NEWSLETTER #11 · ZAŁĄCZNIK 2

Zespół Hiperstymulacji Jajników (OHSS) — RCOG Green-Top Guideline No. 5

Co to za dokument?

Wytyczna kliniczna RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), 4. edycja, opublikowana w BJOG w lutym 2026 r. (zaakceptowana 12 lutego 2026). Dokument konsensusowy oparty na przeglądzie piśmiennictwa 2015–2021 z uzupełnieniem z 2024 r. Większość rekomendacji na poziomie D (opinia ekspertów/series przypadków) ze względu na brak RCT w tej dziedzinie.

Klasyfikacja OHSS — cztery stopnie

Wytyczna stosuje klasyfikację RCOG/HFEA (cztery stopnie: łagodny, umiarkowany, ciężki, krytyczny). Stopień określa się na podstawie objawów klinicznych, wielkości jajników w USG, hematokrytu i bilansu płynów:

- **Łagodny:** ból brzucha, wzdęcie, jajniki <8 cm, HCT <0,40
- **Umiarkowany:** ból, nudności, jajniki 8–12 cm, wodobrzusze w USG, HCT <0,45
- **Ciężki:** kliniczne wodobrzusze, jajniki >12 cm, HCT >0,45, Na <135 mmol/L, oliguria <300 mL/dobę
- **Krytyczny:** napięte wodobrzusze, wysięki opłucnowe, HCT >0,55, bezmocz, zakrzepica, ARDS

Leczenie ambulatoryjne (OHSS łagodny, umiarkowany, ciężki)

Większość przypadków OHSS może być leczona ambulatoryjnie. Leczenie polega na:

- **Nawadnianie:** doustne według pragnienia — brak wskazania do narzucania minimalnej ilości płynów. Badania RCOG wykazały, że płyny doustne dają tak samo dobrą regenerację jak parenteralne.
- **Analgezja:** paracetamol i opioidy doustne (kodeina). NLPZ są PRZECIWWSKAZANE — mogą uszkodzić czynność nerek.
- **Profilaktyka zakrzepowa** (OHSS umiarkowany/ciężki): pończochy przeciwzakrzepowe + LMWH (heparyna drobnocząsteczkowa). Czas trwania indywidualny; przy ciąży — minimum do końca I trymestru.
- **Paracenteza ambulatoryjna** (przezpochowowa lub przezbrzuszna pod kontrolą USG): bezpieczna opcja przy wodobrzuszu powodującym ból, duszność lub skąpomocz. W seriach obs. hospitalizacja była potrzebna tylko u 4–8% leczonych w ten sposób.
- **Monitorowanie ambulatoryjne:** wizyta co 2–3 dni przy stabilnym przebiegu, pilna ocena przy pogorszeniu (zwiększenie obwodu brzucha, skąpomocz <1000 mL/dobę, duszność, tachykardia).

Wskazania do hospitalizacji

- Niemożliwe regularne wizyty ambulatoryjne

- Nieskuteczna kontrola bólu
- Niemożność utrzymania nawodnienia z powodu nudności/wymiotów
- Nasilanie się objawów OHSS mimo leczenia ambulatoryjnego

Leczenie szpitalne — kluczowe zasady

- **Płyny:** nawadnianie doustne według pragnienia jako metoda z wyboru. Kroplówka z krystaloidami przy niemożności picia. Uwaga: agresywna kroplówka krystaloidami może nasilać wodobrzusze przez zwiększoną przepuszczalność naczyń.
- **Albumina ludzka 20%** (50–100 g/100 mL, wlew przez 4 h, powtarzany co 4–12 h): przy utrzymującej się hemokoncentracji mimo wyrównania objętości krystaloidami. Ekspander wolemii — nie uzupełnianie strat albuminy.
- **HES (hydroksyetyloskrobia) wycofany w UK:** zwiększone ryzyko zgonu u krytycznie chorych — nie stosować.
- **Diuretyki:** TYLKO w warunkach wielodyscyplinarnych z monitorowaniem CVP. Ryzyko pogłębienia hipowolemii.
- **Paracenteza szpitalna:** wskazana przy wodobrzuszu powodującym ból, duszność lub skąpomocz oporny na nawodnienie. Pod kontrolą USG; droga przezbrzuszna lub przezpochwowa. Po dużych objętościach — wlew koloidów i.v.
- **Monitoring dobowy:** masa ciała, obwód brzucha, tętno, RR, diureza, morfologia z HCT, jonogram, LFT, koagulogram.
- **Leczenie wielodyscyplinarne** (anestezjolog, intensywista, nefrolog, hematolog): wskazane przy OHSS krytycznym i przy utrzymującej się hemokoncentracji pomimo korekty objętości.

Profilaktyka i leczenie zakrzepicy — priorytet

OHSS to stan prozakrzepowy — ryzyko VTE w ciąży po IVF powikłanej OHSS: OR 99,7 (95% CI 61,6–161,1) vs ciąża naturalna. Zakrzepica może wystąpić tygodnie po pozornej remisji, dotyczy górnych partii ciała i układu tętniczego. Nietypowe objawy (zawroty głowy, ból karku, zaburzenia widzenia) — podejrzenie zakrzepicy i pilna diagnostyka.

- **OHSS umiarkowany:** ocena czynników ryzyka, pończochy, rozważyć LMWH
- **OHSS ciężki/krytyczny:** pończochy + LMWH obowiązkowo
- **Przy ciąży:** LMWH minimum do końca I trymestru. Czas trwania terapii — indywidualny, w konsultacji z hematologiem.

Co z tego wynika w gabinecie

Każda pacjentka przed IVF powinna otrzymać pisemną informację o OHSS z numerem kontaktowym 24 h — to wymóg formalny według wytycznej. Przy objawach wczesnego OHSS przed transferem — krioprezerwacja zarodków i odroczony transfer (frozen embryo transfer): redukuje ryzyko OHSS o 58% (RR 0,42) i jednocześnie nie zmniejsza, a nawet zwiększa częstość żywych urodzeń (RR 1,12). To kluczowa decyzja do szybkiego podjęcia.

Pacjentki z OHSS po IVF, które trafiają do OAiIT w miejscu innym niż klinika lecząca, wymagają przekazania informacji z powrotem do kliniki dla celów raportowania do HFEA.

Ograniczenia

Brak RCT porównującego leczenia ambulatoryjnego z szpitalnym przy OHSS ciężkim — badanie wieloośrodkowe UK zostało przerwane w 2023 r. z powodu niewystarczającej rekrutacji. Większość rekomendacji na poziomie D (opinia ekspertów). Klasyfikacja RCOG/HFEA nie jest jedyną stosowaną — brak międzynarodowego konsensusu utrudnia porównywanie danych.

Źródło

Hamoda H, Drakeley AJ, Brian K, Evbuomwan IO, Mathur R on behalf of RCOG. The Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Green-Top Guideline No. 5. BJOG 2026; 0:1–20.

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.70195

Newsletter #11 · Kwiecień 2026