

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Josline Chidiac Munther, (josch1), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-06-18

Giltig till: 2028-06-18

Ovariell hyperstimulering/OHSS

Revidering i denna version

Inga ändringar i denna version.

Definition

Akut, potentiellt letal, generell mikroangiopati sekundärt till överstimulerade ovarier. Drabbar cirka 10 % (2 % behandlingskrävande) av IVF-klientelet. Debuterar inom 1 - 2 veckor efter äggåterföring (= ET). Vanligast är lindriga symtom som pågår 2 - 10 veckor. Förstorade ovarier (regel men inte stadiekorrelation).

Stadier/symtom

- I. **Mild:** Lindrig värk/bukspänning. Ascitessjöar <3 cm. EVF <40 %.
- II. **Måttlig:** Smärta, eventuellt peritonit, illamående, eventuellt dyspné. Ascitessjöar >3 cm. EVF 40 – 45 %. Ofta inläggningsfall.
- III. **Allvarlig:** EVF >45 %. Ascitessjöar >5 cm. Uttalad buksmärta. Cirkulations- och andningspåverkan. Eventuellt pleuraexsudat. Ofta stora ovarier (>10 cm) med torsionsrisk. Inläggningsfall.
- IV. **Kritisk:** Tydlig cirkulationspåverkan, intorkning, oliguri, leversvikt, dyspné, ödem, feber, leukocytos >25 000 och elektrolytstörning. EVF >55 %. Stor risk tromboembolier. **IVA-patient.**

Handläggning

Ad I

1. Buk- och gynstatus, ultraljud, bukomfång, vikt och blodtryck.
2. Kontrollera Hb, EVF, leukocyter, temp och graviditetstest.
3. Erbjud Pamol eller Panocod 500 mg, 1 - 2 x 4 (undvik NSAID).
4. Avråd från fysisk ansträngning/coitus. Överväg sjukskrivning.
5. Återbesök inom 2 - 3 dagar.

Ad II

1. Vanligen inläggningsfall med första dygnet upprepade status beträffande allmäntillstånd, andning, cirkulation och urinproduktion (minimum 50 ml/tim) Eventuellt fasta.
2. Vid misstänkt ovariell torsion överväg skopi och/eller cystdränage (eventuellt via vagina).
3. Urinmätning, vätskelista, temp/tryck/puls, vikt och bukomfång.
4. Dagligen: Hb, EVF, LPK, TPK, CRP, ALAT, ASAT, kreatinin, albumin, natrium, kalium och koagulationsstatus.
5. Fragmin 5 000 IE till och med vecka 12 - 14.
Pamol eller Panocod. Undvik NSAID-preparat.
Vid behov OxyNorm eller OxyContin 10 x 2.
Lergigan, Primperan, Movicol vid behov.
Diuretika/albumin om dyspné och ödem.
6. Fortsätt med progesteronstöd och byt ut hCG/Profasi till vagitorier
Progesteron 400 µg x 2 till och med vecka 12.
7. Fri venväg. Stöddropp med elektrolyter.
8. Vid oklar dyspné/cirkulationspåverkan överväg tromboemboli eller vätska i lung- och hjärtsäck. Kolla lungröntgen, spiral-CT, EKG/UCG. Överväg trombos även i övre extremiteter och hals.

Ad III + VI

1. **Ofta IVA-patient**
2. Intensifiera antitrombosbehandling.
3. Samråd med IVF-klinik. Överväg att bryta graviditeten.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Josline Chidiac Munther, (josch1), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-179

Version: 8.0

Giltig från: 2026-06-18

Giltig till: 2028-06-18