

Zespół HELLP – opis przypadków

HELLP syndrome – cases report

© GinPolMedProject 4 (14) 2009

Opis przypadku/Case report

SŁAWOMIR SUCHOCKI, MAŁGORZATA BAŃCZEROWSKA-GÓRSKA, JERZY SŁOBODZIAN
 Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego
 w Wałbrzychu
 Lekarz naczelny: dr hab. Sławomir Suchocki, prof. nadzw.

Adres do korespondencji/Address for correspondence:
 Sławomir Suchocki, Jerzy Słobodzian
 Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu
 ul. Paderewskiego 10, 58-301 Wałbrzych
 tel.: +48 748877183, fax: +48 748877103, e-mail: jertzyslobodzian@gmail.com

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count	1629/2050
Tabele/Tables	0
Ryciny/Figures	0
Piśmiennictwo/References	11

Received: 02.06.2009

Accepted: 03.09.2009

Published: 04.12.2009

Streszczenie

Zespół HELLP jest postacią ciężkiego stanu przedrzucawkowego. Akronim HELLP oznacza zespół następujących objawów klinicznych: hemoliza, podwyższone stężenie enzymów wątrobowych i obniżony poziom płytek krwi. Zespół odznacza się różnym obrazem klinicznym w chwili wystąpienia, zmiennym tempem progresji i przebiegiem zależnym od rodzaju zastosowanej interwencji. Z powodu braku wspólnego stanowiska wśród naukowców w sprawie wytyczenia jednoznacznych standardów postępowania o udowodnionej skuteczności istnieją nadal trudności w rozpoznawaniu i prowadzeniu ciąży powikłanych zespołem HELLP.

Prezentujemy przypadki trzech ciężarnych odpowiednio: 38-letniej w 26 tyg. ciąży, 30-letniej w 38 tyg. ciąży i 27-letniej w 36 tyg. ciąży przyjętych do szpitala z objawami odpowiadającymi rozpoczynającemu się zespołowi HELLP. U dwóch pacjentek, u których ciążę ukończono cięciem cesarskim, jako powikłanie wystąpiła ostra niewydolność nerek. Próba porodu drogą pochwową u trzeciej pacjentki zakończyła się rozwiązaniem ciąży cięciem cesarskim z powodu przedwczesnego odklejenia się łożyska, a przebieg połogowy powikłany był dysfunkcją nerek i ciężką niedokrwistością. Dzięki w porę podjętej interwencji i właściwemu postępowaniu medycznemu, to ciężkie powikłanie ciąży zakończyło się pomyślnie zarówno dla matek, jak i noworodków.

W pracy zwrócono uwagę na kluczowe znaczenie wczesnego rozpoznania na podstawie objawów klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, pilnego rozwiązania ciąży oraz intensywnego postępowania wspomagającego przed- i poporodowego w zwiększeniu szans ciężarnej i płodu na przeżycie.

Słowa kluczowe: zespół HELLP, powikłania, sterydoterapia.

Summary

The HELLP syndrome is a variant of severe preeclampsia. The acronym HELLP stands for : hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. The syndrome is characterized by different clinical presentation in moment of appearance, changeable rate of progression and course dependent on kind of intervention .There are still difficulties in identifying and conducting pregnant women with the HELLP syndrome due to lack of common standpoint among scientists on delineating unequivocal standards of procedure with proved efficiency.

We present cases of three pregnant women (a 38-year-old woman,26wk; a 30-year-old woman,38wk; a 27-year-old woman,36wk), who were admitted to our hospital with symptoms of the onset of the HELLP syndrome. In two cases of pregnant woman a cesarean section was performed. The acute renal failure was the complication. In case of the third woman , the attempt at vaginal delivery was finished by a cesarean section due to premature detachment of placenta. Puerperium was complicated by kidney dysfunction and severe anemia. Owing to timely

intervention and adequate medical treatment, this severe complication of a pregnancy had a successful outcome both for the mothers and for the infants.

The authors would like to underline that prompt recognition of HELLP syndrome based on clinical symptoms results of laboratory tests and timely initiation of aggressive therapy leads to maternal and fetal benefit.

Key words: HELLP syndrome, complications, steroid therapy.

