

超声诊断单侧卵巢过度刺激并大量腹水 1 例

徐四妹

永州市妇幼保健院超声科

DOI:10.32629/ffcr.v4i1.19900

[摘要] 卵巢过度刺激综合征 (OHSS) 是人体对促排卵药物产生的过度反应, 以双侧卵巢多个卵泡发育、卵巢增大、毛细血管通透性异常、异常体液和蛋白外渗进入人体第三间隙为特征而引起的一系列临床症状的综合征^[1]。OHSS 多发生于妊娠早期, 具有一系列临床症状的并发症。自然妊娠中出现 OHSS 也偶有报道。至孕中期卵巢过度刺激少见^[2]。本文报道 1 例孕 25 周, 单侧卵巢过度刺激合并大量腹水。患者, 37 岁, 胚胎移植后 25 周, 因妊娠期高血压入院。血压 157/128mmHg, 体格检查无特殊。超声首次提示: 1. 宫内妊娠 25 周, 单活胎; 2. 腹部左侧多房性囊性包块, 疑过度增大的卵巢; 3. 大量腹腔积液、盆腔积液、左侧胸腔积液。实验室各项检查指标基本正常, 核磁共振检查考虑左侧附件来源的肿瘤。予以手术, 术野下腹腔左侧巨大包块为过度增大的卵巢而非肿瘤, 吸净腹腔积液, 卵巢未做特殊处理, 胎儿流产。重度单侧卵巢过度刺激的影像学表现与卵巢肿瘤鉴别困难, 临床表现多样, 临床医生在面对类似症状时需警惕单侧巨大卵巢, 避免误诊造成不良结局。

[关键词] 卵巢过度刺激; 腹水; 辅助生殖; 妊娠; 肿瘤

中图分类号: R711.6 文献标识码: A

Ultrasonic Diagnosis of Unilateral Ovarian Hyperstimulation with Massive Ascites: A Case Report

Simei Xu

Department of Ultrasound, Yongzhou Maternal and Child Health Hospital

Abstract: Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) is an excessive response of the human body to ovulation-inducing drugs. It is a syndrome characterized by the development of multiple follicles in both ovaries, ovarian enlargement, abnormal capillary permeability, and abnormal extravasation of fluid and proteins into the third space of the human body, resulting in a series of clinical symptoms [1]. OHSS mostly occurs in early pregnancy and is a complication with a series of clinical symptoms. The occurrence of OHSS in natural pregnancy has also been occasionally reported. Ovarian hyperstimulation in the second trimester is rare [2]. This paper reports a case of 25 weeks of gestation with unilateral ovarian hyperstimulation complicated by massive ascites. The patient, 37 years old, was 25 weeks after embryo transfer and was admitted to the hospital due to gestational hypertension. Her blood pressure was 157/128 mmHg, and physical examination showed no abnormalities. The first ultrasound prompt was: 1. Intrauterine pregnancy at 25 weeks, single live fetus; 2. Multilocular cystic mass on the left side of the abdomen, suspected of over-enlarged ovary; 3. Massive peritoneal effusion, pelvic effusion, and left pleural effusion. All laboratory examination indicators were basically normal, and magnetic resonance imaging (MRI) suggested a tumor originating from the left adnexa. Surgery was performed. Under the surgical field, the huge mass on the left side of the abdominal cavity was an over-enlarged ovary rather than a tumor. The peritoneal effusion was completely aspirated, no special treatment was performed on the ovary, and the fetus was aborted. The imaging manifestations of severe unilateral ovarian hyperstimulation are difficult to distinguish from ovarian tumors, and the clinical manifestations are diverse. Clinicians should be alert to huge unilateral ovaries when facing similar symptoms to avoid adverse outcomes caused by misdiagnosis.

