

Kod:.....

**ST Skrivning i
Reproduktion och Utveckling
VT 2009
Sal R64**

Skrivningen består av kortsvarsfrågor med delfrågor. Totalt omfattar skrivningen 105 poäng. Läs frågorna noggrant och tänk på att disponera tiden. Skrivningstiden är max 5 timmar.

Fyll i din kod högst upp

Fråga	Antal sidor	Antal poäng
Gynekologi 1-9	15 sidor	56 p
Obstetrik 10-17	9 sidor	49 p

Lycka till!

GYNEKOLOGI

Skrivningsfråga nr 1

En patient som är 63 år gammal är inplanerad för kirurgisk åtgärd av ett rektocel. Hon har fött tre barn vaginalt efter okomplicerade graviditeter. I samband med att du skriver in patienten framkommer att hon är rökare sedan 20-årsåldern. Hon genomgick för ett par år sedan en höftledsoperation och drabbades postoperativt av en blodpropp i lungan. Hon tog blodförtunnande medicin i ungefär ett halvår. Någon utredning beträffande trombos benägenhet är inte gjord. Under samtalets gång noterar du att patienten har en hel del hosta och att patienten är lite dyspnoisk efter sina hostattacker och efter den relativt raska promenaden till undersökningsrummet. Enligt undersköterskans notering är patienten 168 cm lång och väger 56 kilo. Patienten medicinerar med Seloken SOC 100 mg x 1 samt Vagifem 2 gånger/vecka. I samband med klinisk undersökning noteras blodtryck 172/92, puls 64, lungor med en del sibilanta och sonora ronchi samt en del sekretljud. Upprepade blodtryckskontroller på avdelningen visade liknande nivåer. Den gynekologiska undersökningen visar bland annat ett rekto/enterecele som är drygt hönsäggstort. Slemhinnorna är hyggligt östrogeniserade. Måttlig uterusdescens samt inget cystocel. Du planerar för en åtgärd av enterocelet och en bakre plastik med levatorsuturer. I övrigt framkommer inga avvikande fynd vid auskultation av hjärtat, palpation av buk samt undersökning av bröst och sedvanliga lymfkörtelstationer.

Fråga 1a) Vilka tre preoperativa undersökningar/bedömningar tycker DU verkar rimliga att vidta? Motivera dina svar.(1,5 p)

Svar:

Lungröntgen.

Motivering: Långvarigt rökande. Hosta. Dyspnoisk. Ronchi vid auskultation.

Konsultera lungmedicinare.

Motivering: Mycket talar för nedsatt lungfunktion. Hjälpt med bedömning av lungfunktionen och optimera inför operationen.

Konsultera invärtesmedicinare vb blodtrycket.

Motivering: Blodtrycket ligger inte på en acceptabel nivå trots medicinering.

Operationen gjordes någon månad efter att ovan beskrivna inskrivning gjordes. Under operationen friar du vaginalslemhinna från underliggande vävnad och du identifierar enterocelet.

Fråga 1b) Vad gör du med enterocelet som är stort som en tumme?(1 p)

Svar:

Fridissekerar enterocelet som öppnas. Innehållet i form av tunntarm frias försiktigt från bråcksäcken och skjuts upp. Bråcksäcken recesseras och snörps ihop med någon tobakspungliknande sutur.

Fråga 1c) Vad skall du tänka på när du sätter dina levatorsuturer?(1 p)

Svar:

Ha kontroll så de ej går in genom tarmslemhinnan i rektum/anus. Detta gör man genom att ha ett finger i rektum medan man suturerar.

Fråga 1d) Dagen efter operationen har patienten mer ont än vad de brukar ha efter en motsvarande operation. Vilka tankar väcks hos dig?(1 p)

Svar:

Någon form av komplikation kan ge upphov till en svårare smärta än vanligt. Å andra sidan kan allt vara som det ska men smärtan är ändå intensivare än vanligt. Som ansvarig läkare måste jag ändå undersöka patienten för att eftersöka eventuell komplikation, t.ex. i form av hematom. Hittar jag inget måste den smärtlindrande behandlingen ändras.

Fråga 1e) Nästa dag får du veta att patienten är helt personlighetsförändrad och hon betar sig mycket konstigt. Berättar om konstiga drömmar bland annat. Vilka tankar väcks hos dig nu? (0,5 p)

Svar:

Det mest troliga är att hon reagerat på något av de smärtstillande läkemedlen eller på kombinationen av dem. Det kan ju också vara fråga om en stroke av någon form eller att patienten av något skäl utvecklat en psykos men det är mindre troligt.

Fråga 1f) Vilka ordinationer/råd ger du patienten i samband med utskrivning? (1 p)

Svar:

Smärtstillande vid behov de närmaste dagarna och kanske någon/några veckor framåt. Låta slidan vara ifred. Inga bad, samlag eller tamponger på minst en månad. Inga lyft över 4-5 kg närmaste månaden samt undvika tyngre lyft och fysisk träning under ytterligare ett par månaders tid. Inget planerat återbesök, utan höra av sig vid behov.

