

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών πρώιμης έναρξης με μεμονωμένη πλευριτική συλλογή: Περιγραφή περίπτωσης

Κ. Ζαχαρίας, Σ. Κραββαρίτης, Ε. Χρυσάφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών αποτελεί μία ιατρογενή επιπλοκή της ελεγχόμενης ωοθηκικής διέγερσης σε γυναίκες που υποβάλλονται σε κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η πλευριτική συλλογή παρατηρείται σε περίπου 10% των περιπτώσεων της σοβαρής μορφής συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών και σχετίζεται συνήθως με κλινικό ασκίτη. Η πλευριτική συλλογή ως μεμονωμένο εύρημα χωρίς παρουσία ασκίτη στα πλαίσια του συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών έχει αναφερθεί σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων. Στο άρθρο μας περιγράφουμε μία περίπτωση κατά την οποία η δύσπνοια και ο μη-παραγωγικός βήχας απόρροια της πλευριτικής συλλογής ήταν η προεξάρχουσα συμπτωματολογία σε ένα πρώιμης έναρξης σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών. Η ασθενής ανάρρωσε πλήρως χωρίς περαιτέρω επιπλοκές. Η σωστή διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση του συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών που εκδηλώνεται με μεμονωμένη πλευριτική συλλογή είναι καθοριστικής σημασίας.

Λέξεις ευρετηρίου: πλευριτική συλλογή, σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, εξωσωματική γονιμοποίηση

Κ. Ζαχαρίας, Σ. Κραββαρίτης, Ε. Χρυσάφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα. Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών πρώιμης έναρξης με μεμονωμένη πλευριτική συλλογή: Περιγραφή περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(1): 166-172

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών (ΣΥΩ) αποτελεί μία ιατρογενή επιπλοκή της ελεγχόμενης ωοθηκικής διέγερσης σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπείες υπογονιμότητας [1]. Το ΣΥΩ ταξινομείται με βάση την βαρύτητα σε ήπιο, μέτριο, σοβαρό, κρίσιμο με το σοβαρό ΣΥΩ να εμφανίζεται με συχνότητα 0,1-3% των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) [1-2]. Δυστυχώς μπορεί να αποτελέσει μία κατάσταση απειλητική για τη ζωή της γυναίκας καθώς μπορεί να οδηγήσει σε

σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS), νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική βλάβη, διαταραχές πήκτικότητας και θρομβοεμβολικά επεισόδια [3]. Ο εκλυτικός παράγοντας του ΣΥΩ θεωρείται η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροφίνη (hCG), η οποία χορηγείται είτε εξωγενώς κατά την τελική ωρίμανση των ωοθυλακίων, είτε παράγεται ενδογενώς από την τροφοβλάστη, προκαλώντας την εμφάνιση του πρώιμου και όψιμου έναρξης ΣΥΩ αντίστοιχα [4]. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός-κλειδί του ΣΥΩ είναι η αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας [1,5], οδηγώντας σε

αιμοσυμπύκνωση, ιστική ισχαιμία και ασκίτη. Ο ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF) θεωρείται πλέον ο κύριος μεσολαβητής της παθοφυσιολογίας του ΣΥΩ, αν και φαίνεται να παίζουν ρόλο και άλλες ουσίες [2,6,7].

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση περιστατικού ετερόπλευρης πλευριτικής συλλογής ως ασυνήθους κλινική εκδήλωση του ΣΥΩ και συγκεκριμένα η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 30 ετών, άτοκος με ατομικό ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto, υποβλήθηκε σε ελεγχόμενη ωθηκική διέγερση σε κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης λόγω ανδρικού παράγοντα υπογονιμότητας. Η ωθηκική διέγερση ξεκίνησε με τη χορήγηση 150IU θυλακιοτροπίνης άλφας (Gonal-f, Merck Serono Europe Ltd, London, United Kingdom) για 4 ημέρες. Από την 5η ημέρα της ελεγχόμενης ωθηκικής διέγερσης χορηγήθηκε σετρορελίξη (Cetrotide, Merck Serono Europe Ltd, London, United Kingdom) 0.25mg ημερησίως. Κατά την 10η ημέρα της χορηγήθηκε χοριογοναδοτροπίνη άλφα σε δόση 250mcg (Ovitrelle, Merck Serono Europe Ltd, London, United Kingdom). Διενεργήθηκε διακολπική ωληψία 17 ωοθυλακίων και ακολούθησε κατάψυξη λόγω αυξημένου κινδύνου για ΣΥΩ.

