

## Ovarialt hyperstimuleringsyndrom/ OHSS - Prosedyre SSHF

Side 1 av 3

Dokument ID:  
**1.4.8.5-9**Godkjent dato:  
**22.10.2024**Gyldig til:  
**22.10.2026**Revisjon:  
**7.00**

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

**Omfang**

Prosedyren omhandler pasienter med OHSS.

**Hensikt**

Sikre at pasienter med OHSS får forsvarlig og god behandling.

**Ansvar**

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Lege, sykepleier og hjelpepleier med ansvar for pasienter med OHSS har ansvar for å følge prosedyren.

**Bakgrunn**

OHSS er en potensiell livstruende komplikasjon etter assistert befruktning. OHSS forekommer etter bruk av gonadotropiner i forbindelse med IVF eller svært sjelden etter ovulasjonsstimulering i forbindelse med luteinisering av et stort antall follikler. Syndromet ses med eller uten: ascites, hydrothorax, hydroperikard, koagulasjonsforstyrrelser og nedsatt lever- og nyrefunksjon.

Det forekommer oftest i forbindelse med induksjon med hCG og kan forverres dersom kvinnen blir gravid (hCG-stigning). Symptomene opptre vanligvis 5-10 dager etter ovulasjonsinduksjon. OHSS kan også forekomme i forbindelse med trofoblasttumores og i forbindelse med tvillingsvangerskap.

Kvinner med PCO(S) er spesielt utsatt for å utvikle OHSS.

**UTREDNING, OBSERVASJON OG BEHANDLING****Symptomer****OHSS klassifiseres** etter alvorligheten av symptomene, klinikk og lab.prøver


- **Grad 1 (mild):** Abdominalt ubehag, tyngdefornemmelse, evt. kvalme, oppkast og diarè. Ovariene forstørret opp til 8 cm.
- **Grad 2 (moderat):** Smerte, kvalme/brekninger, utspilt abdomen, diarè, hemokonsentrasjon og ascites. Ovariene forstørret opp til 12 cm.
- **Grad 3 (alvorlig):** Kliniske tegn på ascites og/eller hydrothorax, pleura- og evt. perikardvæske, hypovolemi, oliguri og hyperkoagulabilitet. Hemokonsentrasjon med hematokrit >45 %. Hypoproteinemi. Hyperkalemi. Eksessivt forstørrete ovarier (>12 cm ).
- **Grad 4 (kritisk OHSS):** Spent distendert abdomen eller betydelig med pleuravæske. Hematokrit >55%. Leukocytter >25. Oliguri/anuri. Tromboemboli. ARDS.

**Innledning etter debutstart:**

- I. Tidlig OHSS: symptomer og funn innen 9 dager (oftest 3-7 dager) etter at hCG er injisert. Mer alvorlig form enn den sene.
- II. Sen OHSS: starter fra dag 10 og senere, og skyldes endogen hCG-produksjon fra graviditet.


Pas. kan ha betydelig hemokonsentrasjon (høy Hb og Hct), lavt sentralt venetrykk, lavt BT, tachykardi og elektrolyttforstyrrelser. Lekkasje av proteinrik væske fra blodbanen gir ascites, pleuravæske og i noen tilfeller perikardvæske. Væsken som lekker ut inneholder cytokiner mm.

Utarbeidet av:  
**Aiste Barisauskiene/ Aiste Barisauskiene/ Marita Sandvold Lomheim**Fagansvarlig:  
**Ingvild Vistad/ Astrid H Liavaag/ Eberhard Ruff**Godkjent av:  
**Ingvild Vistad**

		<b>Ovarialt hyperstimuleringsyndrom/ OHSS - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.5-9	Utarbeidet av: Aiste Barisauskiene/ Aiste Barisauskiene/ Marita Sandvold Lomheim	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Astrid H Liavaag/ Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.202420	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 5.00