Skrivningsfråga nr 2

En 45-årig kvinna är inlagd på gynekologisk vårdavdelning. Hon sökte akut under efternatten då hon drabbats av akut insättande buksmärta. Du träffar patienten på morgonen ungefär 5 timmar efter det hon blev inlagd. Hon är fastande samt har dropp. Hon har fått 100 mg diklofenak intramuskulärt samt sammanlagt 16 mg morfin intravenöst men uppger sig ha ont ändå. Inskrivande doktor har angett myomnekros som trolig orsak till patientens smärtor. Hon är i övrigt frisk och har ingen regelbunden medicinerings. Hon var sin årliga gynekologiska rutinundersökning för ett par månader sedan och undersökande gynekolog sa att hon hade en muskelknuta i livmodern. Hon var då helt besvärsfri. Du konstaterar att hon är mest öm över en grapefruktstor resistens som finns långt nere till höger i buken. Vid gynekologisk undersökning med ultraljud kan du konstatera att det finns flera myom i uterus och att det största mäter 7 cm i diameter. Vidare finner du en misstänkt högersidig ovarialcysta som mäter 9 cm i diameter och den ligger ganska högt upp så det var närmast slumpen som gjorde att du såg den med vaginalt ultraljud. När du trycker med ultraljudsproben mot uterus och vad du tror är höger adnex så gör det mycket ont. På andra sidan om uterus ser du ett normalt ovarium och hon är inte speciellt öm på den sidan. Med abdominellt ultraljud så ser man en enkelrummig 9 cm stor cysta av benigt utseende.

Fråga 2a) Hur tänker du och vilka åtgärder vidtar du? (1 p)

Svar:

Första tanken som dyker upp bör vara att detta kan röra sig om en torsion av höger adnex. Smärtan kan även vara orsakad av myomnekros och att cystan är ett bifynd. Du bör planera patienten för akut laparoskopi för att utesluta eller verifiera diagnosen adnextorsion och i vilket fall ta bort cystan alternativt höger adnex.

Fråga 2b) Patienten har läst på lite om myom och hon undrar om de kan omvandlas till cancer. Hur är det med den saken?(0,5 p)

Svar:

Myom omvandlas sannolikt aldrig till cancer (sarkom) även om det i den vetenskapliga litteraturen har spekulerats om så kan ske så är det inte säkert visat.

Fråga 2c) Hur kan man krympa myom medicinskt (hormonellt)?(1 p)

Svar:

*Behandling med GnRH-analog under 3-6 månader
Behandling med Mifepriston (Mifegyn®) under 3 månader*

Fråga 2d) Beskriv ett par ickemedicinska/ickehormonella metoder för åtgärd av uterusmyom medan uterus och fertilitet bibehålles.(2 p)

Svar:

Embolisering av de artärer som försörjer det myom man vill åtgärda. En kateter förs ner mot det kärl som försörjer myomet i fråga. Kärlet identifieras genom att kontrast injiceras under det att man söker sig till rätt kärl. När den ligger rätt sprutas någon form av partiklar in i kärlet så det täpps igen. Detta gör att myomet går i nekros och sedan resorberas.

Myomenukleation görs genom att ett eller flera myom kirurgiskt skalas ut under det att det normala myometriet sparas.

Fråga 2e) Vilka två celltyper dominerar i ett myom?(0,5 p)

Svar:

Glatta muskelceller och fibroblaster.

Fråga 2f) Vad menas med ett submuköst myom och hur kan det tas bort?(1 p)

Svar:

Det är ett myom som sitter under endometriet och det kan tas bort via hysteroskopisk resektion om det inte är för stort.

Fråga 2g) Vilka anamnestiska och statusmässiga data skulle tala för att det rör sig om ett uterusarkom och inte ett uterusmyom?(1 p)

Svar:

Sarkom tillväxer snabbare än ett myom. Konsistensen är som regel fast om det är myom och ganska svampig/halvfast om det är ett sarkom. Ultraljudsbilden är som regel ganska homogen hos uterusmyom medan det man ser vid sarkom ger intryck av oregelbundenhet, inhomogenitet, omväxlande cystiska och solida partier. Ultraljudsbilden och konsistensen kan dock vara snarlik vb myom och sarkom.

Skrivningsfråga nr 3

Imorgon skall du operera en 46-årig kvinna som har en drygt barnhuvudstor uterus pga. myom. Du planerar att göra total hysterektomi i medellinjessnitt då uterus når ca 2-3 tvärfingrar ovan navelplanet. Hon har fött fyra barn vaginalt efter normala graviditeter. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. Patienten är 176 cm lång och väger 86 kg.

Fråga 3a) Önskar du ordinera några preoperativa undersökningar/bedömningar utöver sedvanliga blodprover och bedömning av narkosläkare? Motivera ditt svar.(1 p)

Svar:

Nej. Patienten är frisk och operationen förväntas inte vara komplicerad utöver vad som kan förväntas pga uterus storlek. Detta resonemang förutsätter att det finns PAD-svar på endometriebiopsi/skrap.

Fråga 3b) Hur tänker du beträffande antibiotika- och trombosprofylax?(1 p)

Svar:

Patienten bör ha antibiotikaprofylax då det är planerat en total hysterektomi då det är visat att detta minskar risken avsevärt vb postoperativa infektioner, bland annat så kallde infekterade vaginaltoppsheatom.

Patienten bör ha trombosprofylax då det är visat att det minskar risken för postoperativ ventrombos och lungemboli.

Under operationen visar det sig att det finns ett flertal intramurala myom i corpusdelen av uterus och ett 7-8 cm stort myom långt ner mot cervix. Det senare ligger intraligamentärt på höger sida. Hela paketet går relativt bra att skjuta upp men det är trångt nere i lilla bäckenet och ganska svårt att komma åt.

Fråga 3c) I ett tidigt skede av operationen orienterar du dig i det planerade operationsområdet. Hur tänker du i det uppkomna läget?(2 p)

Svar:

I ett detta tidiga skede av operationen känner du att du bör assisteras av en erfaren kollega.

