

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΘΗΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΥ

Έλενα Παπακάλα
Πνευμονολόγος

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ-ΣΥΩ

- ◉ Σπάνια ιατρογενής συστηματική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους των ωοθηκών, μεγάλη εξαγγείωση υγρών, συρρώρευσή τους στον τρίτο χώρο και ενδαγγειακή υποογκαιμία
- ◉ Γνωστό από το 1943, με τις πρώτες περιπτώσεις θανάτων να αναφέρονται το 1951

Delvigne A. *et al.*, Human Reproductive Update, 2003

Παρατηρείται:

- ◉ Κατά την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνες σε ανωοθυλακιορρηκτικές γυναίκες
- ◉ Κατά την πρόκληση πολλαπλής ωοθυλακιορρηξίας σε γυναίκες που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- ◉ Σπανιότερα μπορεί να συμβεί αυτόματα ύστερα από φυσιολογική σύλληψη

Πράπας Ν., Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής, 2006

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- ◉ Έκκριση αγγεοδραστικών παραγόντων από τις υπερ-διεγερμένες ωοθήκες (αγγειακός παράγοντας αύξησης του ενδοθηλίου-VEGF, αγγειοτασίνη II, TNF-α, ενδοθηλίνη 1, ιντερλευκίνες)



- ◉ Αγγειογένεση, τοπική φλεγμονώδης αντίδραση και αύξηση διαπερατότητας των αγγείων
- ◉ Έξοδος υγρού από τον ενδοαγγειακό στον εξωαγγειακό χώρο και υποογκαιμία

Delbaere *et al.*, Fertil. Steril., 1994; Hock and Seifer, Clin. Am. Obstet. Gynecol., 2000; Πράπας Ν., Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής, 2006

ΠΑΘΕΓΕΝΕΣΗ

- Αύξηση του μεγέθους των ωοθηκών
- Κυστική παραμόρφωση των ωοθηκών
- Σχηματισμός μικρής ποσότητας ασκίτη
- Συγκέντρωση εξωαγγειακού εξιδρώματος στο περιτόναιο, στον υπεζωκότα ακόμη και στον περικαρδιακό χώρο
- Ελάττωση ενδοαγγειακού όγκου, αιμοσυμπύκνωση, ενεργοποίηση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων, υποαλβουμιναιμία, γενικευμένο οίδημα
- Ελάττωση επιπέδων ανοσοσφαιρινών αίματος (IgA, IgG)
- Ολιγουρία και νεφρική ανεπάρκεια
- Διαταραχή συσταλτικότητας του διαφράγματος
- Δυσλειτουργία ήπατος
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια ως τελική επιπλοκή του ΣΥΩ

Delvigne A. *et al.*, Human Reproductive Update, 2003

ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ήπιās βαρύτητας ΣΥΩ	Κοιλιακή διάταση, ήπιο κοιλιακό άλγος, μέγεθος ωοθηκών <8cm
Μέτριας βαρύτητας ΣΥΩ	Μέτριο κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετος, υπερηχογραφικά διαπιστωμένος ασκίτης, μέγεθος ωοθηκών 8-12cm
Σοβαρό ΣΥΩ	Ασκίτης, υδροθώρακας, ολιγουρία (<300mL/ημέρα ή <30mL/ώρα), αιματοκρίτης >45%, υπονατριαιμία, υπερκαλιαιμία, υπο-οσμωτικότητα, υποπρωτεΐναιμία, μέγεθος ωοθηκών >12cm
Κρίσιμο ΣΥΩ	Υπό τάση ασκίτης, μεγάλη υπεζωκοτική συλλογή, αιματοκρίτης >55%, WBC>25000/mL, ολιγουρία/ ανουρία, θρομβοεμβολικά φαινόμενα, ARDS

ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Στόχοι κλινικής ταξινόμησης:

- I. Η σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας του ΣΥΩ, ώστε να βελτιωθούν οι στρατηγικές πρόληψης της νόσου, και

