

Een bekende, maar zeldzame complicatie bij het HELLP-syndroom

H.A.R. Klomp, A. Schreuder, K.M. Sollie-Szarynska

Wanneer een zwangerschap gecompliceerd wordt door het HELLP-syndroom dient men altijd bedacht te zijn op de zeldzame complicaties van het HELLP-syndroom. In deze casus wordt een dergelijke complicatie gepresenteerd en worden de behandelingsmodaliteiten kort besproken.

Casusbeschrijving

Een 29-jarige primigravida werd bij een zwangerschapsduur van 31 5/7 weken ingestuurd naar ons tertiaire centrum wegens een ernstige pre-eclampsie danwel HELLP-syndroom en tevens een ernstige foetale groeivertraging. De hypertensie werd behandeld met Labetalol 80 mg/uur en magnesiumsulfaat intraveneus, er was geen proteïnurie op dit moment. Zij klaagde over pijn aan haar rechterschouder en nek, naast pijn in epigastrio. Door het ernstige klinische beloop is er op dit moment geen extra diagnostiek verricht. De combinatie van het klinisch beeld en de laboratoriumuitslagen maakten dat het HELLP-syndroom bovenaan de differentiaal diagnose stond. Na het stabiliseren van de bloeddruk werd wegens de verslechterende maternale conditie en ernstige trombocytopenie een spoed sectio caesarae verricht (Hb 7.3 mmol/L; Trombocyten 46 10E9/L; LDH 543 U/L, ASAT 406 U/L, ALAT 118 U/L). Wegens de trombocytopenie werd deze operatie onder algehele anesthesie uitgevoerd. Tijdens de ingreep werd een trombocytentransfusie toegediend. Er werd een zoon geboren van 1280 gram (p16) met een Apgar-score van 6 na 1 minuut en 9 na 5 minuten. Tijdens de procedure was er 500 cc bloedverlies.

Postoperatief is er tot transfusie besloten wegens Hb 4,4 mmol/L, de patiënte ontving van twee packed cells, De eerste en tweede dag na de sectio caesarae verergerde de pijnklachten in de schouder. Hoewel er geen sprake was van dyspnoe, is wel aanvullend onderzoek verricht om een longembolie aan te tonen, danwel uit te sluiten. De spiraal-CT van de thorax toonde geen aanwijzingen voor een longembolie.

De pijnklachten van de rechterschouder namen echter toe en breidden zich uit met pijn rechts onder de ribbenboog. Daarbij verslechterden de laboratoriumuitslagen (Hb 4.1 mmol/l, Trombocyten 82 10E9/L, LDH 1079 U/L, ASAT 1523 U/L, ALAT 464 U/L). Bij de echo van de bovenbuik die de tweede dag na de sectio caesarae werd verricht, werd een subcapsulair hematoom van 2 x 8 cm rechts onder het leverkapsel gezien, er waren geen aanwijzingen passend bij een actieve bloeding (figuur 1). Het leverhematoom werd conservatief behandeld met adequate pijnstilling. Tijdens de opname knapte patiënte geleidelijk op en haar leverfuncties verbeterden. Na acht dagen werd zij in goede conditie naar huis ontslagen.

Beschouwing

Een spontane bloeding in het leverparenchym is een zeldzame, maar potentieel fatale complicatie die bij 2% van de patiënten met het HELLP-syndroom of pre-eclampsie voorkomt.^{1,2} De exacte pathofysiologie is nog onbekend, maar beschreven is dat er mogelijk een cascade ingezet wordt waarbij hepatische fibrose optreedt.^{3,4} De symptomen waarmee een patiënte zich presenteert zijn vaak pijn in de rechterbovenbuik, misselijkheid, braken, schouderpijn (referred pain) en verslechterende leverfuncties en een Hb-daling in het laboratoriumonderzoek. Het kan zich echter ook presenteren met een hypovolemische shock.^{2,5} Echografie, CT en MRI zijn de juiste diagnostische methoden bij verdenking van een subcapsulair hematoom van de lever of een leverruptuur. Echografie is het snelste; CT en MRI zijn meer gedetailleerd, maar voor de laatste twee moet een patiënte hemodynamisch stabiel zijn.⁴ Een ruptuur treedt vaker op tijdens de zwangerschap, maar in een derde van de gevallen kan dit ook tot 48 uur postpartum optreden en het is beschreven tot 6 weken postpartum.²