WSTĘP

Zespół HELLP jest jednym z poważniejszych powikłań występujących w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Akronim HELLP pojawił się w 1982 roku i oznacza zespół występujących objawów klinicznych takich jak: hemoliza, zwiększone stężenie enzymów wątrobowych i obniżony poziom płytek krwi (*Hemolysis, Elevated Liver enzyme and Low Platelet count*) [1]. Stanowi postać ciężkiego stanu przedzucawkowego.

Praca ma na celu prezentację trzech przypadków zespołu HELLP i zwróceniu uwagi na kluczowe znaczenie wczesnego rozpoznania na podstawie objawów klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, pilnego rozwiązania ciąży oraz intensywnego postępowania wspomagającego przed- i poporodowego w zwiększeniu szans kobiety ciężarnej i płodu na przeżycie.

OPIS PIERWSZEGO PRZYPADKU

38-letnia wieloródka (2 ciążę donoszone, 2 poronienia w I trymestrze) w 26 tyg. ciąży zgłosiła się do szpitala z powodu krwiomoczu od kilku godzin. Od dwóch dni skarżyła się na dolegliwości bólowe w nadbrzuszu i wymioty. Od 5 lat leczyła się z powodu nadczynności tarczycy (leki odstawiła na okres ciąży). Przy przyjęciu stan ogólny pacjentki dobry; wydolna krążeniowo i oddechowo, ciśnienie tętnicze 180/140mmHg. W badaniu wewnętrznym; część pochwowa długości 1,5cm, rozwarcie 1cm, główka balotująca nad wchodem, zachowana ciągłość błon płodowych, trzon macicy miękki, niebolesny. W wykonanym doraźnie badaniu USG stwierdzono prawidłową akcję serca płodu, anatomia płodu w normie, AFI prawidłowe, łożysko na przedniej ścianie bez cech oddzielania. Badania laboratoryjne krwi: WBC-15,0K/μl, HGB-11,9g/dl, Ht-34,7%, PLT-45K/μl, mocznik-66,9mg/dl, kreatynina-1,5mg/dl, bilirubina-6,09mg/dl, ASPAT-121U/l, ALAT-122U/l, parametry krzepnięcia krwi w normie. Badanie ogólne moczu: barwa brunatna, białko-769 mg/dl, urobilinogen(++), krew(+). Biorąc pod uwagę obraz kliniczny pacjentki i wyniki badań laboratoryjnych rozpoznano pełnoobjawowy zespół HELLP w przebiegu stanu przedzucawkowego. Wdrożono leczenie: Dexaven 12mg iv, Nepresol we wlewie, siarczan magnezu 4g co 6 godz. w dożylnym wlewie kroplowym, Kefzol 2x1,0g iv.

INTRODUCTION

HELLP syndrome is one of the most serious complications occurring in the second and third term of the pregnancy. The acronym HELLP appeared in 1982 and refers to the set of occurring clinical symptoms such as: hemolysis, elevated liver enzyme and low platelet count [1]. It constitutes a form of serious preeclampsia.

The aim of this work is to present three cases of HELLP syndrome and turn our attention to the key significance of early diagnosis on the basis of clinical symptoms and laboratory test results, urgent pregnancy confinement and intensive proceeding supporting antenatal and postnatal in order to elevate the chance of the pregnant woman and foetus for survival.

DESCRIPTION OF THE FIRST CASE

The 38-year-old multipara (2 full time pregnancy, 2 miscarriages in the first term) in the 26 week of pregnancy applied to the hospital due to haematuria lasting a few hours. For two days, she has been complaining for ailments in the epigastric zone and vomiting. She was undergoing a treatment for 5 years due to hyperthyreosis (she discontinued taking the medicines for the time of pregnancy). On admission, the general condition of the patient was good; circulatory and respiratory competent, arterial blood pressure 180/140mmHg. In the internal examination: the vaginal part of the length of 1,5cm, spread 1cm, foetal ballottement over the inlet, preserved continuity of the foetal membranes, corpus of the womb supple, indolent. In the carried out extempore echography, the normal foetal heart action, normal foetus anatomy, normal AFI, placenta on the frontal wall without separation traits. Blood laboratory tests: WBC-15,0K/μl, HGB-11,9g/dl, Ht-34,7%, PLT-45K/μl, urea-66,9mg/dl, creatinine-1,5mg/dl, bilirubin-6,09mg/dl, ASPAT-121U/l, ALAT-122U/l, normal parameters of blood coagulation. General urine test: seal color, protein-769 mg/dl, urobilinogen(++), blood(+). Taking into account the clinical presentation of the patient and laboratory tests results, the HELLP syndrome with all symptoms was diagnosed in the course of the preeclampsia. A treatment was instituted: Dexaven 12mg iv, Nepresol in the enema, magne-