- I. Η τυποποίηση και βελτιστοποίηση των μεθόδων διαχείρισης, επειδή η θεραπεία του ΣΥΩ είναι εξατομικευμένη και ανάλογη της σοβαρότητας της νόσου

Golan A. et al, Reproductive BioMedicine Online, 2009

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΕΝΑΡΞΗΣ

- ◉ **Πρώιμο ΣΥΩ**, εμφανίζεται μέσα στις πρώτες 9 ημέρες από την ωοθυλακιορρηκτική δόση της hHG. Αντανακλά την εκσεσημασμένη αντίδραση της ωοθήκης στην εξωγενώς χορηγούμενη hHG
- ◉ **Ώψιμο ΣΥΩ**, εμφανίζεται μετά από αυτή την περίοδο και αντανακλά την ενδογενή επίδραση της hHG σε μια αρχόμενη κύηση (συνήθως είναι πιο σοβαρό και διαρκεί περισσότερο από το πρώιμο)

Η ταξινόμηση ανάλογα με τον χρόνο έναρξης είναι σημαντική για την πρόγνωση της νόσου

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- ◉ Η συχνότητα εμφάνισης του ΣΥΩ ποικίλει μεταξύ των διαφορετικών τύπων θεραπείας γονιμότητας
- ◉ Μεγαλύτερος βαθμός διέγερσης σχετίζεται με υψηλότερη επίπτωση του ΣΥΩ
- ◉ Κατά την συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση, εκτιμάται ότι το ήπιας βαρύτητας ΣΥΩ εμφανίζεται στο 30% των περιπτώσεων, ενώ η συχνότητα εμφάνισης του μέτριου και σοβαρού ΣΥΩ είναι περίπου 3,1%- 8%

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- ◉ Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- ◉ Αυξηση μεγέθους των ωοθηκών
- ◉ Μεγάλος αριθμός ωοθυλακίων
- ◉ Ηλικία <30 ετών
- ◉ Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI)
- ◉ Προηγούμενο ΣΥΩ
- ◉ Υψηλές δόσεις FSH
- ◉ Συλλογή μεγάλου αριθμού ωοκυττάρων (>25)
- ◉ Ταχέως αυξανόμενα ή/και υψηλά επίπεδα οιστραδιόλης (> 17.000 pmol/l)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (1)

- ◉ Απότομη αύξηση του βάρους
- ◉ Ασκίτης
- ◉ Γαστρεντερικές διαταραχές (κοιλιακή δυσφορία και διάταση, ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος, ηπατική δυσλειτουργία)
- ◉ Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα
- ◉ Μειωμένος όγκος ούρων, οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- ◉ Οίδημα ανά σάρκα
- ◉ Καρδιαγγειακές εκδηλώσεις: αρτηριακή υπόταση, υποογκαιμία, χαμηλή κεντρική φλεβική πίεση, ταχυκαρδία, φλεβική στάση
- ◉ Λοιμώξεις, εμπύρετο
- ◉ Θρομβοεμβολικά φαινόμενα
- ◉ Νευρολογικές εκδηλώσεις (καλοήθους ενδοκρανιακή υπέρταση, κεφαλαλγία, διπλοπία, διαταραχές επιπέδου συνείδησης, εκδηλώσεις ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (2)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Αύξηση μεγέθους ωοθηκών, ασκίτης, ανύψωση ημιδιαφραγμάτων
- Υπεζωκοτική και περικαρδιακή συλλογή
- Ατελεκτασίες κυρίως στις βάσεις

Διαταραχή της μηχανικής του πνεύμονα και περιοριστικό πρότυπο αναπνοής

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (3)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ◉ Δύσπνοια (92,3%)
- ◉ Ταχύπνοια (92%)
- ◉ Αμφοτερόπλευρη ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος (80%)

Σοβαρές επιπλοκές από το αναπνευστικό:

