

# Överstimulering

Ovariellt överstimuleringsyndrom – OHSS

## Bakgrund

Omkring 1-2% av de kvinnor som använder follikelstimulerande hormonbehandling(FSH, hMG) drabbas av ovariell överstimulering.

## 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.

## Riskfaktorer

IVF behandling hos kvinnor med multifollikulära ovarier (>10 antralfolliklar/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, Albumin.

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

- **Grad 1- Mild OHSS** (vanligt efter IVF, upptill 33% av cykler).  
Symtom: Bukspänning, lindrig buksmärta ,obetydlig ascites, ovarialförstoring upptill 7 cm.
- **Grad 2 - Måttlig OHSS** (3-4% risk vid IVF).  
Symtom: Måttlig buksmärta, illamående/kräkning och/eller diarré, påtaglig

ascites, ovarier upp till 10cm med multipla cystor, EVF $\leq$ 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).

- **Grad 3 - Allvarlig OHSS** (0,1-0,5 % vid IVF).  
Symtom: Klinisk ascites, dyspne, oliguri, hydrothorax, hypoproteinemi, EVF $\geq$ 45% $<$ 55%, pleuravätska, ev. perikardvätska, multiorgansvikt (DIC, disseminerad intravasal koagulation).
- **Kritisk OHSS**  
Symtom: Uttalad ascites, uttalad hydrothorax, njursvikt, ARDS, tromboembolism, leversvikt, DIC med multiorgansvikt, EVF $>$ 55%, LPK  $>$ 25x10<sup>6</sup>/L.

## Behandling

Inläggningsfall. Daglig kontroll av vikt, bukomfång och blod-el-leverstatus, koagulationsprover, CRP. Vätskelista. Smärtlindring. Erbjud psykologiskt stöd, kuratorskontakt.

- 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).
- Korrigera vätskebalans och elektrolyter, total vätsketillförsel 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 anesthesi/IVA-läkare.

Vid mycket allvarlig OHSS överväg att avbryta graviditeten.

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