

1. OBJET

Définir la prévention et le traitement du syndrome d'hyperstimulation ovarienne et des autres complications des traitements de stimulation de l'ovulation.

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : les pôles Femme-Enfant et Anesthésie Réanimation

Personnel concerné : les médecins, les sages-femmes et les IDE

3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

Ce document est également dans Armure : NON

4. DESCRIPTION DE L'OBJET


Pour toute patiente prise en charge pour syndrome d'hyperstimulation ovarienne : avis senior d'AMP systématique ; la nuit avis du **senior de garde** de gynécologie.

sévérité du SHO

1 facteur suffit pour étiqueter la sévérité du syndrome.

léger	modéré	sévère	critique
abdo ballonné douleur modérée	Nausées +/- vomissements	Ascite clinique (= remonte dans le Morisson)	Ascite sous tension
	Ascite écho	Ht > 45% Na < 135 mM K > 5 mMI Osmolalité < 282 mOsm/kg Prot < 35g/l	Ht > 55% Leuco > 25 000 mL
		Oligurie (< 300ml/j ou < 30 ml/h)	Oligo-anurie
			Thrombo-embolie SDRA
Traitement ambulatoire		Hospitalisation	

Tableau 1 Examen clinique et examens complémentaires pour une patiente présentant un syndrome d'hyperstimulation ovarienne (1). * les éléments recherchés à l'anamnèse sont ceux entraînant un risque élevé que le SHO soit plus sévère et qu'il dure plus longtemps

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-001
	AMP SYNDROME D'HYPERSTIMULATION OVARIENNE	Version 03 du 28/02/2020
		page 2/7
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

En pratique, aux urgences

Questions à poser :

- Ballonnement abdominal ?
- Inconfort/douleur abdominale, nécessité d'antalgie ?
- Nausées et vomissements ?
- Dyspnée, orthopnée ou gêne à la parole empêchant de faire des phrases complètes (=> rech signes d'épanchement pleural ou d'EP) ?
- Oligurie ?
- Céphalées ?
- Gonflement des membres inférieurs ou vulvaire ?
- Délai après le déclenchement de l'ovulation ? (*précoce < 7 j, tardif > 7j = plus sévère*)
- Y a-t-il eu remplacement embryonnaire et si oui combien d'embryon (+ jour) ?
- Syndrome des ovaires polykystiques ? (+ à risque)
- Comorbidités associées (thrombose à rechercher ou ATCD de thrombose perso ou familiale) ?

A rechercher à l'examen clinique :

- Signes de déshydratation
- Œdème (vulvaire, mbres inf, sacré, mbres sup).
- Fréquence cardiaque + PA + fréquence respi, recherche épanchement pleural
- Poids, périmètre abdominal

Les examens complémentaires de 1^{ère} intention :

- NFS plaquettes, coagulation, hématoците, CRP, ionogramme sanguin, urée, osmolarité, bilan hépatique
- hCG : **uniquement si** > 10 jours suivant une injection d'hCG
- Echo pelvienne : taille des ovaires, ascite pelvis + abdo, (Doppler ovarien possible si suspicion de torsion annexe)

Autres tests possibles selon la clinique

Gaz du sang / D-Dimères / Doppler veineux +++ territoire cave sup ou cave inf selon clinique
ECG, écho cardiaque. Radio pulmonaire/ écho pleurale. Angioscanner ou scinti ventilation/perfusion
IRM cervico-cérébrale si céphalées sévères

Intéressant pour évaluer le risque d'aggravation (à rechercher sans urgence, le lendemain)

- Produit utilisé pour le déclenchement
(hCG (=Ovitrelle / gonadotrophine chorionique) (+ à risque) ou agoniste GnRH (=Décapeptyl))
- Nombre de follicules lors de la dernière échographie de monitoring
- Nombre d'ovocytes recueillis

Diagnostics différentiels du SHO

Abcès
Appendicite
Torsion d'annexe
Rupture de kyste
GEU
Perforation digestive (ulcère duodénal)

Tableau 2 diagnostics différentiels du SHO

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-001
	AMP SYNDROME D'HYPERSTIMULATION OVARIENNE	Version 03 du 28/02/2020
		page 3/7
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

Traitement ambulatoire : SHO légers et modérés

Possible pour les SHO légers et modérés et pour des cas particuliers de formes sévères (rare). Chez la plupart de femmes, l'état clinique s'améliore en 7 à 10 jours (durée de l'arrêt de travail) et la guérison survient au retour des règles. En cas de grossesse, les hCG endogènes aggravent le SHO.