- ◉ Υπεζωκοτική συλλογή (10%-29%)
- ◉ Λοβώδης πνευμονία (4%)
- ◉ ARDS (2%)
- ◉ Πνευμονική εμβολή (2%)

Abramov *et al.*, *Fertil. Steril.*, 1999a; Delvigne *et al.*, *Human Reproductive Update*, 2003

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (4)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

- ◉ Ετερόπλευρη-κυρίως δεξιά ή αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή, 10%-29% σοβαρών περιπτώσεων ΣΥΩ
Golan *et al.*, *Obstet. Gynecol. Surv.*, 1989; Levin *et al.*, *Can. Assoc. Radiol.* 1995; Abramov *et al.*, *Fertil. Steril.*, 1999a
- ◉ Πρώιμη (6 ημέρες μετά τη χορήγηση hCG) ή όψιμη (9-14 ημέρες μετά την hCG)
- ◉ Θεωρείται ότι οφείλεται στην παρουσία ασκίτη και στην μετακίνηση υγρού στη θωρακική κοιλότητα μέσω ανατομικών ελλειμμάτων του διαφράγματος
Delvigne A., *et al.*, *Human Reproductive Update*, 2003
- ◉ Αναφέρθηκαν ετερόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες υπεζωκοτικές συλλογές επί απουσίας ασκίτη (καλύτερη πρόγνωση)
- ◉ Συνδυασμός θετικής ενδοκοιλιακής πίεσης, αρνητικής ενδοθωρακικής πίεσης και διαφραγματικών ελλειμμάτων
- ◉ Η μεταφορά των αγγειοδραστικών παραγόντων από την κοιλιακή χώρα στον υπεζωκοτικό χώρο
Gregory WT., *et al.*, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1999

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (5)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

- Οι λοιμώδεις επιπλοκές μεταξύ ασθενών με σοβαρό ΣΥΩ εμφανίζονται με συχνότητα άνω του 30%
- Το ποσοστό πνευμονίας σε ασθενείς με σοβαρό ΣΥΩ είναι περίπου 4%
- Εμφανίζεται κυρίως λόγω σχετικής υπογαμμασφαιριναιμίας και εξασθενημένης χυμικής ανοσοαπόκρισης
- Παρουσία ατελεκτασίας και διαταραχές αερισμού
- Αιτιολογικοί οργανισμοί οι οποίοι απομονώθηκαν από πτύελα ασθενών είναι: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* και *Streptococcus pneumoniae* (στο 50% δεν απομονώνεται αιτιολογικός παράγοντας)
- Ανταποκρίθηκαν στη χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών για 5-7 ημέρες

Abramov *et al.*, Fertil. Steril., 1999a; Delvigne A., *et al.*, Human Reproductive Update, 2003

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (6)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ-ARDS

- Συνήθως εμφανίζεται μετά από επιθετική ενυδάτωση (4.800-7.200 mL, μέση τιμή 5.780 mL / 24 ώρες)
- Η στενή παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών είναι ζωτικής σημασίας
- Οι προσταγλανδίνες και οι κυτταροκίνες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην παθοφυσιολογία του ARDS
- Εάν δεν αντιμετωπιστεί στο 90% των περιπτώσεων αναπτύσσεται πνευμονική ίνωση και αναπνευστική ανεπάρκεια

Zosmer *et al.*, Fertil. Steril., 1987; Abramov *et al.*, Fertil. Steril., 1999a;
Shigematsu *et al.*, Int. J. Gynaecol.. Obstet., 2000

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (7)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

- Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια αποτελούν την τελική επιπλοκή που παρά την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο των ασθενών
- Στις περιπτώσεις που επιτυγχάνεται κύηση το ποσοστό θρόμβωσης αυξάνεται ακόμη περισσότερο (85%)
- 60% των θρομβοεμβολών εντοπίζονται στο άνω μέρος του σώματος (φλεβική θρόμβωση, 75% και αρτηριακή, 25%)
- Η διάγνωση της πνευμονικής εμβολής θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη μετά από διέγερση ωοθηκών, όταν μία ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και υποξυγοναιμία κυρίως επί απουσίας υδροθώρακα, ασκίτη ή πνευμονικής ατελεκτασίας