Uretärernas förlopp bör dyka upp tidigt i tankarna. Vidare bör man kanske fundera över möjligheten att ta uterus i portioner, kanske göra en subtotal hysterektomi i första skedet för att bättre komma åt att ta nedre delen av uterus och cervix. Då det ser relativt svårt ut bör man bedöma risken för större blödning och resonera med ansvarig anestesilog om att ev. beställa blod redan tidigt för att ha nära till hands.

Operationen går bra utan några uppenbara komplikationer men under ett skede av operationen var det svårt att komma åt på ett bra sätt på högersidan. Operationstiden var 203 minuter. Patienten mår dock inte bra efter operationen. Hon har inte ont annat än i ryggen men mår illa och kräks fortfarande två dygn efter operationen. Hon får inte i sig något per os och det går inga gaser. Kroppstemperaturen är nu 38,1°C.

Fråga 3d) Hur resonerar du beträffande ordinationer av intravenösa vätskor?(1 p)

Svar:

Ordinationerna måste baseras på elektrolytstatus och urinproduktion som i det här skedet bör mätas med timdiures om det är minsta tveksamhet vb urinmängderna. Målet i det här skedet är att korrigera eventuella avvikelser beträffande nivåer av natrium och kalium i plasma. Volymen av infunderad vätska måste vägas mot beräknade förluster. Urinproduktionen är som regel en viktig indikator på om man ligger rätt beträffande infunderad volym. Man kan i det här läget börja fundera på att lägga en central infart.

Fråga 3e) Vad beror den lätt förhöjda temperaturen mest sannolikt på? Motivera ditt svar.(1 p)

Svar:

Mest troligt beror 38,1°C på allmän sårfeber och att magen inte kommit igång än. Postoperativa infektioner brukar som regel inte ge sig tillkänna förrän 4-5 dagar efter operationen.

På 3:e postoperativa dagen går det lite gaser och patienten har en liten avföring men hon mår inte bättre. Hon har mer ont mot ryggen men det är alla överens beror på att hon nu legat så länge till sängs och att hon har en rygg som periodvis varit besvärlig.

På 4:e postoperativa dygnet utvecklar patienten svår högersidig flanksmärta och hög feber med frossbrytningar. Hon blir riktigt dålig med lågt blodtryck och hon blir konfusorisk.

Fråga 3f) Hur bedömer du det nu uppkomna läget? Vad misstänker du? Vad gör du?(2 p)

Svar:

Patienten har en sepsis och måste genast till intensivvårdsavdelning för övervakning av vitalparametrar. Odlingar från blod och urin tas genast och iv antibiotika ordinerar i samråd med infektionsläkare. Mest troligt är det en avstängd pyelit på höger sida då uretären på den sidan strypts, kanske på grund av någon sutur. Med hjälp av ultraljud kan det konstateras att uretären är rejält dilaterad på höger men inte vänster sida. Uretären/njuren måste avlastas via någon form av percutan nefrostomi.

Skrivningsfråga nr 4

Du laparoskoperar en 26-årig kvinna som vid upprepade tillfällen sökt sin husläkare på grund av periodvisa låga buksmärtor. Smärtan har som regel börjat med lite molande som sedan övergått i krampliknande smärta som hållit i sig som regel under några timmar. När det värsta släppt så har det varit ömt i magen under några timmar. Hon har ibland mått illa när det varit som mest ont. Ultraljudsmässigt så finns en högersidig ovarialcysta som mäter 6 centimeter i medeldiameter. Den ser ut att vara flerrummig och innehållet har en viss ekogenicitet. De septa som finns ser tunna ut och det finns inga säkra excrescenser.

Fråga 4a) Hur handlägger du detta? Motivera.(1 p)

Svar:

Patientens symtom skulle kunna vara förenliga med torsionsattacker varför cystan bör avlägsnas.

Fråga 4b) Vilken typ av cysta rör det sig troligen om?(1p)

Svar:

Utseendet är inte typiskt för någon särskild typ av cysta utan det kan röra sig om en endometrioscysta, corpusluteumcysta, dermoid, mucinkystom och eventuellt en solid tumör.

Fråga 4c) Hur tycker du man skall fortsätta operationen om man hittar vegetationer på cystans utsida?(1,5 p)

Svar:

Man bör kika runt ordentligt i hela buken för att se om liknande vegetationer kan hittas på andra ställen i buken och framförallt på det andra ovariet. Med spol & sug ta buksköljvätska för cytologi med frågeställningen maligna celler. Om misstanke om malign ovarialtumör kvarstår måste man överväga att konvertera operationen till öppen kirurgi för staging.

Fråga 4d) Om cystan går sönder i samband med manipulation och den tömmer sig på ett lite mörjigt chokladbrunt innehåll, vad är det för typ av cysta då och hur fortsätter du operationen?(1 p)

Svar:

Endometrioscysta. Cystan skall i sin helhet tas bort. Därefter måste lilla bäckenet och dess organ inspekteras noga och eventuell endometriosis recesseras eller destrueras.

Fråga 4e) Hur mycket ökar risken för ovarialcancer hos kvinnor med endometriosis och vilka två typer av ovarialcancer är vanligast i denna patientgrupp?(1 p)

Svar:

Endometriosis fördubblar risken för ovarialcancer och de två vanligaste formerna är klarcellscancer och endometroid cancer.

Fråga 4f) I samband med manipulation av ovariet och cystan så finner du att cystan sitter fast mot bäckenväggen motsvarande fossa ovarica med omnejd. Med diatermi försöker du bränna av de korta och relativt strama stråk som håller fast ovariet. Vad måste du tänka på i det här läget och hur gör du?(1,5 p)

Svar:

Uretären ligger sannolikt i närheten och möjligen precis under de stråk som du försöker bränna av. Risken finns att värmeöverledning skadar uretären. Du måste alltså vara försiktig och förvissa dig om uretärens förlopp i förhållande till det tänkta operationsområdet. Skarp dissektion med sax och endast bränna försiktigt på de kärl som blöder är en variant.