Po 8 godzinach obserwacji wartość ciśnienia tętniczego 165/110mmHg, HGB-10,2g/dl, Ht-29,1%, WBC-15,4 K/ μ l, PLT-35K/ μ l, stan pacjentki średnio ciężki, chora niespokojna, nasilone objawy skazy małopłytkowej w postaci wybroczyn krwawych na śluzówkach i na skórze, krwawienie z nosa, krwimocz. Zdecydowano ukończyć ciążę cięciem cesarskim w znieczuleniu ogólnym. Urodzono córkę żywą niedoszoną o masie ciała 840g. W trakcie zabiegu przetoczono 1200ml koncentratu krwinek czerwonych (KKCZ) i 900ml świeżego mrożonego osocza. Ze względu na objawy ostrej niewydolności nerek po zabiegu wdrożono intensywne leczenie diuretyczne i stabilizujące układ krążenia. Kontynuowano antybiotykoterapię. Dexaven podawano początkowo w dawce 8mg iv co 12 godzin, którą zmniejszono w kolejnych dniach. Po 7 dobach uzyskano poprawę stanu ogólnego, ustąpienie objawów skazy krwotocznej, wzrost liczby płytek i normalizację parametrów biochemicznych. Stabilizacja ciśnienia tętniczego i normalizacja parametrów funkcji nerek nastąpiła po kolejnych 6 dniach.

OPIS DRUGIEGO PRZYPADKU

30-letnia kobieta w 38 tygodniu drugiej ciąży (pierwsza ciąża rozwiązana cięciem cesarskim 6 lat wcześniej) została przekazana do tutejszego szpitala z oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala powiatowego z rozpoznaniem zespołem HELLP. W dniu poprzednim zgłosiła się sama do szpitala powiatowego z powodu bólu brzucha i wymiotów od 2 dni, ze wzrostem wartości ciśnienia tętniczego, w badaniach dodatkowych wzrost transaminaz, małopłytkowość. W obecnej ciąży leczona z powodu nadciśnienia ciążowego. Pacjentka z wrodzoną dysplazją stawów biodrowych. Przy przyjęciu stan pacjentki dobry, wartość ciśnienia tętniczego 120/80mmHg, zgłaszała nudności. W badaniu położniczym część pochwowa długości 1,5cm, rozwarcie 1cm, pęcherz płodowy utrzymany, główka lekko przyparta do wchodu, trzon macicy o wzmożonym napięciu, akcja serca płodu prawidłowa. W badaniach laboratoryjnych: HGB-12,3g/dl, Ht-36,8%, WBC-6,5K/ μ l, PLT-39K/ μ l, bilirubina-2,25mg/dl, AspAT-2322U/l, AlAT-862U/l, mocznik-72mg/dl, kreatynina-2,1mg/dl, kwas moczowy-7,86mg/dl, mocz brunatny, białko w moczu 3,5g/l, krwinki czerwone pokrywają 1/2 pola widzenia, liczne bakterie.

Po 45 minutach od przyjęcia stan pacjentki średnio ciężki, niespokojna, zgłaszała nasilony ból głowy, nudności, wzrost wartości ciśnienia tętniczego do 170/105mmHg, akcja serca miarowa ok. 100 uderzeń na minutę. Zalecono leczenie: Nepresol w ciągłym wlewie, Dexaven 8mg co 8 godzin iv, Taromentin 2x1,2g iv, siarczan magnezu 4g co 6 godzin w dożylnym wlewie kroplowym. Ze względu na dynamicznie postępujący zespół HELLP zdecydowano ukończyć ciążę cięciem cesarskim po 1 godzinie i 15 minutach od przyjęcia w tutejszym szpitalu i po około dobie od przyjęcia do szpitala powiatowego. W znieczuleniu ogólnym urodzo-

sium sulphate 4g every 6 hours in the intravenous liquid-drop enema, Kefzol 2x1,0g iv.

