



SCHWANGERSCHAFTSPROLONGATION BEI PFOFPRÄEKLAMPSIE UND HELLP-SYNDROM

Schausberger C, Jacobs VR, Wolfrum-Ristau P, Zuchna C, Fischer T

Universitätsfrauenklinik, SALK und Paracelsus Medizinische Universität (PMU), Salzburg, Österreich

Fragestellung

Schwangerschaftsassozierte hypertensive Erkrankungen, darunter Präeklampsie und HELLP-Syndrom, treten zu 6-8 % auf und tragen z.T. zur unerwünschten Frühgeburtlichkeit bei. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass diese Schwangerschaften prolongiert werden können - umfassende diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorausgesetzt. Dies soll am Fallbeispiel einer Patientin mit Propfpräeklampsie und beginnendem HELLP-Syndrom veranschaulicht werden.

Methodik

Fallbericht einer 32-jährigen G1P0 mit Propfpräeklampsie und HELLP-Syndrom, die in einem KH der Maximalversorgung betreut wurde und deren Verlauf, maternales und fetales Outcome sowie Follow-up dargestellt werden.

Ergebnisse

Die Patientin ist eine 32-jährige G1P0 mit präexistenter Hypertonie, die bei 25+3 SSW wegen wiederholter Blutdruckwerte $>160/100$ mmHg trotz laufender Basismedikation initial in einem Schwerpunkt Krankenhaus vorstellig wurde. Neben Hypertonie waren eine IUGR sowie pathologische Flussmuster in beiden Uterin- sowie Umbilicalarterien auffallend. Aufgrund eines enddiastolischen Nullflusses in den Umbilicalarterien wurde die Patientin 11 Tage später an ein KH der Maximalversorgung verlegt. Hier zeigte sich ein intermittierender Nullfluss in den Umbilicalarterien, der Blutdruck ließ sich zunächst auf Werte $<170/110$ mmHg senken. Eine neu aufgetretene Proteinurie war progredient. Aufgrund ansteigender Leberwerte sowie zunehmender Oberbauchschmerzen wurde die Diagnose HELLP gestellt und mit Magnesiumdauerinfusion mit 1g/h sowie Urbason 32mg/d begonnen, woraufhin sich Klinik und Laborwerte stabilisierten. Der Fetus wurde intermittierend mittels Doppler- und CTG-Kontrollen überwacht. Bei zuletzt therapieresistenten maternalen Blutdruckwerten $>>170/110$ mmHg als auch therapieresistenten Beschwerden wurde nach 12 Tagen Prolongation bei 28+2 SSW die Indikation zur Sectio gestellt, welche komplikationslos verlief. Während OT mit $40 \mu\text{l/l}$ (Norm 35) und Thrombos mit 173.000 vor der Sectio normal waren, war Haptoglobin <5 mg/dl (Norm 30-200) und eine Proteinurie mit 1,79 g/24h auffällig. Das Neugeborene (Geburtsgewicht 679g, APGAR 5/8/9, NS-pH 7,36) war unter CPAP und Sauerstoffanreicherung stabil. Postpartal wurde die maternale Magnesiumdauerinfusion für ca. 60 Stunden fortgesetzt. Der AZ der Patientin besserte sich rasch, die laborchemische Besserung folgte nach wenigen Tagen. Das weitere Follow-up war unauffällig.

Abb. 1:

Thrombozytenverlauf

Mittlere präpartale Thrombozytenzahl bei HELLP-Patientinnen mit Schwangerschaftsverlängerung (rot, n=38) und postpartal bei der Kontrollgruppe (gelb, n=20) (Ref. 1)

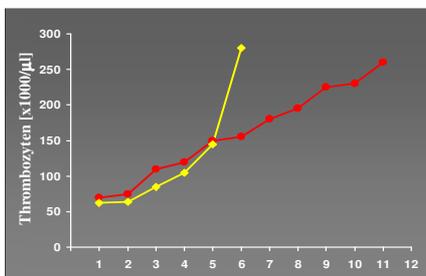


Abb. 2: AST-Verlauf

Mittleres präpartales AST-Niveau (U/l) bei HELLP-Patientinnen mit Schwangerschaftsverlängerung (rot, n=38) und postpartal bei der Kontrollgruppe (gelb, n=20) (Ref. 1)

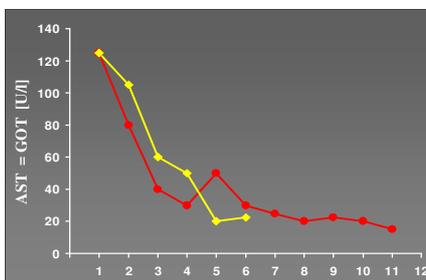
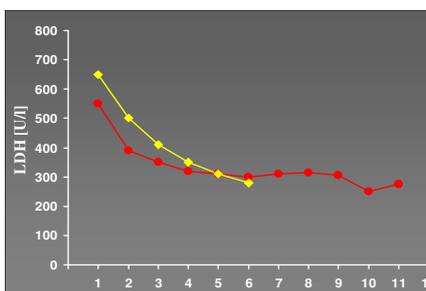


Abb. 3: LDH-Verlauf

Mittleres präpartales LDH-Niveau (U/l) bei HELLP-Patientinnen mit Schwangerschaftsverlängerung (rot, n=38) und postpartal bei der Kontrollgruppe (gelb, n=20) (Ref. 1)



Schlussfolgerung

Eine Prolongation der Schwangerschaftsdauer bei Propfpräeklampsie und HELLP-Syndrom ist unter Anwendung einer umfassenden Diagnostik sowie intensiver Überwachung und Therapie möglich und indiziert. Die intrauterine fetale Reifung und Gewichtszunahme mit jedem Tag der Prolongation senkt das postpartale Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Diagnostik und Therapie des beschriebenen Fallberichtes steht in Einklang mit der aktuellen Datenlage. Die Erstellung einer einheitlichen Leitlinie zur kontrollierten Prolongation hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen auch für Österreich erscheint sinnvoll.

References

- Fischer T, Krause M, Beinder E, Schlembach D, Rabenbauer B, Wildt L, Lang N: Schwangerschaftsverlängerung bei Patientinnen mit HELLP-Syndrom. Geburtsh Frauenheilk 1999;35(7):335-345.
Fischer T, Wildt L: Glucocorticosteroids and HELLP syndrome - current status. Der Gynäkologe 1999;32(10):783-90.
Schlembach D, Munz W, Fischer T: Effect of corticosteroids on HELLP syndrome. J Perinat Med 2000;28(6):502-505.