Fråga 4g) Anta att du lyckats dissekera loss den ca 6 cm stora cystan utan att den gått sönder. Hur tar du enklast ut den utan att spilla något i buken?(1p)

Svar:

Cystan lägg i en påse (endobag) som dras upp mot ett porthål, lämpligen en 10-12 mm port. Själva troacaren tas bort och påsen dras upp mot stickkanalen. Du går ner i påsen utifrån med en nål och suger ut cystinnehållet varpå den tomma cystan lätt tas ut genom stickkanalen.

Skrivningsfråga nr 5

En 66 årig kvinna söker för trängningar och frekventa toalettbesök både dag och natt. Gynekologisk undersökning och urinprover är ua.

Miktionslista visar maxvolym 500 ml, frekvens dagtid 8 och nattetid 4, totalt 12, totalvolym 3 800 ml, varav 1 600 ml nattetid. Inga läckage.

Fråga 5a) Räkna upp minst 4 orsaker till polyuri, och ange minst 2 av dessa som speciellt kan orsaka nykturi!(4 p)

Svar:

- *Abnormt vätskeintag (kvällstid = nykturi)*
- *Diabetes mellitus*
- *Hjärtsvikt, benödem (nykturi)*
- *Diuretika, Litium*
- *Sömnapné (nykturi)*
- *Vasopressin ↓, upphävd dygnsrytm (nykturi)*

Fråga 5b) Ungefär hur stor andel av urinvolymen utsöndras normalt nattetid?(1 p)

Svar:

Ca 1/3

Fråga 5c) Ange en medicinsk behandling av nykturi(1 p)

Svar:

Desmopressin (Minirin®)

Fråga 5d) Ange en farlig biverkning till denna behandling! (1 p)

Svar:

Hyponatremi, vattenintoxikation, lungödem

Fråga 5e) Ange en lämplig kontrollåtgärd för att förebygga denna biverkning(1 p)

Svar:

Upprepad kontroll av natrium i plasma

Skrivningsfråga nr 6

En 35-årig kvinna söker för klåda i underlivet sedan ca 3 månader; mycket besvär på natten.

Bilden är borttagen – återfinns i MB2 2009

Fråga 6a) Trolig diagnos(1 p)

Svar:

Eksem, lichen simplex

Fråga 6b) Ange 2 differentialdiagnoser!(1 p)

Svar:

Svamp, LSA

Fråga 6c) Lämpliga prover för att säkerställa diagnos?(1p)

Svar:

Stansbiopsi, wet smear, svampodling

Fråga 6d) Föreslå lämplig behandling om det är den troligaste diagnosen (fråga a)! (1 p)

Svar: Kräm med grupp III steroid + antimykotikum (ex Betnovat med chinofom®)

Skrivningsfråga nr 7

Linda 28 år söker mottagningen p.g.a. ”svampbesvär”.

Fråga 7a) Redogör för, och förklara, symtom och fynd vid en akut svampinfektion.(1 p)

Svar:

Infektionen uppkommer när normala floran i vagina ändras av någon orsak och svamp(candida) växer till och ger en inflammatorisk reaktion i slemhinnorna. Detta gör att vävnaden i vagina och vulva kan bli svullen, öm, varm/ rodnad och kliande. Främsta subjektiva symtomet brukar vara klåda och brännande känsla i vulva och ibland vitgul grymig flytning. Vid inspektion ses ofta symmetriskt inflammerad glansig vävnad i vulva och vagina. Kesoliktade vit ofta grymig flytning i vagina. Flytningen kan ibland vara adherent och ”klistrig” i vagina som en beläggning och då ses inte sällan transudation (vattentunn flytning för övrigt), ibland lite med homogen och gulaktig (inflammatoriskt svar).I wetsmear ses svamphyfer och mycelier, ibland ökat antal vita blodkroppar.

Fråga 7b) Redogör för, och förklara, symtom och fynd efter ett par veckors svampinfektion. (1 p)

Svar:

Den akuta inflammationen har oftast läkt ut. Symtomen är oftast klåda, sveda, torrhetskänsla och ibland sprickbildning. Flytning brukar inte vara så framträdande symtom och ses inte alltid vid

Kod:.....

undersökningen. Vid gynekologiska undersökningen ses ibland sprickbildning, men då inflammationen lagt sig kan status se normalt ut. I wetsmear ses oftast svamphyfer och/eller mycelier, men kan ibland se normalt ut. Diagnosen kan säkerställas genom att ta en svampodling.

När Du frågat henne om symtom framkommer det att hon främst har besvär vid samlag.

Fråga 7c) Vilka är de viktigaste frågorna du ställer till henne nu?(1 p)

Svar:

När uppkom detta första gången? Hur länge har hon haft besvär? Hur länge har hon haft samma partner? Har det varit annorlunda i andra relationer? Preventivmedel nu och tidigare? Har hon haft andra gynekologiska besvär/sjukdomar (svamp mm)? Hur påverkar symtomen hennes sexliv? Var gör det ont? Hur gör det ont? När, i vilka situationer, gör det ont?

Du misstänker en lång sjukhistoria av dyspareuni.