After 8 hours of observation, value of blood of arterial pressure 165/110mmHg, HGB-10,2g/dl, Ht-29,1%, WBC-15,4 K/ μ l, PLT-35K/ μ l, the patient's state moderately severe, the patient was unsettled, advanced symptoms of thrombocytopenic dyscrasia in the form of bloody ecchymosis on the mucosis and the skin, nose bleeding, haematuria. The decision was taken to finish the pregnancy by means of Caesarian session in general anaesthesia. A baby-girl, alive, of a body mass of 840g. During the intervention, 1200ml packed red blood cells and 900ml of fresh, frozen blood plasma were transfused. Due to symptoms of acute renal failure after the intervention, intensive diuretic treatment and treatment stabilizing the circulatory system were instituted. Antibiotherapy continued. Dexaven was administered initially in a dose of 8mg iv every 12 hours, which was decreased in the following days. After 7 days, the general condition improved, symptoms of haemorrhagic defect receded, the platelet count increased and biochemical parameters were normalized. The stabilization of blood pressure and normalization of parameters of renal functions occurred after 6 days.

DESCRIPTION OF THE SECOND CASE

30-year-old woman in the 38 week of second pregnancy (first pregnancy dissolved by Caesarian session 6 years earlier) was transferred to this hospital from the the gynaecological-obstetric ward of a poviat hospital with a diagnosed HELLP syndrome. On the previous day, she applied to the hospital on her own due to 2-day-lasting stomachache and vomiting, with elevated value of arterial pressure, in additional tests increase of aminopherases, thrombocytopenia. In the present pregnancy, she is treated due to excess pregnancy pressure. The patient, with inborn dysplasia of femoral articulation. On admission, the patient's condition was good, the arterial pressure value was 120/80mmHg. She reported nausea. In the obstetrical test, the vaginal part of the length of 1,5cm, spread 1cm, foetal amnion kept, the head slightly pressed to the inlet, the body of the uterus of an elevated tension, normal foetal heart action. In the laboratory tests: HGB-12,3g/dl, Ht-36,8%, WBC-6,5K/ μ l, PLT-39K/ μ l, bilirubin-2,25mg/dl, AspAT-2322U/l, AlAT-862U/l, urea-72mg/dl, creatinine-2,1mg/dl, lithic acid-7,86mg/dl, urine of a seal colour, protein in urine 3,5g/l, red blood cells cover 1/2 of the field of vision, numerous bacteria.

After 45 minutes from admission, the condition of the patient moderately severe, unsettled, she reported an advanced headache, nausea, increase of value of arterial pressure to 170/105mmHg, rhythmic heart action around 100 beats a minutes. Advised treatment: Nepresol in continuous enema, Dexaven 8mg every 8 hours iv, Taromentin 2x1,2g iv, magnesium sulphate 4g every 6 hours in the intravenous liquid-drop enema. Due to dynamically developing HELLP syndrome, the

no syna żywego, donoszonego (3000g, 52cm), ocenionego wg skali Apgar na: 4, 6, 8 i 10 punktów odpowiednio w 1, 3, 5 i 10 minucie życia, pH- 7,16 (po 2 godz. pH-7,32).

Po zabiegu przetoczono 900ml KKCZ i 900ml świeżego mrożonego osocza. Dominowały wówczas objawy ostrej niewydolności nerek i skazy krwotocznej małopłytkowej. W pierwszej dobie po zabiegu obserwowano wzmożone krwawienie z rany poopercyjnej, niski poziom płytek krwi, podwyższony poziom INR i wydłużony czas APTT, narastanie objawów niewydolności oddechowej i spadek diurezy do anurii. W kolejnych dniach w leczeniu stosowano: uzupełnianie wolemii, preparaty krwiopochodne (świeże mrożone osocze, KKCZ, masę płytkową), leki hipotensyjne, albuminy i tlenoterapię bierną. Dexaven podawano początkowo w dawce 8mg iv co 8 godz., którą zmniejszano w kolejnych dniach. Kontynuowano antybiotykoterapię. Diurezę stymulowano ciągłym wlewem Furosemidu. W drugiej dobie biorąc pod uwagę stan ogólny pacjentki i wyniki badań koagulologicznych (płytki krwi-54K/ μ l, d-dimery-2560ng/ml, fibrynogen-291mg%, APTT-40,5sek., PT-18,8sek. zastosowano Fraxiparynę pomimo objawów skazy krwotocznej. W kolejnych dniach obserwowano wzrost diurezy cały czas stymulowanej furosemidem, ale także wzrost mocznika i kreatyniny oraz normalizację poziomu enzymów wątrobowych, bilirubiny i układu krzepnięcia. W czwartej i piątej dobie obserwowano wzmożoną poliurię (do 12 litrów), w szóstej dobie odstawiono furosemid, obniżył się poziom mocznika i kreatyniny, pojawiła się laktacja. W siódmej dobie, w stanie poprawy pacjentka została przekazana z sali intensywnego nadzoru do oddziału położniczego, który opuściła po kolejnych 7 dniach.