Η ασθενής προσήλθε στη κλινική μας μία ημέρα μετά την ωληψία, λόγω έναρξης δύσπνοιας, μη παραγωγικού βήχα και αισθήματος τάσης στην κάτω κοιλία. Κατά την κλινική εξέταση, το αναπνευστικό ψιθύρισμα ήταν μειωμένο αμφοτερόπλευρα και ιδίως στη δεξιά πλευρά. Τα ζωτικά σημεία κατά την προσέλευση ήταν: καρδιακός ρυθμός 86 παλμοί/λεπτό, φυσιολογική θερμοκρασία σώματος (36,6 °C), αναπνευστική συχνότητα 15/λεπτό και κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα 95%.

Αποφασίστηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο και στην απλή ακτινογραφία θώρακα αναδείχθηκε αμφοτερόπλευρη πλευριτική συλλογή, μεγαλύτερη στο δεξιό ημιθώρακιο συγκριτικά με αριστερά. Τα ευρήματα από το υπερηχογράφημα κοιλίας ήταν αύξηση του μεγέθους των ωθηκών (δεξιά ωθήκη 10,2 x 9,1 cm και αριστερή ωθήκη 8,2 x 9,2 cm) και μικρή ποσότητα ασκίτικου υγρού.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν υπήρχαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Η γενική εξέταση αίματος της ασθενούς δεν παρουσίασε σημεία αιματοσυμπύκνωσης. Ο αιματοκρίτης ήταν 41% και τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 13700/μL, με τον αιματοκρίτη πριν την έναρξη του κύκλου της ωθηκικής διέγερσης να είναι 37,9%. Ο πηκτικός έλεγχος, η ηπατική βιοχημεία, η νεφρική λειτουργία και οι ηλεκτρολύτες ήταν φυσιολογικοί. Τα επίπεδα αλβουμίνης ήταν ελαφρώς μειωμένα (3,26 g/dL).

Τα αέρια αρτηριακού αίματος ήταν ικανοποιητικά (pO₂: 73 mm Hg, pCO₂: 31mmHg, HCO₃⁻: 22,6 mmol/L) και το

ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφάνιζε φλεβοκομβικό ρυθμό. Το υπερηχογράφημα καρδίας ανέδειξε μικρή ποσότητα περικαρδιακού υγρού. Τέλος, διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών προς αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής.

Τις επόμενες ημέρες συνεργαστήκαμε στενά με την ομάδα των πνευμονολόγων. Στο σύνολο, η ασθενής υποβλήθηκε σε 2 θωρακοκεντήσεις και συγκεκριμένα παρακεντήθηκαν 600 mL διαυγούς κιτρινωπού πλευριτικού υγρού στην εισαγωγή 700 mL 96 ώρες αργότερα λόγω της εμμένουσας δεξιάς πλευριτικής συλλογής (Εικόνα 1). Η διεπιστημονική μας ομάδα με τους πνευμονολόγους κατέληξαν στην απόφαση να ακολουθηθεί συντηρητική αντιμετώπιση για τη πλευριτική συλλογή στο αριστερό ημιθώρακιο. Τα κυτταρολογικά αποτελέσματα και οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές και στα δύο δείγματα πλευριτικού υγρού. Η αντιμετώπιση της ασθενούς περιλάμβανε χορήγηση καβεργολίνης 0,5mg δύο φορές ημερησίως (Dostinex, Pfizer Hellas, Athens, Greece) και τινζαπαρίνης 4500 IU καθημερινά (Innohep, LEO Pharmaceutical Hellas, Athens, Greece) και χρήση αντιεμβολικών καλτσών ριζομηρίου. Κατά τη νοσηλεία της, πραγματοποιήθηκε δύο φορές έγχυση ενέσιμου διαλύματος ανθρώπινης λευκωματίνης 50 mL (CSL BEHRING, Athens, Greece).



Εικόνα 1. Απλή ακτινογραφία θώρακα στην οποία αναδεικνύεται πλευριτική συλλογή δεξιά.