Fråga 7d) Vad förväntar Du dig av en kommande gynekologisk undersökning och varför?(1 p)

Fråga 7e) Hur hanterar Du detta?(1 p)

Svar: (till Fråga 7d samt 7e)

Troligen kommer Linda vara spänd och orolig inför undersökningen. Troligen kommer hon ha vaginism p g a tidigare smärta och kroppen vill därför "försvara sig". Det är viktigt att skapa en trygg atmosfär och ta det varsamt och lugnt vid undersökningen. Undersökningen skall vara patientstyrd och det är ett viktigt tillfälle undervisa henne samtidigt. Undersökningen bör vara systematisk och samtidigt kommentera fynden för patienten, gärna med positiv feedback. Om patienten är spänd skall man "stämna av" att det är ok att fortsätta undersökningen och inte forcera denna. Beroende på fynd vid undersökningen kan man förklara och negera vissa sjukdomar (t ex svamp, kondylom, vestibulit). En omsorgsfull undersökning kan visa henne att beröring och penetration är möjlig utan onödig smärta, samt att hon själv kan styra händelseförloppet.

Hon berättar efter ett tag att hon har nedsatt sexuell lust. Du påminner Dig om de sexuella responsfaserna.

Fråga 7f) Vilka är responsfaserna och vilket "egetnamn" brukar användas för denna graf?(1 p)

Svar:

Masters & Johnson. **Alternativt Kaplan: Lust-Upphetsning-Orgasm**

1.Längtan

2.Upphetsning

3.Platå

4.Orgasm

5.Återhämtning

Fråga 7g) Beskriv för Linda hur lust och slidkramp kan påverka varandra och ge några enkla råd.(1 p)

Svar:

Uppmuntra paret till en dialog med varandra. Det är viktigt att kvinnan behåller eller återfår lusten. Ofta minskar lusten pga. tidigare upplevd smärta. Om det gör ont skall är det bättre att ha ickepenetrerande sex för att undvika en smärtcirkel och därmed minskad lust. Det behövs lust och därmed lubrikation före ett penetrerande samlag. Det är viktigt att ta det lugnt och vänta till kvinnan lubrikerar. Bra egenövning är att känna och penetrerar med en eller flera fingrar själv i vagina och att kvinnan därefter själv successivt får styra när hon vill pröva och känna sig trygg med penetration.

Skrivningsfråga nr 8

Evelina, 28 år, kommer till KK's mottagning för vidare utredning och behandling p.g.a. att man upptäckt en skivepitelatyperi (ASCUS) vid gynhälsokontrollen. Hon är sambo med Anders och Evelina har sedan ett halvår försökt bli gravid. Sedan hon slutade med p-piller har hon haft en del mellanblödningar och vid två tillfällen blödning efter samlag. Evelina är mycket orolig och har många frågor.

Fråga 8a) Hur stor är risken att en ASCUS i själva verket är en äkta dysplasi? (1 p)

Svar:

Ca 40% risk.

Fråga 8b) Evelina undrar också om blödningarna beror på en cellförändring eller om man ska utreda på något annat sätt. Vad svarar du?(1 p)

Svar:

Kod:.....

Cellförändringar ger inte blödning (däremot cancer gör det). Om kvarstående ASCUS bör hon utredas med kolposkopi och riktade px. Vanligaste orsaken till kontaktblödning i hennes ålder är infektion. Klamydia-prov bör tas.

Fråga 8c) Om det skulle vara en dysplasi och man måste ta bort en bit av livmodertappen – påverkar det en eventuell graviditet?(1 p)

Svar:

Det är en ökad risk för prematur förlossning efter alla typer av ingrepp men korrelerar också till storleken på konen.

Om Evelina hade fått vaccinera sig i tonåren kanske hon hade sluppit denna situation. Det finns för närvarande två olika vacciner på marknaden.

Fråga 8d) Hur effektiva är dessa vacciner och är det något som skiljer dem åt?(1 p)

Svar:

Effekten är ca 95% skydd mot CIN 2/3 och körtelcellsatypi hos HPV-naiva kvinnor efter 4 år. Båda vaccinerna skyddar mot HPV 16 och 18, men det ena skyddar även mot HPV 6 och 11 vilka ger kondyloma accuminata. HPV 16 och 18 finns i 70% av all cervixcancer.

Skrivningsfråga nr 9

Gunilla, 57 år, söker på KK´s mottagning efter att hon sedan några veckor känt en molvärk nedtill i buken. Hon är II-para, tidigare gynekologiskt frisk och hade MP vid 52 års ålder. Hon har behandling för hypertoni men inga andra mediciner. Du känner inget avvikande vid palpation men när du gör ett vaginalt ultraljud ser du en cysta som mäter 6 cm i diameter.

Fråga 9a) Hur beräknas malignitetsrisken med hjälp av RMI (Risk Malignancy Index)?(1 p)

Svar:

RMI beräknas på följande sätt. U: Malignitetskriterier på ultraljud graderas 0-3, M: premenopausal=1, postmenopausal=3. $U \times M \times Ca-125 = RMI$.

Fråga 9b) Hur handlägger du fallet beroende på olika RMI-nivåer?(1 p)

Svar:

Cystan skall opereras bort. RMI>200 talar för malignitet och pat bör då utredas preoperativt samt opereras som om en malignitet förligger. Vid värden ≤ 200 kan pat ev. opereras laparoskopiskt och endast med SOE.

Det framkommer nu att Gunilla har använt östrogen i 5 år och nu undrar hon om det har orsakat cystan.

Fråga 9c) Påverkar HT risken för ovarialcancer och i sådana fall hur?(1 p)

Svar: Det finns studier som tyder på att HT ökar risken för ovarialcancer, bl.a. visat i WHI (Women's Health Initiative) efter 5 års behandling med kombinerad HT. Det vetenskapliga underlaget är dock fortfarande för dåligt för att man ska kunna dra säkra slutsatser.