Hydratation
boire à leur soif, ≥ 1 litre /j
HBPM et/ou chaussettes de contention
Si facteurs de risque (cf. procédure GED AMP THROMBOSE)
Antalgie
Paracétamol per os 1 g x4/j Opioides oraux dont codéine AINS efficaces sur ces douleurs mais attention / risque altération f° la fonction rénale.
Autres traitements
Repos non strict , à domicile ; arrêt de travail 3 à 10 jours selon la sévérité des symptômes et il sera réévalué au cours de la surveillance. <i>Pas d'indication à un traitement par antagoniste de la GnRH ni par agonistes dopaminergique.</i>

Surveillance ambulatoire

L'objectif de la surveillance est d'identifier les femmes chez qui le SHO s'aggrave et nécessite des traitements supplémentaires :

- Augmentation du volume abdominal et de la douleur
- Dyspnée
- Tachycardie ou hypotension
- Augmentation circonférence abdominale et prise de poids
- Hématocrite > 45% (signe de déplétion intravasculaire)
- Diurèse < 1l / 24h
- bilan entrées-sorties positif de > 1l/ 24h (pour les patientes pouvant le faire) ou prise de poids > 1kg/j

En cas d'aggravation clinique, (re)faire un bilan sanguin et discuter de l'hospit.

Suivi par le service d'AMP en consultation externe 2 à 3 jours après puis selon les constatations.

Fiche info patiente

à remettre ([annexe 1](#))

En garde, demander à la patiente de rappeler le service d'AMP le lendemain ou prévenir le service le lendemain matin.

Traitement hospitalier : SO sévères et critiques

Prise en charge pluridisciplinaire gynécologue (de l'AMP si possible) + anesthésiste-réanimateur

Critères d'hospitalisation ⁽¹⁾

SHO « sévère » ou « critique »

- Douleur non soulagée par les antalgiques usuels
- Hydratation orale rendue impossible ou insuffisante du fait des nausées / vomissements
- Aggravation d'un SHO connu et suivi en ambulatoire
- Discuter hospitalisation en USI en cas de SHO critique *Erreur ! Source du renvoi introuvable.*

Surveillance

Clinique cf. supra

- Poids. Périmètre abdo / jour
- Diurèse/24h
- Bilan entrées / sorties +++.
- Bladder-scan si besoin / diurèse précise (passage SHO critique ?) Pour les patientes relevant d'une prise en charge dans un secteur de réanimation, discuter le sondage urinaire +/- mesure de pression intra-vésicale.

Ionogramme sanguin et NFS / 48h00

hCG le cas échéant (> 10 j après injection de gonadotrophine chorionique =hCG et si transfert embryonnaire réalisé)

Correction de la déshydratation intravasculaire

Boisson / voie orale, selon la soif.

Cristalloïdes sérum physio, G5% (éviter K+ / insuffisance rénale) = correction initiale de la déshydratation intracellulaire.

Colloïdes : Voluven selon remplissage. Si hémococoncentration persistante malgré remplissage par colloïdes IV, discuter monitoring invasif.

Diurétiques = à éviter / limiter l'hypovolémie + insuffisance rénale. Possibles si la déplétion persiste **malgré et après le remplissage + ponction** d'ascite : Lasilix per os à doses titrées, si hémocrite < 38% et protidémie < 80g/l.

L'albumine humaine présente plus de morbi-mortalité que les colloïdes.

Antalgie

Paracétamol per os 1 g x4/j Opioides oraux dont codéine. Attention les AINS risquent d'altérer la fonction rénale, à évaluer au cas par cas. N.B. douleur intense peut être le symptôme d'une autre complication associée

HBPM doses préventives

Lovenox : 4000 UI/j SC puis relais à la sortie par Innohep : 4500 UI/j SC (moins cher). durée : **3 semaines si pas de grossesse, 3 mois si grossesse** (plus si facteurs de risques associés ou si IMC élevé). Surveillance Anti Xa si Cl créat < 30 ml/min

Chaussettes de compression veineuse

Classe II (ou III si varices ≥3mm) (4). Pas de bas (risque erreur de pose -> effet garrot)
Durée = pendant la durée du traitement anticoagulant

Autres

Progestatif à poursuivre +++

Kinésithérapie si épanchement pleural

Constipation fréquente => Macrogol +/- Microlax

ponction d'ascite

Indications

- Distension et douleurs abdos sévères liées à l'ascite
- Dyspnée + augmentation de pression intra-abdominale
- Oligurie malgré volume de remplacement adéquat, secondaire à la réduction de perfusion rénale par augmentation de pression intra abdominale