Την πρώτη ημέρα νοσηλείας, το ισοζύγιο υγρών ήταν μη-ικανοποιητικό (προσλαμβανόμενα 1650ml, αποβαλλόμενα 525 ml), αλλά βελτιώθηκε τις ημέρες που ακολούθησαν. Η ασθενής εξήλθε κλινικά βελτιωμένη μετά από 5 ημέρες νοσηλείας, χωρίς σημαντική μεταβολή στην κοιλιακή περίμετρο και με απώλεια βάρους 1,7 Kg. Η ασθενής παρακολούθηθηκε στενά σε εξωτερική βάση στα τακτικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής και ανάρρωσε πλήρως χωρίς περαιτέρω επιπλοκές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πλευριτική συλλογή παρατηρείται σε περίπου 10% των περιπτώσεων της σοβαρής μορφής ΣΥΩ και σχετίζεται συνήθως με κλινικό ασκίτη [8]. Η πλευριτική συλλογή ως μεμονωμένο εύρημα χωρίς παρουσία ασκίτη στα πλαίσια του ΣΥΩ δεν είναι επαρκώς περιεγραμμένη στους πίνακες ταξινόμησης του συνδρόμου [1-2, 9]. Τα λεμφαγγεία του διαφράγματος αποτελούν μια δίοδο για την

μετακίνηση του ασκитικού υγρού στο δεξιό ημιθώρακιο [10]. Η πλευριτική συλλογή ως το κύριο και μεμονωμένο εύρημα του ΣΥΩ αποτελεί μία σπάνια κλινική εκδήλωση και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός γύρω από αυτό παραμένει άγνωστος. Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν ότι υπάρχει μειωμένη λεμφική αποχέτευση δεξιά συγκριτικά με αριστερά [10]. Παράλληλα, ο συνδυασμός αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης και αρνητικής ενδοθωρακικής πίεσης έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση ασκитικού υγρού μέσω των ανατομικών ελλειμμάτων του διαφράγματος. Τα ελλείμματα αυτά εντοπίζονται συνήθως στη δεξιά πλευρά του διαφράγματος [11, 12].

Οι συνήθεις κλινικές εκδηλώσεις του ήπιου ΣΥΩ περιλαμβάνουν παροδικό άλγος/τάση στο υπογάστριο, ναυτία, εμέτους, διάρροια και αύξηση της περιμέτρου της κοιλίας. Στη συνέχεια τα συμπτώματα μπορεί να εξελιχθούν σε ασκίτη, υπερπηκτικότητα λόγω αιμοσυμπύκνωσης, υδροθώρακα, δύσπνοια, διαταραχές πηκτικότητας, νεφρική δυσλειτουργία. Τα χαρακτηριστικά των γυναικών οι οποίες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΥΩ περιλαμβάνουν τη μικρή ηλικία, το χαμηλό BMI, την ταχεία αύξηση της οιστραδιόλης στον ορό και τα υψηλά επίπεδα οιστραδιόλης κατά την ωθηκική διέγερση [2]. Αξίζει να αναφέρουμε ότι, σε μία πρόσφατη δημοσίευση περιγράφηκε περίπτωση αιμοθώρακα σε ασθενή με ιστορικό COVID-19 λοίμωξης τρεις μήνες πριν υποβληθεί σε ελεγχόμενη ωθηκική διέγερση και διακολλική ωληψία στα πλαίσια θεραπείας υπογονιμότητας [13].

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η πλευριτική συλλογή ως μεμονωμένο εύρημα σε περιπτώσεις σοβαρού ΣΥΩ έχει περιγραφεί σε μικρό αριθμό δημοσιεύσεων [14-34]. Μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη μεμονωμένη πλευριτική συλλογή ως την προεξάρχουσα κλινική εκδήλωση του σοβαρού ΣΥΩ έδειξε ότι η δύσπνοια ήταν το κύριο σύμπτωμα, η συλλογή εντοπίζονταν συνήθως δεξιά (80%) και το πλευριτικό υγρό ήταν εξιδρωματικό στο 66,7% των περιπτώσεων. Επίσης, όλες οι ασθενείς που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση είχαν λάβει χοριακή γοναδοτροφίνη για την επίτευξη της τελικής ωρίμανσης των ωοθυλακίων και 29,1% εξ' αυτών είχαν ιστορικό διάγνωσης συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών [12]. Στη δική μας περίπτωση, η ασθενής εμφάνισε πρόωμης έναρξης ΣΥΩ με τη δύσπνοια, το βήχα και το αίσθημα τάσης στην κάτω κοιλία να είναι τα μόνα συμπτώματα κατά την προσέλευση. Δεν αναγνωρίστηκαν ανατομικά ελλείμματα του διαφράγματος. Μολαταύτα, η πλευριτική συλλογή ήταν στο δεξιό ημιθώρακιο.