Fråga 9d) HT påverkar risken för en rad andra cancersjukdomar. Beskriv vad vi vet idag om detta.(1 p)

Svar:

Ökad risk för bröstcancer efter behandling i 5 år. WHI visade 4-6 extra cancerfall per 10 000 kvinnoår efter 5 års behandling med kombinerad HT.

Minskad risk för colorektalcancer (visat i WHI).

OBSTETRIK

Skrivningsfråga nr 10

Maria kommer in till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 37+ med fulminant varicellainfektion. Hon har inga värkar.

Fråga 10a) Hur skulle du behandla Maria?(1p)

Svar:

Acyklovir peroralt. Med tanke på att partus är nära förestående, även immunoglobulin.

Fråga 10b) När och hur bör Maria förlösas?(2p)

Svar:

Inget skäl för induktion. Vaginal förlossning är ok.

Fråga 10c) När under graviditeten utgör en varicellainfektion störst risk för fostret?(1p)

Svar:

Strax före partus.

Fråga 10d) Hur stor är risken för fetal skada om Maria i stället haft en herpes zoster?(1p)

Svar:

Ingen

Skrivningsfråga nr 11

Dorothea väntar sitt första barn och har nu kommit till graviditetsvecka 33+. Hon söker MVC pga. klåda i handflator, på fotsulor och över bålen. Laboratorieutredning visade normala transaminaser, men stegrad bilirubin och kraftigt förhöjda s-gallsyror.

Fråga 11a) Vilka är riskerna för mor respektive foster i samband med detta tillstånd?(3p)

Svar:

Mor: ingen; Foster: prematurbörd, asfyxi, intrauterin fosterdöd

Fråga 11b) Vill du behandla detta tillstånd och i så fall hur?(1p)

Svar:

Ursodeoxycholsyra 1g dagl fram till partus

Fråga 11c) Hur vill du övervaka Dorothea i fortsättningen?(2p)

Svar:

S-gallsyror och s-bilirubin 1gång/vecka; CTG 1-2 ggr/vecka. Om terapivikt: induktion efter v 38, dock redan efter v 36 om BÅDE gallsyror och bilirubin är förhöjt

Fråga 11d) Hur stor är återupprepningsrisken för detta tillstånd vid nästkommande graviditet?(1p)

Svar:

50%

Skrivningsfråga nr 12

Sanna kommer in med ambulans till förlossningen efter att ha börjat blöda hemma så att det rann lite längs låren. Hon är gravid med sitt andra barn och enligt BPU i v. 30 + 3. Du tillkallas direkt när ambulansen anlänt.

Fråga 12a) Vilken blir din första åtgärd och vilken fråga ställer du först?(2 p)

Svar:

Om pat är cirkulatoriskt stabil frågar jag om hon har ont och kollar om fostret lever.

Fråga 12b) Vilka undersökningar och åtgärder vidtar du härnäst?(2 p)

Svar:

*I.v. nål, bastest, yttre palpation, spekulumus, u-ljud, (Placentalokalisation? Huvudändläge?)
kontinuerlig CTG- registrering, Bedömning av ev. vattenavgång, Hur ont? Hur mycket blöder det? Ev. Cyklokapron.*

Kod:.....

Efter en stund har blödningen minskat och Sanna ligger kvar för observation. Hon har nu börjat få sammandragningar med ca 10 minuters intervall.

Fråga 12c) Vad gör du nu?(2 p)

Svar:

Påbörjar kortisonbehandling om ej gjord. Planerar för eventuell vaginal förlossning om huvudändläge. Ger antibiotika om vattenavgång. Expektans. Ger inte tokolytika utan att samråda med överordnad.

Fråga 12d) Vad är det som avgör om man ska göra ett akut sectio i en situation som denna?(2 p)

Svar:

Den kliniska bilden, d.v.s. progress av blödning och smärta eller patologiskt CTG.

Skrivningsfråga nr 13

Gudrun är gravid i v 40 + 5 och kommer till förlossningen för induktion på grund av oligohydramnios (AFI= 35). Det är första barnet och Gudrun har en magnifik mage. Hon väger själv 105 kg. Du gör vaginalundersökning och finner att cervix är 2 cm lång, fast i konsistensen och genomsläpper fingret. CTG visar frekvens 120/min, nedsatt variabilitet och enstaka accelerationer. Efter din palpation har Gudrun känt av några värkar

Fråga 13a) Vilka åtgärder gör du för att inducera förlossningen? Motivera.(2 p)

Svar:

Preinduktion, helst med reversibel metod (t.ex. ballong-/Bard-kateter). Amniotomi och skalpelektrod så snart som möjligt för att bättre kunna monitorera fostret.

Nästa dag när du går på jouden är Gudrun igång med ett riktigt hyggligt värkarbete. Cervix är nu öppen 5 cm, huvudet står strax nedom spinae och det går framåt. Barnmorskan ber dig bedöma CTG som visar variabla decelerationer.

Fråga 13b) Vilken är det troligaste orsaken till dessa deccelerationer? Kan det åtgärdas?(2 p)

Svar:

Navelsträngskompression. Ev. fostervatten-infusion.

Kl. 01 blir du tillkallad för att lägga en sugklocka. Gudrun har nu krystat i ca 1 timme och hon orkar inte längre.

Fråga 13c) Vilka komplikationer till en vacumextraktion riskerar du i detta fall?(2 p)

Svar:

På grund av överviktig mor och misstänkt stort barn – skulderdystoci, men även rupturer.

