

# Spontankonzeption reines Abenteuer – Fallbericht



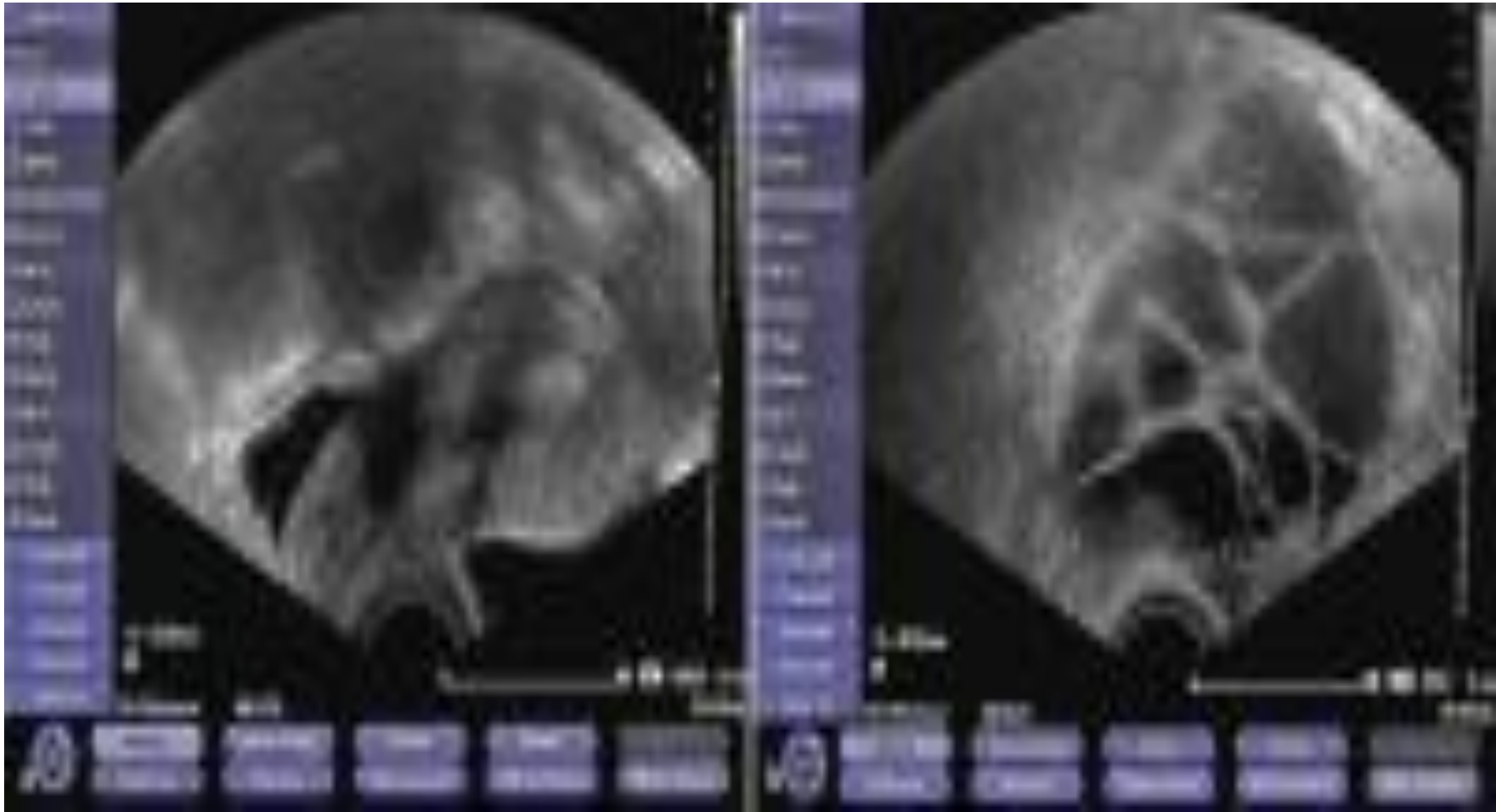
Gabriela Piat  
Klinikum Neukölln

# Anamnese

- 29 j. Patientin, 6. Gravida, 5 Para
- Z.n. Sectio
- Keine Kinderwunschtherapie
- Eigene Anamnese – keine Vorerkrankungen

# Stationäre Aufnahme

- Unterbauchschmerzen, Dyspnoe ,Ödeme
- Übelkeit und Erbrechen seit einigen Tagen.
- Sonographisch rechts auf über 10, links auf 9 cm vergrößerte multizytische Ovarien und reichlich Aszites
- $\beta$ -HCG-Wert 23 IU/l -3+3 SSW