Συμπερασματικά, η ετερόπλευρη πλευριτική συλλογή χωρίς παρουσία ασκίτη θα πρέπει να περιλαμβάνει στη διαφορική της διάγνωση το ΣΥΩ, όταν εμφανίζεται σε ασθενείς με ιστορικό ωθηκικής διέγερσης στα πλαίσια κάποιας μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στις περιπτώσεις αυτές, το OHSS απαιτεί άμεση και σωστή αντιμετώπιση καθώς η εσφαλμένη διάγνωση και οι μη-στοχευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορεί να αυξήσουν σημαντικά τη νοσηρότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ovarian hyperstimulation syndrome, management (Green-top Guideline No. 5); 2016. Available at: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg5> [Last accessed on 2017 Mar 12].
2. Whelan JG 3rd, Vlahos NF. The ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril*. 2000 May;73(5):883-96.
3. Kodama H, Fukuda J, Karube H, Matsui T, Shimizu Y, Tanaka T. Characteristics of blood hemostatic markers in patients with ovarian hyperstimulation syndrome who actually developed thromboembolism. *Fertil Steril*. 1996;66(3):417-24.
4. Nastri CO, Teixeira DM, Moroni RM, Leitão VM, Martins WP. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;45(4):377-93.
5. Loret de Mola, J.R. Pathophysiology of unilateral pleural effusions in ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod*. 1999;14(1):272-3.
6. Griesinger G, Dafopoulos K, Schultze-Mosgau A, Jelkmann W, von Otte S, Diesing D, Diedrich K. Vascular endothelial growth factor response to exogenous chorionic gonadotropic hormone in the luteal phase of women with a history of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(1):29-33.
7. Pellicer A, Albert C, Mercader A, Bonilla-Musoles F, Remohí J, Simón C. The pathogenesis of ovarian hyperstimulation syndrome: in vivo studies investigating the role of interleukin-1beta, interleukin-6, and vascular endothelial growth factor. *Fertil Steril*. 1999;71(3):482-9.
8. Golan A, Ron-el R, Herman A, Soffer Y, Weinraub Z, Caspi E. Ovarian hyperstimulation syndrome: an update review. *Obstet Gynecol Surv*. 1989;44(6):430-40.
9. Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Adamson GD, de Mouzon J, Nygren KG, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world report on assisted reproductive technology, 2005. *Fertil Steril*. 2014;101(2):366-78.
10. Schenker JG. Clinical aspects of ovarian hyperstimulation syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;85(1) 13-20.
11. Loret de Mola, J.R. Pathophysiology of unilateral pleural effusions in ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod*. 1999;14(1):272-3.
12. Irani M, Robles A, Gunnala V, Chung P, Rosenwaks Z. Unilateral pleural effusion as the sole clinical presentation of severe ovarian hyperstimulation syndrome: a systematic review. *Gynecol Endocrinol*. 2018;34(2):92-99.
13. Rahal D, Kozłowski IF, Rosa VBD, Schuffner A. Hemothorax after oocyte retrieval in a patient with a history of COVID-19: a case report. *JBRA Assist Reprod*. 2021;25(4):647-649.
14. Rabinerson D, Shalev J, Royburt M, Ben-Rafael Z, Dekel A. Severe Unilateral Hydrothorax as the Only Manifestation of the Ovarian Hyperstimulation Syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49:140-142.
15. Gregory WT, Patton PE. Isolated pleural effusion in severe ovarian hyperstimulation: a case report. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(6 Pt 1):1468-71.
16. Cordani S, Bancalari L, Maggiani R, La Sala GB, Fiasella F, Canessa PA. Massive unilateral hydrothorax as the only clinical manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2002;57(5-6):314-7.
17. Hsieh MJ, Tsao TC, Cheng PJ. Ovarian hyperstimulation syndrome with minimal ascites and massive pleural effusion: report of a case. *J Formos Med Assoc*. 1994;93(10):882-4.