De behandeling varieert van conservatief met analgesie - zoals in onze casus - tot laparotomie en



Figuur 1. Subcapsulair hematoom van 2 x 8 cm, rechts in de lever.

chirurgische hemostase en zeer zelden levertransplantatie.^{2,3,6} De keuze van de behandeling hangt af van de hemodynamische (in)stabiliteit van de patiënte.

Bij een hemodynamisch instabiele patiënte dient men bedacht te zijn op een ruptuur van het leverkapsel en een intaperitoneale bloeding. Dit is een levensbedreigende situatie voor de moeder en de foetus.⁴ Enkele jaren geleden werd soms nog besloten tot het onderbinden van de a. hepatica of een lobectomie, dit is echter met de huidige hemostatische mogelijkheden niet meer noodzakelijk.⁴ Ten aanzien van de hemostatische mogelijkheden kan onder andere gedacht worden aan selectieve embolisatie door de interventieradioloog.⁷ Bij een hemodynamisch instabiele patiënte dient echter snel overgegaan te worden tot laparotomie in samenwerking met een chirurg. Indien er een leverruptuur blijkt te zijn, is de eerste behandelingskeuze het tamponneren met gazen.⁴ Andere chirurgische mogelijkheden zijn het overhechten van de leverlaesies, het ligeren van venen, het ligeren a. hepatica, gebruik van collageen sponzen, absorberende matjes, fibrine lijm of argon laser.⁸ Daarnaast kan er een lobectomie of een hepatectomie met (auxilliare of orthotopie) transplantatie uitgevoerd worden.^{4,9-11} Een auxilliare levertransplantatie is een transplantatie waarbij een (deel van) een donorlever naast de eigen lever wordt geplaatst, bij herstel van de eigen leverfunctie verschrompelt de donorlever. Het LUMC is het enige centrum in Ne-

derland waar een dergelijke procedure uitgevoerd wordt.

Dit zijn de laatste redmiddelen in geval van hepatische necrose en acuut leverfalen als gevolg hiervan. In geval van twijfel of bij tekenen van (acuut) leverfalen is het raadzaam om laagdrempelig te overleggen met een gespecialiseerd levertransplantatiecentrum (UMCG, LUMC en Erasmus MC).¹²

Over het herhalingsrisico van deze complicatie van het HELLP-syndroom bij een volgende zwangerschap is weinig geschreven, maar er lijkt geen verhoogd herhalingsrisico.^{13,14} Wel is er een verhoogd risico op een hypertensieve aandoening in een volgende zwangerschap.^{15,16}

Diagnose

Spontaan subcapsulair leverhematoom bij ernstig HELLP-syndroom.

Literatuur

1. Kuczkowski, K.M., *Hepatic manifestations and complications of HELLP syndrome*. Ann Fr Anesth Reanim 2007 Mar;26(3):264-265.)
2. Miguelote, R.F., V. Costa, J. Vivas, L. Gonzaga & C.A. Menezes, *Postpartum spontaneous rupture of a liver hematoma associated with preeclampsia and HELLP syndrome*. Arch Gynecol Obstet