Fråga 13d) Vilka orsaker till oligohydramnios känner du till?(2 p)

Svar:

Vattenavgång. Placentainsufficiens. IUGR. Urinvägsmisbildningar hos barnet. Kromosomavvikelser. Läkemedel (NSAID, ACE-hämmare).

Skrivningsfråga nr 14

Sofia är gravid i v 28 när du för tredje gången under denna graviditet skriver ut antibiotika på grund av signifikant växt av bakterier i urinen. Hon ifrågasätter varför hon måste äta så mycket antibiotika när hon inte har några urinvägsbesvär. Du förklarar att det är för att undvika komplikationer både för mamma och barn.

Fråga 14a) Vilka komplikationer för barnets del är kopplade till asymtomatisk bakteriuri (ABU) under graviditeten?(1p)

Svar: Prematuritet. SGA.

Fråga 14b) Förklara vilka fysiologiska förändringar under graviditeten som ökar risken för pyelonefrit hos mamman. (1p)

Kod:.....

Svar: Relaxation av glatt muskulatur i uretärerna (progesteroneffekt) och livmoderns tryck mot uretärerna ökar risken för reflux och därmed uppåttigande infektioner. Nedsatt immunförsvar under graviditeten ökar risken för allvarligare infektioner.

Fråga 14c) Vilken sorts behandling skulle du ge Sofia och på vilket sätt skulle du fortsätta att följa henne? (1p)

Svar: Lämpligt antibiotika i 5-7 dagar. Därefter långtidsprofylax resten av graviditeten med lägre dos. Kontrollodlingar ung. var sjätte vecka.

Nästa gång du träffar Sofia visar urinodlingen signifikant växt av grupp B streptokocker. Sofia har fortfarande inga besvär.

Fråga 14d) Vad gör du nu och förändrar detta svar på något sätt handläggningen vid förlossningen?(1p)

Svar: Ev. byte av antibiotika. Planerar för iv bensyl-pc under förlossningen.

Skrivningsfråga nr 15

Carina är förstföderska och ligger inne på förlossningen. Graviditeten har varit normal och hon är nu 40v + 3 d. Eftersom öppningsskedet gått långsamt har hon fått ett oxytocindropp sedan 3 timmar och är nu uppe i den rekommenderade max-dosen. Du blir tillkallad för att bedöma CTG.

**Fråga 15a) Vad blir din bedömning av detta CTG, beskriv alla parametrar?(1p)
Åtgärd?(1p)**

Svar:

Omöjligt att avgöra basalfrekvens. Nedsatt variabilitet. Sannolikt variabla decelerationer. Tecken på överstimulering. Stäng av oxytocindroppet.

Fråga 15b) Beskriv en vanlig felkälla vid CTG-registrering och på vilket sätt kurvan kan fel-tolkas.(1p)

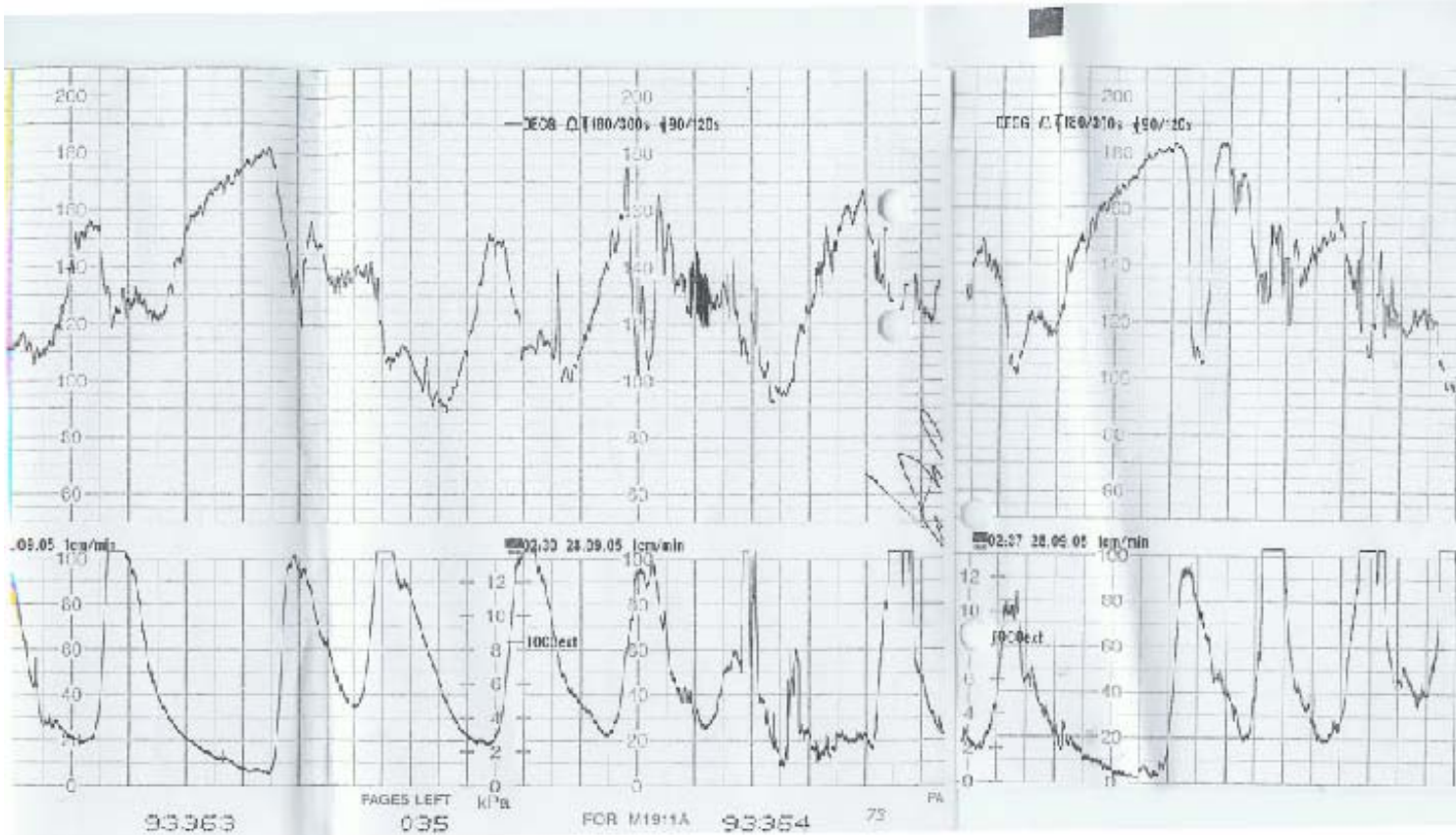
Svar:

