurs proposent un traitement conservateur associant corticothérapie

et/ou surveillance intensive en unité de réanimation avec contrôle des pressions veineuses, artérielles et pulmonaires. Aucun consensus n'est acquis pour l'une ou l'autre des thérapeutiques, les tenants de l'expectative espérant prolonger suffisamment la grossesse pour obtenir une maturité fœtale adéquate alors que les opposants insistent sur l'augmentation des risques materno-fœtaux lorsque l'expectative se prolonge. Quel que soit le traitement instauré, les auteurs s'accordent toutefois sur la possibilité d'un accouchement par voie basse lorsque le travail est spontané ou que l'induction du travail peut être effectuée. Au cours du travail et dans la période post-partum, certains auteurs ont préconisé l'adjonction d'une corticothérapie à base de dexaméthasone toutes les 12 heures pendant 36 heures. Cette thérapeutique reste en évaluation, la plupart des thrombopénies régressant spontanément dans les 72 heures post accouchement. Seules les thrombopénies majeures (< 40 G/l) peuvent bénéficier

d'une transfusion plaquettaire instaurée immédiatement au moment de la naissance. Ces transfusions ne doivent pas être systématiques puisque la destruction plaquettaire est très rapide. Lorsque la triade biologique persiste au-delà de 72 heures, certains auteurs ont proposé un traitement par plasmaphérèse dont les résultats sont aléatoires, 50 % des cas s'étant améliorés et 50 % ayant conservé une triade biologique perturbée. Plus récemment encore, l'utilisation de l'oxyde nitrique a permis d'améliorer significativement un cas de thrombopénie majeure persistante.

### Le devenir obstétrical

Le risque de récurrence à long terme du HELLP syndrome varie entre 5 et 19%. Dans ces mêmes collectifs, le risque de récidive de prééclampsie est toujours voisin de 20%. Les auteurs considèrent que le risque de récidive de HELLP syndrome n'est pas lié à la pathologie elle-même mais à la préexistence d'une pathologie hypertensive ou rénale sous-jacente.

### Conclusion

Quelle que soit l'origine du HELLP syndrome, entité à part entière ou forme clinique particulière d'une prééclampsie, la découverte de sa triade biologique impose l'hospitalisation de la patiente et actuellement, dans notre service, une décision d'induction de l'accouchement soit par déclenchement dans les situations favorables, soit par césarienne élective, est prise.

### Références

- [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.