Auftragsnummer	Messmethode	Referenzbereich	Einheit	81000938 02.01.2015 13:45	81001042 02.01.2015 15:42	81001344 03.01.2015 08:00	81001891 03.01.2015 23:07	81001985 04.01.2015 03:16	30179621 04.01.2015 03:30	81001990 04.01.2015 03:32
----------------	-------------	-----------------	---------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

NOTFALL

**Hämatologie / Gerinnung**

kleines Blutbild (EDTA)										
Leukozyten	Impedanz	3.90-10.50	/nl	19.41↑		13.06↑	20.02↑	20.51↑		
Erythrozyten	Impedanz	3.9-5.2	/pl	6.7↑		5.9↑	6.6↑	6.7↑		
Hämoglobin	Photom.	12.0-15.6	g/dl	17.8↑		15.4	17.3↑	17.7↑		
Hämatokrit	Berechnung	36-46	%					52↑		
Hämatokrit	Berechnung	36-46	%	53↑			52↑	52↑		
Hämatokrit (M)	Berechnung	0.355-0.455	l/l	0.530↑		0.460↑	0.520↑	0.520↑		
MCV	Impedanz	80.0-99.0	fl	79.0↓		78.0↓	78.0↓	78.0↓		
MCH	Berechnung	27.0-33.5	pg	26.4↓		26.0↓	26.3↓	26.4↓		
MCHC	Berechnung	31.5-36.0	g/dl	33.5		33.2	33.5	33.8		
RDW-CV	Berechnung	11.5-15.0	%	15.7↑		15.8↑	16.3↑	16.1↑		
Thrombozyten	Impedanz	150-370	/nl	561↑		459↑	507↑	504↑		
unreife Thrombozyten		1.1-6.1	%							
MPV		7.0-12.0	fl	10.0		9.0	9.0	9.0		
Fragmentozyten			%							
Fragmentozyten abs.			/nl							
Retikulozyten	IM/FCM	25.0-105.0	/nl							
Ret-Hb		28.5-34.5	pg							

Bemerkungen zu Laborbefunden

81000938 81001042 81001344 81001891 81001985 30179621 81001990 Bemerkungen selektieren ▾ Bemerkungen deselektieren ▾

Drucken	Untersuchung	Probenentnahme	Bemerkung
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Urinstatus semiquantitativ</b>	04.01.2015 03:32	Optimale Beurteilung ist nur bei Untersuchung innerhalb von 2 Stunden möglich. Bei längeren Transportzeiten sind falsch negative, oder falsch positive Ergebnisse möglich.

HBc-Antikörper im Serum	ECLIA								
HBV-Serologiebefund									
<b>Parasitologie</b>									
Infektionsserologie (HIV/Hep.):									
<b>Proteindiagnostik</b>									
Ges.Eiweiß	Photom.	64-83	g/l	* Falschabnah					
Albumin	Photom.	35.0-52.0	g/l	22.6↓	22.5↓				
Ferritin	ECLIA	13-140	µg/l						
Haptoglobin	ITU	0.30-2.00	g/l						
βHCG	ECLIA	< 5.3	IU/l	32.2↑	48.7↑				
<b>Spezialgerinnung</b>									

# Procedere

- Körpergewichtskontrolle mit Bauchumfangmessung
- Thromboseprophylaxe
- Flüssigkeitsbilanzierung mittels DK
- Flüssigkeitszufuhr mit Elektrolytenlösung
- Bei HK <40 % und verminderte Miktion < 100ml/h Furosemid titrieren
- Regelmäßig Humanalbumin zum Ausgleich der Hypalbuminämie
- Bei ausgeprägter Dyspnoe durch massiven Aszites – Aszitespunktion
- Schmerztherapie
- Tägliche Laborkontrollen mit Elektrolytausgleich
- Nebenbefundlich Zystitis - antibiogrammgerecht mit Ampicillin behandelt.
- Neuauftretene Hypothyreose L-Thyroxin

- Zunächst Verschlechterung der Symptomatik mit Dyspnoe und Aszites und kaum Ausscheidung –ITS –pflichtig ; ZVK
- Erst nach eine Woche Verbesserung der AZ und rückläufige Ödeme, Zurückverlegung auf die Normalstation
- Zunächst war sonographisch keine Schwangerschaft intrauterin nachweisbar
- In den Kontrollen der Schwangerschaft waren im Verlauf regelrecht ansteigende  $\beta$ -HCG-Werte, bei ca. 2500 UI konnte eine intakte intrauterine dichoriale-diamniale Gemini-Gravidität nachgewiesen werden.
- ZVK-Katheterinfektion wurde mit Cefpodoxim nach Antibiogramm therapiert.
- Nach Entfernung des ZVKs wurde bei Armschmerzen, eine Venenthrombose durch Duplexsonographie ausgeschlossen