OPIS TRZECIEGO PRZYPADKU

27-letnia pierwsiastka w 36 tyg. ciąży zgłosiła się do szpitala w godzinach nocnych z pobołowaniem brzucha. Przyjęta do oddziału patologii ciąży z rozpoznaniem obserwacji zagrażającego porodu przedwczesnego oraz nieżytu żołądkowego. Pacjentka bez przeszłości chorobowej, ciąża przebiegała prawidłowo. Przy przyjęciu stan ogólny dobry, wydolna krążeniowo i oddechowo, wartość ciśnienia tętniczego 125/85mmHg, palpacyjnie brzuch miękki, nieco tkliwy w nadbrzuszu. W badaniu wewnętrznym; część pochwowa długości 1cm, rozwarcie 1cm, główka balotuje nad wchodem, pęcherz płodowy utrzymany, akcja serca płodu prawidłowa.

W godzinach porannych pacjentka zgłosiła nieregularną czynność skurczową macicy oraz nasilający się ból w nadbrzuszu, obrzęki kończyn dolnych, krwimocz, wzrost wartości ciśnienia tętniczego do 150/80mmHg. W badaniach laboratoryjnych: HGB-9,9g/dl, Ht-29,5%, WBC-14,9 K/ μ l, PLT-71 K/ μ l, CRP-52,8g/dl, AspAT-1161U/l, AlAT-373U/l, bilirubina-2,6mg/dl, mocznik-82mg/dl, kreatynina-1,62mg/dl, w badaniu

decision was taken to finish the pregnancy by Caesarian session after 1 hour and 15 minutes from admission in this hospital and after around one day after admission to the poviast hospital. Under general anaesthesia, a son alive was born, with full time pregnancy (3000g, 52cm), estimated according to the Apgar scale for: 4, 6, 8 and 10 points respectively in the 1, 3, 5 and 10 minute of life, pH- 7,16 (after 2 hours pH-7,32).

After the intervention, 900ml of packed red blood cells and 900ml of fresh frozen plasma. Then, symptoms of acute renal failure and thrombocytopenic haemorrhagic defect were dominating. In the first day after the intervention, an intensified bleeding from the post-surgery wound was noticed, a low platelet count, elevated INR level and elongated APTT time, increase of respiratory failure symptoms and decrease of diuresis to anuresis. In the following days, we applied: supplement of goiter, haematogenous preparations (fresh fresh plasma, packed red blood cells, platelet mass), antihypertensive drugs, albumin and passive oxygen therapy. Dexaven was initially administered in a dose of 8mg iv every 8 hours, which was decreased in the following days. Antibiotherapy continued. Diuresis was stimulated by continuous Furosemid enema. In the second day, taking into account the general condition of the patient and the results of the coagulation tests (platelets-54K/ μ l, d-dimere-2560ng/ml, fibrynogen-291mg%, APTT-40,5sec., PT-18,8sec., Fraxiparin was applied despite symptoms of haemorrhagic defect. In the following days, we observed an increase of diuresis continuously stimulated with furosemid, but also an increase of urea and creatinine and normalization of liver enzymes level, bilirubin and coagulation system. In the fourth and fifth day, we observed an intensified polyuria (up to 12 liters), in the sixth day furosemid application was discontinued. The urea and creatinine level decreased. Lactation appeared. In the seventh day, the general condition of the patient improved and she was transferred from the emergency room to the obstetric ward, which she quitted after the next 7 days.

DESCRIPTION OF THE THIRD CASE

27-year-old primipara in the 36 week of pregnancy came to hospital late at night with abdomen pains. Admitted to the anomalous pregnancy ward with a diagnosis of preterm threatening delivery and gastric catarrh. The patients without disease history, normal pregnancy. On admission, the general condition of the patient was good, circulatory and respiratory competent, the value of the arterial pressure 125/85mmHg, when touching the abdomen is slender, slightly soft in the epigastric zone. In the internal examination: the vaginal part of 1cm length, spread 1cm, foetus ballotment over the inlet, foetal amnion retained, normal foetal heart action.