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (8)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

- Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι η κατάσταση υπερπηκτικότητας η οποία εξηγεί το λόγο της άτυπης εμφάνισης σε νεαρές γυναίκες και σε ασυνήθιστες θέσεις
- Η αιμοσυμπύκνωση προκαλεί αυξημένο ιξώδες αίματος και ελάττωση αιματικής ροής. Τα αιμοπετάλια και τα ουδετερόφιλα μπορούν εύκολα να προσκολληθούν στο αγγειακό τοίχωμα και να ενεργοποιήσουν τον μηχανισμό πήξης

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (9)

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Παράγοντες κινδύνου:

Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III

Μειωμένα επίπεδα πρωτεΐνης C και S

Μετάλλαξη παράγοντα V του Leiden

Αντιφωσφολιπικά αντισώματα

Προτείνεται να γίνεται έλεγχος θρομβοφιλίας σε
γυναίκες με οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό
θρόμβωσης ή ΣΥΩ

Kaaja *et al.*, Lancet., 1989; Benifla *et al.*, Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1994;

Horstkamp *et al.*, Hum Reprod., 1996; Kligman *et al.*, Fertil. Steril., 1995;

Huong *et al.*, Br. J. Rheumatol., 1996; Delvigne *et al.*, Human Reproductive Update, 2003

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

- Ιστορικό: χρόνος έναρξης συμπτωμάτων, φαρμακευτικό σχήμα για τη διέγερση των ωοθηκών, αριθμός ωοθυλακίων, πολυκυστικές ωοθήκες
- Συμπτώματα
- Κλινική εξέταση
- Εργαστηριακός έλεγχος: αιματοκρίτης, CRP, ουρία, ηλεκτρολύτες, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, πηκτικού μηχανισμού, οσμωτικότητας
- Υπερηχογραφικός έλεγχος
- Επιπλέον εξετάσεις:
 - Αέρια αρτηριακού αίματος
 - Δ- Διμερή
 - Ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα
 - Ακτινογραφία θώρακος
 - Αξονική αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών
 - Σπινθηρογράφημα αερισμού/αιμάτωσης

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (1)

- ◉ Η συντηρητική αντιμετώπιση είναι συχνά αρκετή επειδή το ΣΥΩ είναι αυτοπεριοριζόμενο
- ◉ Η επίλυση του ΣΥΩ λαμβάνει χώρα μέσα σε περίπου 2 εβδομάδες επί απουσίας εγκυμοσύνης στις περισσότερες περιπτώσεις
- ◉ Εξατομικευμένη
- ◉ Εξαρτάται από το κλινικό στάδιο
- ◉ Κατ οίκον
- ◉ Εισαγωγή στο νοσοκομείο
- ◉ ΜΑΦ
- ◉ ΜΕΘ

Delvigne A. *et al.*, Human Reproductive Update, 2003

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (2)

ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- ◉ Κατάλληλη για γυναίκες με ήπιο ή μέτριο ΣΥΩ και σε μερικές περιπτώσεις με σοβαρό ΣΥΩ
- ◉ Οδηγίες για την καθημερινή μέτρηση της πρόσληψης κι αποβολής υγρών
- ◉ Καθημερινή μέτρηση του βάρους σώματος και της κοιλιακής περιμέτρου
- ◉ Αναλγησία: Παρακεταμόλη, αποφυγή ΜΣΑΦ
- ◉ Αποφυγή έντονης σωματικής δραστηριότητας
- ◉ Οι γυναίκες με σοβαρό ΣΥΩ που αντιμετωπίζονται εκτός νοσοκομείου θα πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική προφύλαξη με ΗΧΜΒ
- ◉ Παρακέντηση ασκίτικου υγρού μπορεί να διεξαχθεί σε εξωτερική βάση επί ενδείξεων
- ◉ Επανεξέταση κάθε 2-3 ημέρες (επείγουσα επανεξέταση εάν εμφανίσουν συμπτώματα ή σημεία επιδείνωσης του ΣΥΩ)
- ◉ Στην πλειοψηφία των γυναικών η κατάσταση είναι αυτοπεριοριζόμενη