Keywords: Ovarian hyperstimulation; Ascites; Assisted reproduction; Pregnancy; Tumor

引言

卵巢过度刺激综合征 (OHSS) 是人体对促排卵药物产生的过度反应, 以双侧卵巢多个卵泡发育、卵巢增大、毛细

血管通透性异常、异常体液和蛋白外渗进入人体第三间隙为特征而引起的一系列临床症状的综合征。OHSS 多发生于妊娠早期, 具有一系列临床症状的并发症。至孕中期卵巢过度

刺激少见。本文报道1例孕25周，单侧卵巢过度刺激合并大量腹水。

1 临床资料

孕妇，37岁，胚胎移植后25周，因“血压升高5天”入院。育有2女，生育后月经不规律。因“子宫腺肌症致继发性不孕”于2024年7月19日移植两枚鲜胚，取卵时以右侧卵巢取卵为主。据8月15日B超示：宫内早孕，单活胎，超声测值约6.8周，核实LMP2024年7月2日。12月19日产检测血压示：157/128mmHg，尿常规示尿蛋白阴性，诊断“妊娠期高血压”，拉贝洛尔片100mg口服每日三次降压治疗。12月24日复查血压169/115mmHg遂入院。偶感胸闷、腹胀，无其他不适。入院体查：T 36.5度 P 100次/分 R 20次/分 BP159/96mmHg Wt 77Kg H 163cm 常规查体无特殊。专科情况：腹隆起，子宫轮廓清，无局限性压痛，宫高22cm，腹围109cm，无宫缩，胎心音146次/分，妇检无异常。辅助检查：肝肾功能、血常规，尿常规、电解质、白带常规、心肌酶脑钠肽均正常，感染四项指标示阴性，肿瘤标志物阴性。胎儿B超示宫内妊娠约25周单活胎。胸腹腔B超所见：腹腔内、肝肾间隙、脾肾间隙见大量游离液暗区，右侧腹部最深处约8.7cm，左侧腹部最深处约6.2cm，盆腔内宫颈后方液暗区深约3.7cm，液暗区内透声好。于腹部右侧液暗区内可见范围约3.7×2.8cm的稍高回声类卵巢结构。于腹部左侧见一大约20×13.9×12.6cm的多房性囊性包块，边界清，尚规则，内见散在大小不等的囊性结节呈多房样改变。坐位背后扫查胸腔，右侧胸腔未见游离性液暗区，左侧胸腔见深约5.7cm的不规则液暗区，内透声好。

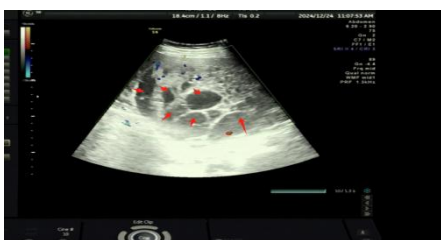
CDFI：腹部左侧多房性囊性包块实质可见点状血流信号。

超声诊断提示：腹部左侧多房性囊性包块，性质待定，疑过度增大的卵巢。大量腹腔积液、盆腔积液、左侧胸腔积液。



注：红箭头所示大量腹腔积液，黄箭头为宫底右侧肌层，绿箭头为胎儿肢体

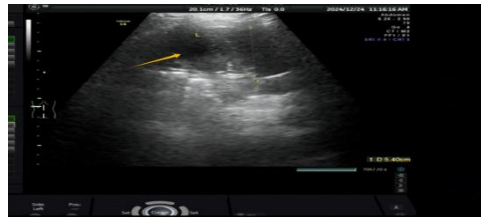
图1 床旁机腹部右侧横切面



注：左侧腹部多房性囊性包块，体积大，边界清，红箭头所

示大小不等的囊腔

图2 床旁机腹部左侧横切面



注：胸腔内见不规则液体，前后径最深切面5.4cm

图3 床旁机坐位左侧胸腔背部切面

全腹部盆腔核磁所见：左侧腹腔可见巨大肿块影，呈多房囊样改变，大小约18.7×14.7×16cm，边界欠清晰，周围肠道组织受压移位。横结肠起始部局部肠壁似不规则增厚，较厚处约2.2cm，累及长度约5.8cm；周围可见几枚稍大淋巴结影，短径约0.6cm。肝、脾大小在正常范围内，胆囊形态可，腔内无异常信号，胰腺形态、信号未见异常。腹膜后可见几枚肿大淋巴结，较大者短径约1.3cm。网膜不规则增厚，血管影增粗，脂肪间隙模糊。子宫体积增大，其内可见胎儿影像，胎臀位，胎盘位于前上壁，与肌层分界清晰。