In the morning, the patient reported an irregular systoli function of the womb and an intensifying pain in the epigastric zone, oedema of lower limbs, haematuria, increase of value of arterial pressure up to 150/

ogólnym moczu białko obecne 1,8g/l. W badaniu USG prawidłowa akcja serca płodu, fetometria prawidłowa korelowała z wiekiem ciążowym, masa płodu ok. 2770g, AFI - 10, łożysko na przedniej ścianie, III stopień dojrzałości wg Grannuma, bez cech oddzielania. Obraz kliniczny pacjentki i wyniki badań laboratoryjnych wskazywały na rozwijający się zespół HELLP. Zalecono Amoksiklav 2x1,2g iv, Dexaven 8mg iv.

Po dwóch godzinach stwierdzono odpływanie czystego płynu owodniowego, w badaniu wewnętrznym część pochwowa skrócona do 0,5cm, rozwarcie 3cm, zlecono kroplówkę naskurczową z Oxytocyną i przekazano pacjentkę do bloku porodowego. Po godzinie w badaniu kontrolnym stwierdzono część pochwową zgładzoną, rozwarcie 4cm, zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe porodu. Po następnych 2 godzinach w badaniu wewnętrznym rozwarcie 8cm, odchody krwiste ze skrzepami. Ze względu na podejrzenie przedwczesnego oddzielania łożyska w trybie pilnym wykonano cięcie cesarskie po 15 godzinach od przyjęcia. Urodzono córkę żywą, donoszoną (2600g/51cm) ocenioną wg skali Apgar na 10 punktów, pH-7,34, łożysko z cechami oddzielania na 1/5 powierzchni. Przebieg pooperacyjny powikłany dysfunkcją nerek w postaci białkomoczu utrzymującego się do końca pobytu z tendencją malejącą oraz spadkiem HGB w trzeciej dobie do 6,4g/dl - przetoczono 900ml KKCZ. Kontynuowano antybiotykoterapię oraz sterydoterapię w dawkach zmniejszających się. Normalizacja ciśnienia tętniczego nastąpiła w I dobie, płytek krwi w III dobie, a transaminaz w IV dobie. Pacjentka została wypisana do domu w VIII dobie po cięciu cesarskim.

DYSKUSJA

Niepatognomiczność objawów klinicznych stwarza duże problemy we wczesnym rozpoznaniu zespołu. Objawy kliniczne zespołu mogą wyprzedzać pojawienie się zmian w badaniach laboratoryjnych o kilka godzin, często zwiastują gwałtownie postępującą chorobę i w związku z tym celowa jest obserwacja ciężarnej i powtórzenie badań po 4-6 godzinach [2]. U pacjentek, u których podejrzewa się zespół HELLP, mogą występować również inne, niezwiązane z nim zaburzenia lub choroby [3].

Leczenie zespołu w opisywanych przypadkach oparto na sterydoterapii, stosowaniu leków hipotensyjnych i przeciwdrgawkowych oraz podawaniu preparatów krwi i antybiotykoterapii. Wysokie dawki glikokortykoidów podawane celem przyśpieszenia dojrzenia płuc płodów matek z zespołem HELLP i kontynuowane po porodzie powodują szybszą poprawę stanu klinicznego pacjentek oraz normalizację parametrów laboratoryjnych [4-6]. Możemy potwierdzić w opisywanych przez nas przypadkach korzystny efekt stosowania sterydoterapii zarówno przed, jak i po porodzie w postaci szybkiej normalizacji poziomu płytek krwi i aminotransferaz oraz stabilizacji ciśnienia tętniczego. Należy zaznaczyć, iż sterydoterapia w przedporodowym

80mmHg. In laboratory tests: HGB-9,9g/dl, Ht-29,5%, WBC-14,9 K/ μ l, PLT-71 K/ μ l, CRP-52,8g/dl, AspAT-1161U/l, AlAT-373U/l, bilirubin-2,6mg/dl, urea-82mg/dl, creatinine-1,62mg/dl, in the general urine test, the present protein was 1,8g/l. In the echography, normal foetal heart action, normal photometry correlated with pregnancy age, the foetal mass around 2770g, AFI - 10, placenta on the frontal wall, III level of maturity according to Grannum, without separation traits. The clinical presentation of the patient and laboratory tests results showed a developing HELLP syndrome. Amoksiklav 2x1,2g iv, Dexaven 8mg iv were advised.