Εάν υπάρξει κύηση, η ενδογενής hCG μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση του ΣΥΩ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (3)

ΣΗΜΕΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ

- Επίταση της κοιλιακής διάτασης και του κοιλιακού άλγους
- Δύσπνοια
- Ταχυκαρδία και υπόταση
- Ελάττωση διούρησης
- Αυξηση σωματικού βάρους
- Αύξηση αιματοκρίτη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Δεν επιτυγχάνεται αναλγησία
- Δεν μπορεί να διατηρηθεί επαρκής πρόσληψη υγρών λόγω ναυτίας
- Σημεία επιδείνωσης του ΣΥΩ
- Δεν υπάρχει δυνατότητα επαρκούς παρακολούθησης εκτός νοσοκομείου
- Σημεία κρίσιμου ΣΥΩ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (4)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- ◉ Αναλγητικά (παρακεταμόλη, οπιοειδή) και αντιεμετικά
- ◉ Ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων (με αργό ρυθμό λόγω κινδύνου επιδείνωσης του ασκίτη)
- ◉ Χορήγηση διαλύματος αλβουμίνης (50-100g για 4 ώρες) με αυστηρή παρακολούθηση του ισοζυγίου
- ◉ Τα διουρητικά θα πρέπει να αποφεύγονται. Μπορούν να χορηγηθούν μόνο σε εμμένουσα ολιγουρία παρά τη χορήγηση υγρών και την παρακέντηση ασκίτικου υγρού και σε επίπεδο ΜΑΦ ή ΜΕΘ
- ◉ Προφύλαξη με ΗΧΜΒ σε ασθενείς με σοβαρό ΣΥΩ ή εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (περιορισμένη κινητικότητα, παχυσαρκία, θρομβοφιλία). Δεν υπάρχει ομοφωνία για τη διάρκεια της θρομβοπροφύλαξης. Έχουν περιγραφεί θρομβοεμβολικά επεισόδια εβδομάδες μετά την υποχώρηση του ΣΥΩ και κυρίως εάν υπάρξει κύηση
- ◉ Παρακέντηση ασκίτικης συλλογής
- ◉ Αντιμετώπιση δευτεροπαθών επιπλοκών (πνευμονία, υπεζωκοτική συλλογή)
- ◉ Χειρουργική αντιμετώπιση επί γυναικολογικών ενδείξεων

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (5)

Εισαγωγή σε ΜΕΘ:

- ◉ Νεφρική ανεπάρκεια παρά τη χορήγηση υγρών και την παρακέντηση του ασκίτικού υγρού
- ◉ Αναπνευστική ανεπάρκεια που δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική αγωγή
- ◉ Εμφάνιση ARDS
- ◉ Θρομβοεμβολή
- ◉ Υπό τάση ασκίτης ή μεγάλη υπεζωκοτική συλλογή
- ◉ Αιματοκρίτης > 55%

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Η πρόγνωση σε ΣΥΩ ήπιας ή μέτριας βαρύτητας είναι εξαιρετική
- Η νοσηρότητα μπορεί να είναι κλινικά σημαντική σε περιπτώσεις σοβαρού ΣΥΩ
- Ο θάνατος από το ΣΥΩ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε υποογκαιμική καταπληξία, διαταραχές ηλεκτρολυτών, αιμορραγία και θρομβοεμβολικά επεισόδια (εκτιμώμενη θνησιμότητα 1/45.000-500.000)

Ευχαριστώ για την
προσοχή σας!