- 2009 Jun;279(6):923-926.
3. Marsh, F.A., S.J. Kaufmann & K. Bhabra K., *Surviving hepatic rupture in pregnancy--a literature review with an illustrative case report.* J Obstet Gynaecol 2003 Mar;23(2):109-113.
 4. Boormans, E.M., D.J. Bekedam, E. Lenters, F.J. Schoonderbeek & H.W. Tilanus, *Spontaneous liver haemorrhage during pregnancy: a rare and life-threatening situation.* Ned Tijdschr Geneesk 2007 May 26;151(21):1157-1162.
 5. Calderon, E.G., S. Khawar, J.A. Cunningham, L.D. Russell & M.A. Alpert, *Pulmonary artery thrombus and subcapsular liver hematoma in a patient with HELLP syndrome: a therapeutic conundrum.* Am J Med Sci 2002 Mar;323(3):151-154.
 6. Strate, T., D.C. Broering, C. Bloechle, S. Henschen, W. Pothmann, S. Hoffmann S et al., *Orthotopic liver transplantation for complicated HELLP syndrome. Case report and review of the literature.* Arch Gynecol Obstet 2000 Sep;264(2):108-111.
 7. Pavlis, T., S. Aloizos, P. Aravosita, C. Mystakelli C, D. Petrochilou, N. Dimopoulos & S. Gourgiotis, *Diagnosis and surgical management of spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome.* J Surg Educ. 2009 May-Jun; 66(3):163-7.
 8. Minkelis, J.L. van de, P. Steenvoorde & A.G. Baranski, *Liver rupture in a patient with HELLP syndrome successfully treated with extensive surgery combined with recombinant Factor VIIa.* Acta chir belg. 2006.106, 602-604

Samenvatting

Een bekende maar zeldzame complicatie van het HELLP-syndroom

Achtergrond Zwangerschap kan gecompliceerd worden door het HELLP-syndroom. Het HELLP-syndroom zelf kan echter ook gecompliceerd verlopen.

Casusbeschrijving Een 29-jarige primigravida werd bij 31 5/7 week amenorroeduur opgenomen in ons derdelijns centrum wegens pre-eclampsie/HELLP-syndroom en intra-uteriene groei restrictie. Na het normaliseren van de bloeddruk hebben we een sectio caesariae verricht. Trombocytopenie (46 10E9/l) werd behandeld met trombocytentransfusie tijdens de ingreep. Een jongen van 1280 gram (p16) met een Apgarscore van 6/9 werd geboren. Na de ingreep klaagde de moeder over continue pijn in de rechterschouder en in de laboratoriumuitslagen werd een Hb daling van 7.3 naar 4.1 mmol/l gezien. Echografie van de bovenbuik liet een subcapsulair leverhematoom zien. Het leverhematoom werd succesvol conservatief behandeld met adequate pijnstilling.

Conclusie Een spontaan subcapsulair hematoom van de lever bij het HELLP-syndroom.

Trefwoorden

HELLP-syndroom, leverhematoom, leverruptuur

Summary

A well-known, but rare complication of the HELLP-syndrome

Background Pregnancy can be complicated by the HELLP syndrome. HELLP-syndrome itself can also be complicated.

Case description A 29 year old primigravid wo-

man was admitted to our hospital at 31 5/7 weeks amenorrhea because of a pre-eclampsia/ HELLP-syndrome and fetal growth restriction. After normalization of the blood pressure we performed a caesarean section. Thrombocytopenia (46 10E9/l) was treated by thrombocytetransfusion given during surgery. A boy with a birth weight of 1280 grams (p16) and an Apgar score of 6/9 was born. After surgery the mother complained of continuous pain in the right shoulder and the laboratory results revealed a drop in the Hb from 7.3 to 4.1 mmol/L. An ultrasound-examination of the upper abdomen showed a subcapsular hematoma of the liver. With expectant management and analgetics the hematoma spontaneously resolved.

Conclusion A spontaneous subcapsular hematoma of the liver caused by the HELLP-syndrome.

Keywords

HELLP-syndrome, liver hematoma, liver rupture

Auteurs

Mw. H.A.R. Klomp, semi-arts obstetrie UMCG (thans: ANIOS gynaecologie Deventer Ziekenhuis)

Mw. Drs. A. Schreuder, AIOS gynaecologie UMCG

Mw. Drs. K.M. Sollie-Szarynska, gynaecoloog-perinatoloog UMCG

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van financiële of andere belangenverstrengeling.

Contactgegevens

H.A.R. Klomp, MSc

Maalderijstraat 14, 7411 CK Deventer

t 06-23543768 e rie_klomp@hotmail.com