After two hours, the flowing off of clear amniotic fluid, in internal examination the vaginal part was shortened to 0,5cm, spread 3cm, contractile i.v. with Oxytocine was administered and the patient was transferred to the birth suite. After an hour, in the control test we stated that the vaginal part was slain, spread 4cm, peridural anaesthesia of the delivery was applied. After the 2 next hours, in internal examination spread 8cm, bloody feces with clots. Due to suspected preterm separation of the placenta, Caesarian session was undertaken urgently 15 hours after admission to the hospital. A girl, alive, was born, after full time pregnancy (2600g/51cm) evaluated according to Agar scale to 10 points, pH-7,34, placenta with separation traits on 1/5 of the surface. The postsurgery progress complicated with renal disfunction in the form of albuminorrhea lingering until the end of the patient's stay with decreasing tendency and HGB decrease on the third day up to 6,4g/dl - 900ml of packed red blood cells were transfused. Antibioticotherapy and steroidotherapy were further applied in decreasing doses. The normalization of arterial pressure occurred on the I day, of platelets on the III day, and aminopherases on the IV day. The patient was discharged on the VIII day after the Caesarian session.

DISCUSSION

Nonpathognomicity of clinical symptoms causes big problems in the early diagnosis of the syndrome. Clinical symptoms of the syndrome may outpace the appearance of changes in laboratory tests for several hours, they often herald a violently developing disease and referring to that, it is worth observing the pregnant woman and repeat the tests after 4-6 hours [2]. In patients in whom the HELLP syndrome is suspected, there may occur other, not linked with that, disorders or diseases [3].

The treatment of the syndrome in the described case was based on steroidotherapy, administration of antihypertensive drugs, anticonvulsive and administration of blood preparations and antibioticotherapy. High glyco-corticoids doses administered in order to accelerate the maturity of foetal lungs in women with HELLP syndrome and continued after delivery lead to quick improvement of clinical state of the patients and normalization of laboratory parameters [4-6]. We may confirm,

zespołe HELLP jest postępowaniem doraźnym, a uzyskiwana poprawa stanu matki jest krótkotrwała [7].

U ciężarnej w 26 tyg. ciąży próba opóźniania porodu w celu uzyskania korzyści z działania kortykoidów musiała być zaniechana z powodu pogarszającego się stanu matki. Obserwacje nasze są zgodne z przeprowadzonymi dotychczas badaniami [8]. Decyzję o przyspieszeniu ukończenia ciąży ze względu na narastające ryzyko nie tylko dla matki, ale i dla dziecka, podjęliśmy świadomie dysponując sprawnie działającym oddziałem intensywnej opieki neonatologicznej. W opisywanych przez nas przypadkach czasokres pomiędzy przyjęciem do szpitala i rozpoznaniem zespołu a porodem nie przekroczył 24 godzin.

Wszystkie ciążę ukończono w trybie pilnym cięciem cesarskim. W jednym przypadku po próbie porodu drogą pochwową zabieg wykonano w znieczuleniu zewnątrzoponowym. Ze względu na liczbę płytek krwi mniejszą niż 40 K/dl u dwóch pacjentek oczekiwano na korzystne działanie kortykosteroidów, lecz zaawansowane stadium choroby zmusiło nas do operacyjnego ukończenia ciąży w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. W sytuacji cięcia cesarskiego bez uprzedniej próby porodu drogą pochwową zalecane jest odczekanie około 6 godzin od rozpoczęcia leczenia kortykosteroidami. Takie postępowanie stabilizuje stan matki, umożliwia znieczulenie regionalne oraz zmniejsza konieczność przetaczania masy płytkowej lub KKCZ [9].