18. Jewelewicz R, Vande Wiele RL. Acute hydrothorax as the only symptom of ovarian hyperstimulation syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1975; 121(8): 1121.
19. Bassil S, Da Costa S, Toussaint-Demyille D, Lambert M, Gordts S, Donnez J. A unilateral hydrothorax as the only manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome: a case report. *Fertil Steril.* 1996;66(6):1023-1025.
20. Daniel Y, Yaron Y, Oren M, Peyser MR, Lessing JB. Ovarian hyperstimulation syndrome manifests as acute unilateral hydrothorax. *Hum Reprod.* 1995;10(7):1684-5.
21. Wood N, Edozien L, Lieberman B. Symptomatic unilateral pleural effusion as a presentation of ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod.* 1998;13:571-2.
22. Friedler S, Rachstein A, Bukovsky I, Ron-El R, Raziel A. Unilateral hydrothorax as a sole and recurrent manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome following in-vitro fertilization. *Hum Reprod.* 1998;13(4) 859-861.
23. Kingsland CR, Collins JV, Rizk B, Mason BA. Ovarian hyperstimulation presenting as acute hydrothorax after in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 161: 381-382.
24. Tansutthiwong AA, Srisombut C, Rojanasakul A. Unilateral massive pleural effusion as the only principal manifestation of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *J Assist Reprod Genet.* 2000;17(8) 454-456.
25. Murray A, Rombauts L. Unilateral pleural effusion as the main presentation of "early onset" severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81(4) 1127-1129.
26. Khairy M, El-Toukhy T, Emovon E, Khalaf Y. Hydrothorax as the sole manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome: unusual case and literature review. *Reprod Biomed Online.* 2007;14(6) 715-717.
27. Thomas F, Kalfon P, Niculescu M. Acute respiratory failure, lactic acidosis, and shock associated with a compressive isolated right pleural effusion following ovarian hyperstimulation syndrome. *e. Am J Med* 2003;114:165-6.
28. Roden S, Juvin K, Homasson JP, Israël-Biet D. An uncommon etiology of isolated pleural effusion: the ovarian hyperstimulation syndrome. *Chest.* 2000;118(1):256-258.
29. Qublan HS, Barakat M. Respiratory distress caused by a unilateral hydrothorax as only manifestation of ovarian hyperstimulation syndrome. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(6) 585-586.
30. Aldawood AS, Felemban AA. Isolated unilateral pleural effusion as the only manifestation of the ovarian hyperstimulation syndrome. *Saudi Med J.* 2003;24(12):1397-9.
31. Anderson K, Haxton M, Banham S, Black WP. Unilateral pleural effusion as the presenting feature of ovarian hyperstimulation syndrome. *Scott Med J.* 1988;33(5) 338-339.
32. Mullin CM, Fino ME, Reh A, Grifo JA, Licciardi F. Symptomatic isolated pleural effusion as an atypical presentation of ovarian hyperstimulation syndrome. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2011;2011:967849.
33. Mümüşoğlu S, Tanaçan A, Turan V, Bozdağ G. Ovarian hyperstimulation syndrome presenting with isolated unilateral right-side hydrothorax: A report of two cases and systematic review of the literature. *Turk J Obstet Gynecol.* 2020;17(1):65-72.
34. Vidal A, Wachter C, Kohl Schwartz A, Dhakal C. A rare presentation of isolated right-sided pleural effusion in the context of ovarian hyperstimulation syndrome: A case report. *Case Rep Womens Health.* 2021;32:e00347.

CASE REPORT

Early onset ovarian hyperstimulation syndrome with isolated pleural effusion: report of a case

K. Zacharis, S. Kravvaritis, E. Chrysafopoulou, T. Charitos, A. Fouka

Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Lamia, Lamia, Greece

ABSTRACT

Ovarian hyperstimulation syndrome is an iatrogenic complication of controlled ovarian stimulation in women undergoing in vitro fertilization cycles. Pleural effusion is reported in approximately 10% of severe ovarian hyperstimulation syndrome cases and is usually associated with marked ascites. The isolated finding of pleural effusions without ascites as a predominant clinical manifestation of severe ovarian hyperstimulation syndrome is described in a small number of case reports. We herein report a case where dyspnea and nonproductive cough secondary to unilateral pleural effusion were the only presenting symptoms, due to early onset ovarian hyperstimulation syndrome. The patient completely recovered. The correct diagnosis of ovarian hyperstimulation syndrome and immediate treatment of patients undergoing controlled ovarian stimulation for assisted reproductive treatment, presenting with isolated pleural effusion without ascites is of major importance.

Keywords: pleural effusion, ovarian hyperstimulation syndrome, in vitro fertilization

K. Zacharis, S. Kravvaritis, E. Chrysafopoulou, T. Charitos, A. Fouka. Early onset ovarian hyperstimulation syndrome with isolated pleural effusion: report of a case. Scientific Chronicles 2022; 27(1): 166-172