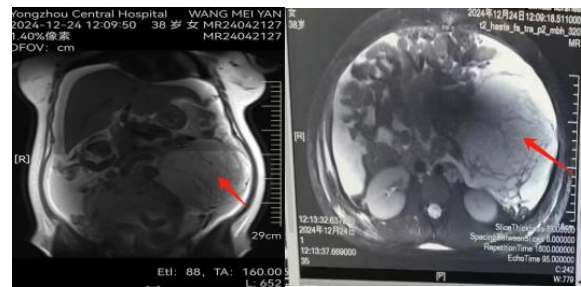


图4 核磁共振显示左侧腹部巨大包块

核磁诊断提示：

- (1) 左侧腹腔占位性病变，考虑肿块可能性大，左侧附件区来源？
- (2) 网膜不规则增厚，转移？
- (3) 大量盆腹腔积液。
- (4) 局部肠壁增厚，意义待定。
- (5) 前腹壁及腰背部皮下水肿。

就胸腹水来源及左侧腹腔巨大包块性质探讨，院内组织多学科会诊。依据辅助检查及化验数据，会诊意见：左侧腹部多房性囊性包块，过度刺激的卵巢？左侧附件恶性肿瘤并Meigs综合征不能排除。26日胎膜早破，当日行剖腹取胎+盆腔探查。取下腹部纵切口，腹腔内见淡黄色清亮腹水约2500ml，予以吸净。术中发子宫下段形成差，无病理性缩复环，胎儿臀位，几乎无羊水，娩出一死胎。术中探查左侧卵巢囊性增大约20×14×12cm，呈多房样改变，囊液清亮，部分囊内见陈旧性出血，考虑卵巢过度刺激综合征，无特殊处理，右侧附件外观正常。

2 讨论

2.1 概念及临床表现

卵巢过度刺激综合征 (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS) 是辅助生殖技术的主要并发症之一, 是人体对促排卵药物产生的过度反应, 以双侧卵巢多个卵泡发育、卵巢增大、毛细血管通透性异常、异常体液和蛋白外渗进入人体第三间隙为特征而引起的一系列临床症状的综合征^[3]。通常在取卵后的 10 天及以上出现, 特别是在使用尿促性腺激素诱发卵泡过程中更应密切观察有无卵巢过度刺激综合征的发生^[4]。常伴有严重并发症, 其主要临床表现为双侧卵巢囊性增大, 增大的程度可不一致, 一般获卵数越多的卵巢体积增大越明显。卵巢内有多个大小不等的卵泡或取卵后黄体囊肿, 呈多房性囊肿样改变, 囊内可为透亮的无回声区, 或取卵后黄体内呈絮状或条索状高回声。重度 OHSS 卵巢直径可达 12cm 以上, 常常合并盆腹腔积液, 严重者可合并胸水。

2.2 分度

根据临床表现与实验室检查, 将 OHSS 分为轻、中和重度, 妊娠可使 OHSS 更为严重。

(1) 轻度: 卵巢仅轻度增大, 直径小于 5cm; 血清 17-雌二醇和孕酮水平较高, 有或无卵泡囊肿/黄体囊肿, 轻度腹水。实验室检查可无异常。

(2) 中度: 卵巢直径 5-12cm, 出现腹胀, 伴随恶心、呕吐和腹泻, 腹水 <1.5L。红细胞压积 >41%, 白细胞 >15x10⁹/L。

(3) 重度: 卵巢直径大于 12cm, 大量腹水, 较少出现胸腔积液和/或心包积液, 可能出现肾功能不全和血液浓缩, 全身水肿和肝功能障碍, 出现成人呼吸窘迫综合征, 红细胞压积 >55%, 白细胞 >25x 10⁹/L 是严重 OHSS 的标志。同时伴有肾功能及血钾异常, 血肝酶上升^[5]。