W przypadku konieczności wykonania pilnego cięcia cesarskiego bez oczekiwania na efekt działania steroidów u pacjentek z liczbą płytek krwi poniżej 40K/dl zaleca się przetoczenie 6-10j. masy płytkowej na krótko przed intubacją [10]. Jedna pacjentka otrzymała 3j. świeżego mrożonego osocza w trakcie zabiegu, a druga również 3j. bezpośrednio po zabiegu. U wszystkich pacjentek w różnym stopniu doszło do uszkodzenia nerek. Ponieważ nie wykazano przekonujących korzyści agresywnej sterydoterapii w przypadkach uszkodzenia nerek, leczenie takich chorych prowadzi się zgodnie z ogólnymi zasadami postępowania z pacjentami z ostrą niewydolnością nerek [11]. Następstwa choroby mogą utrzymywać się przez dłuższy czas. W kilkuletniej obserwacji u opisanych pacjentek nie stwierdzono trwałego upośledzenia czynności tego narządu.

in the above described cases, a profitable effect of steroidotherapy application both before and after the delivery in the form of quick normalization of platelet count and aminotransferases and stabilization of arterial pressure. It should be underlined that steroidotherapy in the prenatal HELLP syndrome is an extemporaneous proceeding, and the obtained improvement of the mother's condition is shortlasting [7].

In a woman being on her 26 week of pregnancy, the attempt to delay the delivery in order to obtain profits from corticoids action must have been abandoned due to the worsening state of the mother. Our observations are in conformity with the researches carried out so far [8]. We undertook the decision to quicken the pregnancy end due to increasing risk not only for the mother, but also for the child consciously, having an efficient emergency unit of neonatal care. In the described cases, the time between admission to hospital and diagnosis of the syndrome and the delivery did not exceed 24 hours.

All pregnancies were ended urgently by Caesarian session. In one case, after delivery attempt by means of vaginal way, the intervention was performed in peridural anesthesia. Due to the platelet count lower than 40 K/dl, we were awaiting in two patients an advantageous corticosteroid action, but the advanced disease stadium forced us to a surgical ending of the pregnancies in general intratracheal anaesthesia. In situation of Caesarian session without previous attempt of delivery by vaginal way, it is advisable to wait about 6 hours from the corticosteroid start. Such proceeding stabilizes the mother condition, allows for regional anaesthesia and decreases the necessity to transfuse platelet or packed red blood cells [9].

In case of necessity to carry out an urgent Caesarian session without expectation of steroids effects in patients with platelet count lower than 40K/dl, it is advised to transfuse 6-10j. of platelet a short time before intubation [10]. One patient received 3j. of fresh frozen plasma during the intervention, and the second also 3j. directly after the intervention. In all patients, renal damage appeared in a different level. As no convincing profits of aggressive steroidotherapy in cases of renal damage, the treatment of such patients is carried out in accordance with the general rules of proceeding with patients with acute renal failure [11]. After-effects of the disease may persist for a long time. A several-year-lasting observation, in the above-described patients we have not stated enduring impairment of this organ function.

Piśmiennictwo / References:

1. **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(2):159-167.
2. **Faridi A, Rath W.** Differential HELLP syndrome diagnosis. *Z Geburtshilfe* 1996;200:88-95.
3. **Sibai BM.** Imitators of severe preeclampsia/eclampsia. *Clin Perinatol* 2004;31:835-852.
4. **Thiagarajah S, Bourgeois F, Harbert G et al.** Thrombocytopenia in preeclampsia: associated abnormalities and management principles. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:1-7.
5. **Magann E, Perry K, Meydrech E et al.** Post partum corticosteroids: accelerated recovery from the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP). *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1154-1158.
6. **Clenney T, Viera A.** Corticosteroides for HELLP syndrome. *BMJ* 2004;329:270-272.
7. **Suchocki S, Piec P, Obst M i wsp.** Zespół HELLP - nadal trudny problem współczesnego położnictwa. *GinPolMedProject* 2007;4(6):55-65.
8. **Witlin AG, Sibai BM.** Hypertension in pregnancy: Current concept of preeclampsia. *Annual Review of Med* 1997;47:115-127.
9. **Martin JN Jr, Rose CH, Briery CM.** Understanding and managing HELLP syndrome: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(4):914-934.
10. **Roberts WE, Perry KG, Woods JB et al.** The intrapartum platelet count in patients with HELLP syndrome: is it predictive of later hemorrhagic complications? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:799-804.
11. **Asrat T, Nageotte MP.** Acute renal failure in pregnancy. In: *Foley MR, Strong TH. Jr, Garite TJ, eds: Obstet inten care manual. 2nd ed. New York: Mc-Graw Hill* 2004:184-195.