OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.
Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

Region Halland

Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Ovariellt hyperstimuleringssyndrom (OHSS) – KK HS

Hitta i dokumentet

Bakgrund
Inledning enligt WHO
Provtagning
Behandling – anpassas till svårighetsgrad
Vid frågor kontakta i första hand klinik där patienten gått på behandling:
Referenser
Uppdaterat från föregående version

Bakgrund

Förekomst 10 % mild form, 1 % svårare form. Early/late onset. Senare debut mer långdraget och allvarligare tillstånd.
Riskpatienter: Behandling som lett till graviditet, stort antal folliklar, höga estradiolvärden, PCO-S.

Inledning enligt WHO

I. Ovarialförstoring upp till 7 cm, obetydligt med ascites, lätt smärta.

II. Multipla ovarialcystor och ovarialförstoring upp till 10 cm. Påtaglig ascitesbildning, buksmärtor, illamående, tarmbesvär. Hemokoncentration, lågt serumalbumin.

III. Massivt förstorade, polycystiska ovarier > 12 cm. Buksmärtor, illamående, viktuppgång, tilltagande bukomfång, andningsbesvär, ascites, pleuravätska, perikardvätska, hypovolemi, oliguri, elektrolytrubbingar, koagulationsstörningar.

Provtagning

EVF - viktigaste enskilda provet, EVF >45 signalerar mycket allvarligt tillstånd. LPK - leukocytos >15-35 (hämokoncentration + stressreaktion), Hb, kreat/s, leverprover, elektrolytstatus, s-alb, gravtest, ultraljud, EKG vid behov, röntgen pulm vid misstanke om pleuravätska.

Behandling – anpassas till svårighetsgrad

1. Bukomfång och vikt följs dagligen.

2. Hospitalisering om ovarierna > 12 cm och vid symptom oberoende av ovarialstorlek.

3. Vätskelista.

4. Eventuellt KAD, timdiures.

5. Antikoagulantia (lågmolekylärt heparin). Innohep 4500 IE (10 000 IE/ml. 0,45 ml). Ska fortgå hela första trimestern beroende på övriga trombosdisponerande faktorer. Vid abort fortsättes behandlingen 2 veckor efter aborten.
6. Antihistaminer mot illamående, paracetamol och vid behov opiater som smärtstillning.

7. Korrigera hypovolemi och elektrolytrubbningar. Dryck i förhållande till törst.
   I.v. infusion inleds med 1 liter kaliumfri infusion på 1 tim.(Starta med Fysiol koksalt, fortsätt med 5 % tillsatser, anpassas efter el-status).
   Vid låg urinproduktion ge förutom isoton vätska även Albumin 50-100 ml, 200 mg/l i infusion. Diuretika bör undvikas då dessa patienter är hypovolema. Eftersträva en timdiures på 50 ml/tim.
   Vid otillräcklig urinproduktion trots vätsketerapi kan Furosemid 10-20 mg i.v. ges direkt efter Albumintillförsel. Laparocentes har god effekt på urinproduktionen, se nedan.
   Eftersträva en timdiures på 50 ml. Vid fortsatt otillräcklig njurperfusion kontakta narkosläkare. Ibland kan dopamindropp eller dialys övervägas. OBS! **Intensivvårdsfall**. Innan dess ska man allvarligt överväga att avbryta eventuell graviditet.

8. Ultraljudsledd laparoscentes vid behov av symptomatisk lättnad men även i kurativt syfte. Patienten ska vara hämodynamiskt stabil. För att undvika upprepade tappningar kan Pigtail-kateter användas. Kan kvarligga några dagar och kopplas till uribag. Seponeras när ascitesproduktionen är under 1000 ml/dygn.

9. Laparotomi: Endast vid torsion, cystruptur, tubargraviditet eller blödning.

10. GnRH-analogbehandling skall fortsätta om stimulering avbrutits.

11. Progesteronbehandling avbryts inte.

Vid frågor kontakta i första hand klinik där patienten gått på behandling:

RMC, SUS Malmö via växeln: 040-33 10 00

RMC Sahlgrenska sjukhuset via växeln: 031-342 10 00

Referenser

IVF worldwide, Research and education
Up to Date (Databas)
Torbjörn Hillensjö, Internetmedicin

Uppdaterat från föregående version

2025-11-17: Reviderad med nytt datum utan ändringar.

2017-12-14: Lagt till om Furosemid, ändrat referenser och uppdaterat kontaktinfo till regionsjukhus.