

PROTOCOLE DE TRAITEMENT POUR L'HYPERSTIMULATION OVARIENNE

1. DOMAINE D'APPLICATION

Le but de ce protocole contribuera à la reconnaissance et prise en charge précoces de l'hyperstimulation ovarienne. La reconnaissance précoce et la mise en œuvre rapide et systématique de soins contribueront à éviter l'obtention de piètres issues.

2. RÉSUMÉ ET EXPLICATION

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne est une complication iatrogène de la stimulation ovarienne supra physiologique. Le syndrome est presque exclusivement associé à la stimulation exogène aux gonadotrophines et n'est que rarement constaté à la suite du traitement au citrate de clomiphène ou de l'ovulation spontanée. Les cliniciens qui prescrivent des gonadotrophines devraient bien connaître la prévention, le diagnostic et la prise en charge du HSO.

3. SÉCURITÉ

Un protocole de traitement pour l'hyperstimulation ovarienne est essentiel dans le cadre des traitements de fertilité ovarienne afin d'assurer des soins sécuritaires aux patients.

4. RESPONSABILITÉ

Ce protocole s'adresse à tous les médecins de la clinique ovo et médecins référents.

5. PROCÉDURE

5.1. Facteurs de risque

Plusieurs facteurs entraînent, de façon indépendante, une hausse du risque de présenter un SHO grave.

Parmi ceux ci, on compte les suivants :

- Âge < 30 ans
- Ovaires polykystiques ou forte numération basale de follicules antraux constatée par échographie
- Taux sérique d'estradiol élevé ou en hausse rapide
- Antécédents de SHO
- Nombre important de petits follicules (de 8 à 12 mm) constaté par échographie au cours de la stimulation ovarienne
- Utilisation de hCG, par opposition à la progestérone, aux fins du soutien de la phase lutéale à la suite de la FIV
- Nombre important d'ovocytes récupérés (> 20)
- Grossesse précoce

5.2. Classifications: Stade et Symptômes

5.2.1. SHO bénin

- Ballonnement abdominal
- Douleur abdominale bénigne
- Taille des ovaires habituellement < 8 cm

5.2.2. SHO modéré

- Douleur abdominale modérée
- Nausée ± vomissement
- Signes échographiques de la présence d'une ascite
- Taille des ovaires se situant habituellement entre 8 et 12 cm

5.2.3. SHO grave

- Ascite clinique (épanchement pleural, à l'occasion)
- Oligurie
- Hémococoncentration constatée par hématoците(> 45 %)
- Hypoprotéinémie
- Taille des ovaires habituellement > 12 cm



5.2.4. SHO critique

- Ascite tendue ou épanchement pleural de grande envergure
- Hématocrite (> 55 %)
- Numération leucocytaire > 25 000
- Oligurie/anurie
- Thromboembolie
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë

Les manifestations cliniques nous guiderons sur la conduite à suivre. Une fois le diagnostic de syndrome d'hyperstimulation ovarienne est établi, la gravité de la maladie devrait être classifiée comme étant bénigne, modérée, grave ou critique. Toute patiente avec facteurs de risque de développer un HSO sera rappelée par l'infirmière. (INF-PR-013 Marche à suivre pour le suivi des patientes en HSO)

5.3. Suivi externe :

La prise en charge externe est recommandée chez les femmes qui présentent une forme bénigne ou modérée du syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Pour qu'une prise en charge externe puisse être mise en oeuvre en présence d'une forme plus grave du syndrome d'hyperstimulation ovarienne, le médecin devrait s'assurer que la patiente est en mesure de respecter les consignes cliniques et faire en sorte de mettre un système en place pour évaluer son état tous les 1 à 2 jours.

- Peser die
- Restreindre les activités physiques (pas de repos au lit)
- Pas de relation sexuelle ou d'examen intravaginal
- Circonférence abdominale die
- Fréquence et volume urinaire
- Ingesta 1 L / jr – boisson électrolytique
- FSC – électrolytes, créatinine, bilan hépatique
- Examen physique
- Échographie abdomino-pelvienne - Évaluer si ascite



Réévaluation de la patiente après 48 heures si stable.

Revoir la patiente si :

- Douleur sévère
- Ascite sous tension
- Déshydratation
- Oligurie
- Dyspnée / tachypnée
- Étourdissements

5.4. Hospitalisation si :

- Douleur abdominale sévère ou signe de péritonisme
- Nausées / vomissements / déshydratation
- Oligurie sévère
- Ascite sous tension
- Dyspnée / tachypnée
- Hypotension / étourdissements
- Hyponatrémie / hyperkaliémie
- Hyperconcentration (HT > 45%)
- Tests hépatiques anormaux

5.5. Risque :

- Tromboembolie
- Insuffisance rénale
- ARDS (syndrome de détresse respiratoire)
- Hémorragie intra-abdominale



5.6. Prescription des soins a l'hôpital :

5.6.1.Nursing

- Repos, toilette permise, fauteuil permis
- Diète légère ou selon tolérance
- Signes vitaux Q 6 hres ou selon sévérité
- Peser die
- Circonférence abdominale die
- Saturométrie prn
- Dosage Ingesta / Excreta Q 4 hres ou selon sévérité

5.6.2.Labo

- FSC
- Créatinine
- Clearance créatinine
- Enzyme hépatique
- Electrolytes
- BHCG

5.6.3.Imagerie

- Écho abdomino-pelvien : mesure ovaires – quantité d'ascite
- Rx poumons : si épanchement suspecté
- Écho cardiaque : si épanchement suspecté

5.6.4.Médical

- Réhydratation
- Soluté D/W 5% normal saline à ajuster pour obtenir excreta 20 à 30 cc / hres (100 à 150 cc par heure)
- Graval 100 mg dans 1 L de soluté
- Albumine 25%, 50 à 100 gr. en 4 hres si Excreta < 20 à 30 cc / hre et HT > 38%
- si paracenthèse → 50 gr / L liquide enlevé

- Empracet 30 – 60 mg Q 3 – 4 hres prn
- Dilaudid 1 à 2 mg Q 3 – 4 hres prn
- Furosamide 20 mg si oligurie et H+ < 38%
- Corriger hyponatrémie / hyperkaliémie
- Héparine 5,000 sc Bid

5.7. Paracentèse si :

- Ascite sous tension
- Fonction pulmonaire compromise
- Oligurie / anurie ne répondant au traitement

Les patientes qui présentent une ascite tendue qui cause des douleurs considérables et/ou compromet la respiration tire avantage à subir une paracentèse. La paracentèse entraîne également une amélioration de l'oligurie qui est attribuable à une diminution de la perfusion rénale, puisque l'ascite cause une hausse de la pression intra-abdominale et nuit à l'irrigation sanguine des reins. L'insertion d'un cathéter à demeure en queue de cochon sous orientation échographique neutralise le besoin d'effectuer de multiples tentatives de drainage et limite les complications infectieuses potentielles²⁵. Le débit de liquide issu de l'ascite devrait être consigné de façon quotidienne. La résolution clinique est obtenue lorsque le débit de la paracentèse commence à diminuer au fur et à mesure que la diurèse augmente. Lorsque le débit de liquide issu de l'ascite est < 50 ml/jour, le cathéter peut être retiré. Habituellement, le drainage de l'ascite donne également lieu à la résolution de l'épanchement pleural.

*Les médecins de la **clinique ovo***



OVO
FERTILITÉ