2.3 风险与治疗

卵泡发育的数目、获卵个数及雌二醇水平等是卵巢对促排卵药物的客观反映, 在预测 OHSS 发生风险中具有重要作用。国外文献报道当获卵数 ≥15~24 个, OHSS 发生风险显著增加^[6-7]。国内文献报道当获卵数 ≥11~15 个, OHSS 发生风险显著增加^[8-9], 比国外报道的取卵数要少, 可能因为人种和体型的差异化。多项研究提示当扳机日 E2 >12 810 pmol/L 时, OHSS 发生风险显著增加^[10]。

OHSS 是一种自限性疾病, 一般两周左右会自行好转, 但患者合并妊娠时会使临床症状加重。临床医生需识别高危人群, 采取合理的管理方法和适当干预措施尤为重要^[11]。患者一旦发生 OHSS, 需尽早明确诊断, 评估病情的分级, 积极采用合理的治疗, 避免造成不良结局。

3 小结

本病例有以下几点值得思考: ①在以往的文献和病例报道中, 双侧卵巢过度刺激为常见, 获卵数多的一侧卵巢体积

增大越明显。本病例右侧取卵多, 而是左侧卵巢过度增大。②迟发型 OHSS 一般在注射 hCG 后 12-17 天诱发, 而本病例已孕 25 周, 早孕 B 超未诊断过度增大的卵巢。③根据美国生殖医学协会 OHSS 的严重程度分级, 患者胸腔积液, 腹腔大量积液为重度, 但患者无恶心呕吐、呼吸困难等, 小便正常。重度 OHSS 的实验室检查会出现明显异常, 该病例血常规、电解质、肾功能均正常。④核磁结果疑卵巢来源的恶性肿瘤并转移, 肿瘤标志物化验正常。综上, 临床不能排除卵巢来源的肿瘤并 Meigs 综合征。但术后证实左侧卵巢过度刺激综合征并大量盆腹腔积液。通过这个病例今后要多方位思考, 诊断需更加细心, 收集更多病例以总结其声像图特征, 提高诊断准确率, 避免不良结局的发生。

[参考文献]

[1]谢红宁. 妇产科超声诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2023.

[2]葛蓓蕾, 郑真真, 朱一萍, 等. 自发性卵巢过度刺激综合征 68 例临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2022, 31(11): 833-837.

[3]Mathur R S, Akande A V, Keay S D, et al. Distinction between early and late ovarian hyperstimulation syndrome [J]. Fertil Steril, 2000, 73(5): 901-907.

[4]郭万学. 超声医学[M]. 6 版. 北京: 人民军医出版社, 2011.

[5]石华. 女性生殖超声与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 224-225.

[6]Steward R G, Lan L, Shah A A, et al. Oocyte number as a predictor for ovarian hyperstimulation syndrome and live birth: an analysis of 256, 381 in vitro fertilization cycles [J]. Fertil Steril, 2014, 101(4): 967-973.

[7]Magnusson Å, Källén K, Thurin-Kjellberg A, et al. The number of oocytes retrieved during IVF: a balance between efficacy and safety [J]. Hum Reprod, 2018, 33(1): 58-64.

[8]任昉, 李蓉, 范燕宏, 等. 重度卵巢过度刺激综合征发病风险因素的预测研究[J]. 生殖与避孕, 2016, 36(9): 719-725, 744.

[9]彭琛, 吉莉, 高倩, 等. 不同促排卵方案来源胚胎冻融胚胎移植妊娠结局分析 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(1): 96-100.

[10]常才. 经阴道超声诊断学[M]. 2 版. 北京: 科学出版社, 2007: 356.

[11]仇梦真, 尚进, 屠晓君, 等. 卵巢过度刺激综合征并发肠系膜上静脉及门静脉血栓一例[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2023, 42(3): 213-217.

作者简介:

徐四妹 (1986.06-), 女, 汉族, 湖南省永州市人, 本科, 副主任医师, 研究方向为超声诊断。