

Kurzinfo zum Überstimulationssyndrom (OHSS)

Im Rahmen einer ovariellen Stimulationsbehandlung mit Gonadotropinen (FSH) kann es 2-3 Tage (ggf. auch 1-2 Wochen) nach Ovulationsinduktion (HCG) zu einem ovariellen Überstimulationssyndrom (OHSS) kommen.

Medikamente: gängig zur ovariellen Stimulation sind: Menogon/Menopur/Merional/Bravelle, Gonal-F/Puregon/Pergoveris. Zur Ovulationsinduktion (OI) wird meist HCG verwendet (z.B.: Pregnyl, Choragon, Ovitrelle, Brevactid). Spezialfall (OI bei OHSS-Risiko) = Decapeptyl IVF 0,2

leicht-mittelgradiges OHSS -> ambulantes Management

Symptome: reduziertes Allgemeinbefinden, Zunahme des Bauchumfanges, Blähungsgefühl, Durchfall, Unterbauschmerzen, Übelkeit, leichter Schwindel. Vag. US: Ovarien zystisch vergrößert bis max. 10x10cm, Aszites bis ca. 500ml tolerabel (immer auch an Nachblutung nach Punktion denken!). Diese Beschwerden sind in gewissem Ausmaß bei vielen Stimulationsbehandlungen vorhanden.

ambulante Maßnahmen: ausreichende Flüssigkeitszufuhr (2-3 Liter pro Tag, wenn möglich eiweißreich), bei Schmerzen: Ibuprofen 2-3x600mg, ggf. auch 1-2x Voltaren supp 100, kein Aspirin!, großzügig Fragmin P 1x tgl., keine strenge Bettruhe, kein Sport, ggf. im IVF-Zentrum vorstellen (transvag. Aszitespunktion?)

OHSS (Grad 3) -> immer stationäre Behandlung!

Bestehen stärkere Bauchschmerzen, deutlich reduziertes Allgemeinbefinden, ggf. mehrfaches Erbrechen, Dyspnoe, Durchfälle usw. so sollte immer zunächst eine Laboranalytik und ein vag. US erfolgen:

Labor: BB, Elektrolyte, Krea, Harnsäure, ges. Eiweiß, Gerinnungswerte, Leberwerte, CRP.

Eine stationäre (ggf. intensivmedizinische) Behandlung/Überwachung ist empfehlenswert bei:

BB: Hb: >16 g/dl, Hkt: >45%, Leukos: >25.000/mm³, Thrombos >400.000/mm³
 Crea: >1,6mg/dl, Crea-Clearance <50ml
 RR: <90/60, Puls >100/min
 US: Aszitesbildung >500ml, Ovarien >12x12cm

Stationäre Therapie

Prophylaktische Heparinisierung (z.B. 1-2x5000 IE Heparin/d). Stützstrümpfe zur Thromboseprophylaxe. Regelmäßige Ultraschallkontrollen des Abdomens und bei Dyspnoe auch des Brustraumes

- *bilanzierte Infusionstherapie:* 2000-3000 ml Vollelektrolytlösung/24h (ggf. initial Blasenkatheter)
- *bei UB-Sz:* Paracetamol (Supp oder als Infusion 50mg/kgKG/d maximal)
- *bei Hypoalbuminämie (<20g/l):* 100-200ml Humanalbumin 20%/24h. (eher kein HAES/Plasmaexpander)
- *bei Hkt >45% und Ausscheidung <50-100ml/h (trotz adäquater Volumensubstitution):* vorsichtige Induktion der Diurese (am besten per Dopamin-Perfusor (2-4µg/kg/min), kein Lasix verwenden)
- ggf. prophylaktische Antibiose (Cefuroxim 2x500mg), *bei Übelkeit:* Dimenhydrinat retard (max. 500mg/d)

Bei starkem abdominalem Spannungsgefühl kann eine Aszitespunktion (ggf. als transvaginale Punktion) durchgeführt werden. Bei zunehmender Dyspnoe durch einen Pleuraerguß muss ggf. auch (zunächst einseitige) Pleurapunktion erwogen werden. Insgesamt gilt aber: Die Erkrankung ist (bei nicht-schwangeren) selbstlimitierend, d.h. Zeit gewinnen, symptomatisch vorgehen, nur so viel Intervention wie klinisch notwendig.

Differenzialdiagnosen zum Überstimulationssyndrom

- Blutung aus rupturierter Ov-Zyste
- Brechdurchfälle infolge anderer Ursachen
- intraabdominelle Blutung (z.B. nach Follikelpunktion!)
- stielgedrehte Adnexe
- Infektionen (Peritonitis nach Punktion)

Stadieneinteilung (mod. nach WHO)

Grad 1 (leicht): leichte körperliche Beeinträchtigung, vergr. Ovarien bis 6cm, wenig Aszites (<250ml)

Grad 2 (mittel): mittlere Beeinträchtigung, abdominales Spannungsgefühl, leichte Übelkeit, Diarrhoen, gelegentliches Erbrechen, Ovarien 6-12cm, Aszites (<500ml)

Grad 3 (hoch): starke klinische Symptomatik, erhebliche Bauchumfangzunahme, Schmerzen, Übelkeit, häufiges Erbrechen, Diarrhoen, große ovarielle Zysten, Ovarien >12cm, Aszites (>500ml), Pleuraerguss mit Dyspnoe, Hypovolämie, Hypoproteinämie, Oligurie, Elektrolytverschiebungen, Hämokonzentration