Modalités

- **Echoguidée / voie abdominale** (avantage de pouvoir laisser un cathéter à demeure, type « queue de cochon » (6)) ou voie vaginale (1).
- Remplissage par colloïdes si gros volumes retirés, **selon tolérance clinique**
- Volume : pas de volume max car femmes jeunes avec bonne tolérance
- *N.B. le liquide d'ascite est souvent hématique, parfois franchement.*

Complications possibles du SHO

Complications thromboemboliques	Thromboses veineuses	Veine fémorale Veine iliaque externe Veine cave Veine humérale Veine jugulaire Veine sous-clavières Veines cérébrales
	Thromboses artérielles	Artères coronaires : infarctus du myocarde Artères cérébrales : accidents vasculaires cérébraux Artère centrale de la rétine
Complications pulmonaires	Pneumopathie lobaire Embolie pulmonaire Épanchement pleural Atélectasie Syndrome de détresse respiratoire aigu	
Complications ovariennes	Rupture ovarienne Torsion d'annexe Compression des organes de voisinage	
Complication abdominale	Syndrome du compartiment abdominal	
Complication rénale	Insuffisance rénale aiguë	
Complication hémodynamique	Dysfonction circulatoire	

Tableau 3 Complications possibles du SHO (2). N.B. les complications thrombo-emboliques peuvent survenir à distance de l'épisode de SHO. Les thromboses siègent souvent dans le territoire cave sup (haut du corps) et peuvent être artérielles. Des symptômes neurologiques même à distance doivent alerter sur le risque thromboembolique : malaise, troubles visuels, douleur de nuque. Pas de risque surajouté de fausse-couche spontanée. Plus de prééclampsie et de prématurité (3).

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-001
	AMP SYNDROME D'HYPERSTIMULATION OVARIENNE	Version 03 du 28/02/2020
		page 6/7
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES


1. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** *The Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. s.l. : RCOG Green-top Guidelines N°5, 2016.
2. **Lamazou.** Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne : physiopathologie, facteurs de risque, prévention et prise en charge. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2011, Vol. 40, pp. 593-611.
3. **Courbierre.** Obstetric outcome of women with in vitro fertilization pregnancies hospitalized for ovarian hyperstimulation syndrome : a case-control study. *Fertility Sterility.* 2011, Vol. 95, pp. 1629-32.
4. **Haute Autorité de Santé.** *La compression médicale dans les affections veineuses chroniques.* Haute Autorité de Santé. 2010.
5. —. *La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse.* Haute Autorité de Santé. 2010.
6. **Abuzeid.** Outpatient management of severe ovarian hyperstimulation syndrome with placement of pigtail catheter. *Facts, Views and Vision in ObGyn.* 2014, Vol. 6(1), pp. 31-37.
7. **Baumgarten M, Polanski L, Campbell B, Raine-Fenning N.** Do dopamine agonists prevent or reduce the severity of ovarian hyperstimulation syndrome in women undergoing assisted reproduction? A systematic review and meta-analysis. *Hum Fertil.* 2013, Vol. 16, pp. 169-74.
8. **American Society for Reproductive Medicine.** Prevention and treatment of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline. *Fertil Steril.* 2016, Vol. 106, pp. 1634–47.
9. **Corbett.** The prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* November 2014, Vol. 36(11), pp. 1024-33.

6. LISTE DES ANNEXES

[Annexe 1 : fiche patiente pour surveillance d'un SHO à domicile](#)

7. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

Néant

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-001
	AMP SYNDROME D'HYPERSTIMULATION OVARIENNE	Version 03 du 28/02/2020
		page 7/7
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

8. HISTORIQUE DU DOCUMENT

1^{ère} mise à jour du document électronique.

Rédactrice : Dr C. de Vienne

Groupe de lecture :

Gynécologues : Dr S. Lubrano, Dr C. Denoual-Ziad, Dr G. Beucher

Anesthésistes : Dr T. Simonet, Dr Zerajic.

9. DIFFUSION

La diffusion est faite par mail aux professionnels suivants :

- ✓ Anesthésistes de gynécologie
- ✓ Gynécologues
- ✓ Sages-femmes
- ✓ Cadre d'unité en AMP. Cadre de gynécologie.

Ce document est imprimé : NON

10. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
<i>Corinne DUVERNEUIL</i> Sage-femme - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 28/02/2020 09:39:24	<i>Christine DENOUAL ZIAD</i> Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 28/02/2020 11:12:00	<i>Marjorie BODEREAU</i> Directeur - CHU\DIRECTION QUALITE ET DROITS DES USAGERS 28/02/2020 11:16:09