

Överstimulering

Gäller för: Kvinnokliniken

Ovariellt överstimuleringsyndrom (Ovarian Hyperstimulation Syndrome, OHSS)

Patogenes: Den exakta patogenesen till OHSS är okänd. En ökad kapillär permeabilitet orsakad av vaskulära tillväxtfaktorer(VEGF) ger läckage av vätska från blodbanan. Detta i sin tur ger intravaskulär dehydrering och vätskeansamling i buken och ibland även i pleura och pericard. Vid allvarliga fall finns tendens till utveckling av trombos, lever-och njursvikt samt andningsproblem (ARDS). Dessutom finns risk för ruptur eller torsion av de kraftigt förstörade ovarierna.

Risikfaktorer: IVF behandling hos kvinnor med multifolikulära ovarier (>10 antralfoliklar/sida) med eller utan PCOS. Tillståndet manifesteras först om ovulationsinduktion med hCG/LH givits. Graviditet och framförallt flerbörd ökar risken.

Handläggning: *Klinisk undersökning:* AT, BT, puls, bukpalpation, vaginal undersökning(undvik bimanuell palpation).

Ultraljud: Vaginalt, även gärna abdominellt, för bedömning av ovariestorlek och ascites.

Blodprover: Blod-el-leverstatus, koagulationsprover, CRP.

Gravtest: Om rimligt(>7 dagar efter ET) urin-eller s-HCG.

Mild OHSS (vanligt efter IVF, upptill 33% av cykler).

Symtom: Bukspänning, lindrig buksmärta ,obetydlig ascites, ovarialförstoring upptill 7 cm.

Måttlig OHSS (3-4% risk vid IVF).

Symtom: Måttlig buksmärta, illamående/kräkning och/eller diarré, påtaglig ascites, ovarier upptill 10cm, EVF<=44%.

Behandling: Alla fall av mild OHSS och flertalet måttlig kan skötas polikliniskt

såvida prover är normala och patienten är cirkulatoriskt opåverkad. Smärtlindra med Paracetamol (undvik NSAID), värmedyna. Patienten ska släcka sin törst men inte anmodas dricka extra mycket. Undvik extrem fysisk träning och samlag (för att minska risk för blödning och torsion av ovarier). Sjukskrivning krävs sällan vid mild OHSS men kan övervägas vid måttlig OHSS. I vissa fall behövs poliklinisk buktappning för symtomlindring. Återbesök inom 2-3 dagar. Trombosprofylax med Fragmin vid intervention (behandlingstid se nedan).

Allvarlig OHSS (0,1-0,5 % vid IVF).

Symtom: Klinisk ascites, dyspne, oliguri, hydrothorax, hypoproteinemi, EVF \geq 45% $<$ 55%.

Kritisk OHSS

Symtom: Uttalad ascites, uttalad hydrothorax, njursvikt, ARDS, tromboembolism, leversvikt, DIC med multiorgansvikt, EVF $>$ 55%, LPK $>$ 25x10⁶/L.

Behandling: Inläggningssfall. Daglig kontroll av vikt, bukmängd och blod-el-leverstatus, koagulationsprover, CRP. Vätskelista. Smärtlindring.

Trombosprofylax med Fragmin (skall ges till klinisk symtomfrihet och minst till v 12+6). Hos patienten utan bekräftad graviditet kan profylax avslutas 4 veckor efter klinisk symtomfrihet). Psykologiskt stöd.

Korrigera vätskebalans och elektrolyter, total väsketillförsel bör uppgå till 2-3 liter/dygn inkl. dryck. Urinproduktion $<$ 1000ml/dygn ska föranleda intensifierade korrigerande åtgärder. Diuretika endast vid risk för anuri. Antiemetika vid behov. Lungröntgen vid dyspne, spiral CT/ultraljud av hjärta+ EKG vid misstanke om lungemboli eller hydropericardium. Tromboser ses vid OHSS även i övre delen av kroppen t ex v. jugularis.

Symtomlindring med ascitestappning transvaginalt eller med kvarliggande abdominellt drän (kan utföras med normaldos av trombosprofylax).

Eventuell behandling med kolloider. Kritisk OHSS kräver individuell handläggning i samråd med anestesi/IVA-läkare.

Vid mycket allvarlig OHSS överväg att avbryta graviditeten.

Giltig fr.o.m: 2018-04-30
Giltig t.o.m: 2020-04-30
Identifierare: 117985
Överstimulering



**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela
faktaägare**