- Befunde weiter rückläufig
- Verringerung der Ödeme, Körpergewicht, Aszites

Ausschleichen der Therapie

Die Patientin verließ die Klinik auf eigenen Wunsch nach 4 Wochen

# SS- Verlauf

- Im Verlauf sonographisch triamniale-trichoriale SS
- Zunahme der RR- und Entbindung per Sectio bei Präeklampsie und IUGR in der 33 SSW

# Definition und Pathogenese

- OHSS ist eine – meist iatrogen induzierte – potenziell lebensbedrohliche Komplikation der ovariellen Stimulationstherapie.
- gesteigerten Kapillarpermeabilität
- erhöhtes Anti-Müller-Hormon (AMH)
- hoher antraler Follikelcount (AFC)
- Vorliegen eines polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS)
- junges Alter der Patientin
- OHSS in der Vorgeschichte

# Epidemiologie

- Gesamtinzidenz des OHSS mit 0,6–14 %
- 1–10 % leichte bis mittelschwere
- 0,2–5 % schwere Fälle
- Mortalität beträgt 1 zu 45 000–50 000

# Pathogenese

- genetischer Defekt im FSH-Rezeptor
- Wachstumsfaktoren und Zytokine: Interleukin-2 (IL-2), IL-6 und Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF- $\alpha$ )
- Die VEGF-Sekretion wird durch humanes Choriongonadotropin (hCG) stimuliert.
- VEGF => „Capillary Leakage Syndrome

## Überstimulation



## exogenes hCG

ovarielles RAAS ↑?  
vasoaktive Zytokine ↑  
(v.a. VEGF)

## Capillary Leakage

## Flüssigkeits-Shift (EZR)

intra-  
vasal

extra-  
vasal

**thromboembolische  
Komplikationen**

## prädiktive Faktoren

bekanntes PCOS, junge Patientin, anamnestisch v.a. Prädisposition (Eigen-/Familienanamnese), hohes AMH, hoher AFC

Ovarien groß, viele Follikel, evtl. Schmerzen, hohe E2-Spiegel

weitere Größenzunahme (Ovarien, Bauchumfang), Schmerzen, vegetative Symptome

evtl. wenig Aszites (Douglas)

Aszites, evtl. Ödeme

massiv Aszites, Anasarka, Pleuraergüsse, Perikarderguss, Kompressionsatelektasen

Hämokonzentration (Hkt ↑)

Hypotonie (bis Schock), Tachykardie

Oligurie bis Anurie, prärenales Nierenversagen, Störung des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalts

Pneumonie, ARDS, respiratorische Insuffizienz

*Gewicht?  
Bauchumfang?  
Ovargröße?*

+  
*Hkt?  
Aszites?*

+ **(stationär!)**  
*Kreislauf?  
Flüssigkeitsbilanz?  
Diurese, Kreatinin?  
Elektrolyt- und  
Säure-Basen-Haushalt?  
Pleuraergüsse?  
respiratorische  
Funktion?*

PRÄVENTION

FRÜHERKENNUNG

ÜBERWACHUNG

ANALGETIKA, ANTIEMETIKA

THROMBEMBOLIEPROPHYLAXE

VOLUMENTHERAPIE

CABERGOLIN? (OFF-LABEL)

PARAZENTESE, PLEURAPUNKTION

INTENSIVMEDIZIN

Tabelle 1 Stadieneinteilung des OHSS nach den Richtlinien der WHO (Quelle: [17]).

Symptome	Grad I	Grad II	Grad III
erhöhte Steroidspiegel	+	+	+
Größe der Ovarien	vergrößert	6–12 cm	> 12 cm
Bauchschmerz	?	+	+
Bauchumfangszunahme		+	+
Übelkeit		+	+
Erbrechen		?	+
Diarrhö		?	+
Aszites		?	+
Hydrothorax			+
Hydroperikard			?
Oligurie			+
schwere Hämokonzentration			+
Thromboembolie			?

# Prävention

Anamnese Risikokolektiv erkennen:

- Alter, Habitus , PCO, Hyperinsulinämie, Allergie
- Prävention mit Metformin (bei PCO- Syndrom)
- Blutgruppe A
- Medikation Cabergolin ( Off Label)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