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

	<p>som forsterker prosessen ytterligere. I sjeldne tilfeller ses nyresvikt, oliguri og hypovolemisk sjokk og tromboemboli.</p> <p>Dødsfall er rapportert!</p>
<b>Aktuelle undersøkelser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blodprøver ved innkomst: HB, Hct, trombocytter, hvite, kreatinin, Na, K, CL, albumin, kalsium, urinsyre, bilirubin, ALP, ASAT, ALAT, LD, GT.</li> <li>• Ultralyd av ovarier og vurdering av ascites.</li> <li>• Blodprøver+TVUL ved innkomst. Deretter annenhver dag eller ved forverring</li> <li>• Auskultasjon av hjerte/lunger. Supplerende us. på indikasjon (Rtg Thorax, Ecco cor)</li> </ul>
<b>Behandling:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner med grad 2 og 3 OHSS skal hospitaliseres. Grad 1 følges poliklinisk mtp utvikling til grad 2 eller 3.</li> <li>• Antikoagulasjonsbehandling, Klexane 40 mg daglig.</li> <li>• Rikelig væsketilførsel <u>iv (3 – 5 liter)</u>. Hensikten er å oppheve hemokonsentrasjonen. Hb bør være under 15 g/dl, Hct &lt;38. Drikke fritt. Vurdere å gi kolloider, 0,5-1 l per døgn - særlig ved ascitestapping! (RCOG).</li> <li>• Væskebehandling: Pasienten kan drikke seg utørst, men ikke mer (drikkeliste). I tillegg gis som utgangspunkt 1 l NaCl i.v. per døgn, og evt ytterligere <u>1-2 liter</u> avhengig av drikkevolum.</li> <li>• Drikke/diureseliste: Tilstreb normal diurese. Diuretika er kontraindisert. Målet er timediurese &gt;0,5 ml/kg/t.</li> <li>• Mål bukomfang og vekt daglig (OBS &gt;1kg/d). Daglig måling av BT/puls ved grad 3.</li> <li>• Serum-albumin sjekkes hyppig. Det er ikke konsensus om nivå for start korrigerende, men de fleste anbefaler ALBUMIN 200 mg/ml, 100 – 200 ml daglig iv ved verdi &lt; 25 mmol/l. Kan gis uten å blandes i annen væske. Pasienten bør spise proteinrik mat.</li> <li>• <b>Smertestillende:</b> paracetamol og kodein. Ikke NSAID's (kan påvirke nyrefunksjonen).</li> <li>• Korrigere elektrolyttverdiene.</li> </ul> <p><b>Ascitestapping</b> ved stort bukomfang eller dyspnoe. Terskelen for dette skal ikke være for høy. Studier viser at ascitestapping gir raskere bedring. (Kan gjøres transvaginalt eller abdominalt). Ikke anbefalt å tappe mer enn 4 liter til sammen! Dersom rikelig produksjon av ascites kan kateteret ligge inne til ascites produksjon er redusert til ca. 1 liter i døgnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evt pleuratapping på lunge-/røntgenavd. Man bør tilstrebe å la pasienten bruke antikoagulasjon til tross for pleuratapping, men dette må avklares med lungelege/radiolog.</li> <li>• Progesteron luteal støtte kan kontinueres.</li> </ul>
<b>Komplikasjoner</b>	<p>Graviditet vil opprettholde tilstanden over lengre tid.</p> <p>Ab. prov. kan i sjeldne tilfeller bli nødvendig om mors liv står i fare.</p> <p>OHSS virker ikke negativt inn på graviditeten: risikoen for spontanabort, preeklampsi eller for tidlig fødsel er ikke høyere enn ved andre graviditeter.</p>
<b>Ved utreise:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God samtale med lege og tilstrekkelig lang sykemelding.</li> <li>• Ved utskrivelse etter alvorlig form for OHSS <u>anbefales tromboseprofylakse ut første trimester</u>, få med resept.</li> <li>• I utreisenotatet bør man notere ned dagens vekt, bukomfang, diurese, og blodtrykk</li> <li>• Dersom pasienten skal komme tilbake for kontroll: avtale med utskrivende lege hvilke blodprøver som skal bestilles og hva som skal undersøkes ved neste kontroll</li> </ul>

 SØRLANDET SYKEHUS		<b>Ovarialt hyperstimuleringsyndrom/ OHSS - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.5-9	Utarbeidet av: Aiste Barisauskiene/ Aiste Barisauskiene/ Marita Sandvold Lomheim	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/ Astrid H Liavaag/ Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.202420	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 5.00

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

## Kryssreferanser

### Eksterne referanser

Prosedyre fra Kvinneklinikken Stavanger Universitetssykehus [http://eqs-kk.sus.no/exportkk/docs/doc\\_23469/index.html](http://eqs-kk.sus.no/exportkk/docs/doc_23469/index.html)

Prosedyre fra Kvinneklinikken Bergen Universitetssykehus [https://ek.helse-bergen.no/SubPage/EK/EKSubPage\\_ExportOutput.aspx?docs=36594,21225,21584](https://ek.helse-bergen.no/SubPage/EK/EKSubPage_ExportOutput.aspx?docs=36594,21225,21584)

[https://www.uptodate.com/contents/management-of-ovarian-hyperstimulation-syndrome?search=ovarian%20hyperstimulation%20syndrome&source=search\\_result&selectedTitle=1~76&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-ovarian-hyperstimulation-syndrome?search=ovarian%20hyperstimulation%20syndrome&source=search_result&selectedTitle=1~76&usage_type=default&display_rank=1)

[https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg\\_5\\_ohss.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_5_ohss.pdf)