*Apparaten kan fånga upp mammans puls vid yttre registrering (ger falskt för låg basalfrekvens).
Ändrad pappershastighet kan göra det svårare att bedöma variabiliteten.*

Fråga 15c) Om CTG-kurvan ger misstanke om fosterasfyxi under pågående förlossning kan man utreda vidare. Vilka metoder finns och vad skiljer dem åt?(1p)

Svar:

Skalpblodprov för analys av laktat alternativt pH. Ett förhöjt laktat tyder på en metabol acidosis. Det går inte att avgöra om en metabol eller respiratorisk acidosis föreligger genom att mäta pH enbart. Provet måste kompletteras med BE (base excess) för detta.



Skrivningsfråga nr 16

Monokoriotisk duplexgraviditet

Sofia 32 år och Lars 36 år kommer på sitt första läkarbesök på MVC . Sofia är gravid för första gången och är fullt frisk så när som en känd hypotyreoos som behandlas med 50 mikrogram Levaxin. De är förväntansfulla och du gör ett tidigt ultraljud. Du konstaterar en viabel duplexgraviditet i v 10+.

Fråga 16a) Vilka ultraljudsfynd kan vara vägledande för att bestämma korionisitet och när ses dessa tydligast?(1 p)

Svar:

Lamda-tecken och T-tecken. Bestämning av chorionicitet är lättast att göra i första trimestern, men även i andra trimestern kan den ske med relativt god säkerhet.

Fråga 16b) Vilka komplikationer bör man vara uppmärksam på vid en monokoriotisk duplex graviditet?(1 p)

Svar:

Ökad risk för död och neurologisk skada hos co-tvilling vid IUFD. Ökad risk prematurbörd. Ökad risk tillväxtdiskprepans. TTS.

Fråga 16c) Vilken information ger du föräldrparet angående den väntande förlossningen när det gäller en Diamnriotisk Monokoriotisk duplexgraviditet?(1 p)

Svar:

Med ökande graviditetslängd ökar risken för navelsträngskomplikation. Elektivt sectio v 32-34 rekommenderas därför ofta.

Fråga 16d) På vilket sätt kommer troligtvis Levaxindosen ändras under graviditeten och hur ofta bör hon kontrolleras avseende sin hypotyreos?(2 p)

Svar:

Tyroxinbehovet ökar med 25-50 procent under graviditeten och TSH och fritt T4 skall kontrolleras tidigt i graviditeten och därefter var 4-6:e vecka.

Skrivningsfråga nr 17

Gestationsdiabetes

Lina är gravid i v 24 och vid ett besök på MVC tas ett kapillärt plasma glukos värde som visar 11,2. Klockan var 10.30 och hon åt frukost kl 9.00. Hon mår bra och tycker att hon äter nyttigt. Hon promenerar till och från arbetet varje dag vilket blir ca en timmes motion om dagen.

Fråga 17a) Föreslå fortsatt utredning och beskriv metoden.(2 p)

Svar:

Oral glukosbelastning (OGTT). 75g oral glukosbelastning, fastande från kl 22 kvällen innan och kontroll av p-glukos efter 2 timmar. Även informera om kost och motion, notera ev. övervikt och kontrollera blodtrycket.

Det visar sig att Lina har en graviditetsdiabetes och nu undrar hon vad det innebär för risker för barnet och henne själv.

Fråga 17b) Beskriv riskerna för moder och barn vid graviditetsdiabetes. (2 p)

Svar:

Ökad risk för LGA-barn, plexusskada i samband med förlossningen och ökad risk för preeklampsi. Något ökad risk för missbildningar. Ökad frekvens prematuritet.

Lina blir tvungen att börja med insulin och önskar nu få information om hur hon kommer att kontrolleras under återstående del av graviditeten.

Fråga 17c) Beskriv kortfattat fortsatt graviditetsövervakning i Linas fall.(2 p)

Svar:

Kod:.....

Vid insulinbehandlad graviditetsdiabetes skall patienten följas på spec-MVC och då följs hon ofta enligt de riktlinjer som gäller för typ-1 diabetes med tillväxtkontroller pga accelererad fostertillväxt, CTG övervakning från v.36 pga ökad risk för hypoxi och ökad uppmärksamhet angående uppseglande preeklampsi.

Fråga 17d) Lina undrar därefter vad som kommer att ske med hennes hälsa i framtiden. Vilka ökade risker finns för Linas egen del i framtiden?(2 p)

Svar:

Kvinnor med GMD har i ökad frekvens övertvikt och hypertoni och har en ökad risk att senare i livet utveckla diabetes och hjärt-kärlsjukdom.