

Facit Specialistskrivning 2000

Gynekologi

Kortsvarsfrågor

1. Cytologi av buksköljvätska eller ascites 2. Hysterektomi 3. SOE bil 4. Omentresektion 5. Palpation av buken och retroperitoneala körtlar.
1. Delning av lig infundibulopelvicum. 2. Delning av lig sacrouterina 3. Delning och omstickning av uterinakärlen och lig cardinale.
- Låg risk - ingen tromboprofylax: Kvinnor upp till 40 år, friska, utan trombosbenägenhet, som ej står på kombinerade p-piller och som genomgår medelstora operativa ingrepp.
Medelhög risk: kvinnor över 40 år eller kvinnor under 40 år som står på kombinerade p-piller, och som genomgår medelstora operativa ingrepp. Med "medelstora operativa ingrepp" avses exempelvis laparotomier på benign indikation, vaginala plastiker, ingrepp för stressinkontinens (dock ej TVT-plastiker) eller endoskopisk kirurgi av varaktighet mer än en timme.
Hög risk: Kvinnor oavsett ålder som tidigare haft djup ventrombos eller lungemboli eller som genomgår större abdominell kirurgi för maligna sjukdomar.
Vid medelhög risk ges i lågdos ex Fragmin eller Klexane, vid hög risk ges högdos. Ges dagligen helst med början på kvällen före ingreppet. Alternativt kan injektionen ges tidigt på morgonen operationsdagen. Injektionen ges sedan var 24:e timme till dess patienten är helt mobiliserad och ytterligare 2-3 dygn (i princip under hela vårdtiden).
- Paternalt genetiskt material, 1/2000 graviditeter, ultraljud, evakuering (kir och/eller med), kontroll med Beta HCG varannan vecka tills negativise-

ring, därefter månatligen 6-12 månader.

- Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding (systematic review 1999 0115, Lethaby A, Sheppard S, Cooke I, Farquhar C) Cochrane Library Document 2000-02-02:
"There was a significant advantage in favour of hysterectomy in the improvement in heavy menstrual bleeding and satisfaction rates (up to 4 years post surgery) compared with endometrial destruction techniques. Although many quality of life scales reported no differences between surgery groups, there was some evidence of a greater improvement in general health for hysterectomy patients. Duration of surgery, hospital stay and recovery time were all shorter following endometrial destruction. Most adverse events, both major and minor, were significantly more likely after hysterectomy and before discharge from hospital. After discharge from hospital, the only difference that was reported for this group was a higher rate of infection. Repeat surgery because of failure of the initial treatment either endometrial ablation or hysterectomy, was more likely after endometrial destruction than hysterectomy. The total cost of endometrial destruction was significantly lower than the cost of hysterectomy but the difference between the two procedures narrowed over time because of the high cost of re-treatment in the endometrial destruction group."
- Testikulär feminisering (AIS, androgen insensitivity syndrom) innebär medfödd defekt av androgenreceptorerna som ej svarar på stimulering av testoste-

ron. Patienten har kvinnliga sekundära könskaraktärer minus axillar- och pubesbe håring. Genotyp 46XY- Defekten är lokaliserad till X kromosomen. Utredning: karyotyp. Behandling profylaktisk extirpation av gonaderna (retinerade testes) pga malignitetsrisk. Psykosocialt omhändertagande. Ställningstagande till HRT p g a osteoporosrisken.

- Primär hypermenorre. Blödningsproblem vid skador, tandextraktion. Hereditet för blödningsproblem.
- Odling från tuban: chlamydia + Neisser. Byte till tetracyklinpreparat. Ordentlig gynekologisk anamnes. Övertagning till kvinnosjukvård. Följ kliniskt förlopp. Smittspårning vid positiv odling för chlamydia eller gonorré.
- ESSÄFRÅGA
Resonemang om handläggning utifrån patientens symtom, cirkulations- och smärtpåverkan, vaginalt ultraljudsfynd, s-hCG nivåer om handläggning med expektans och uppföljning, indikationer för methotrexate-behandling, exeres, laparoskopi för diagnos samt kirurgisk behandling.

Obstetrik

- >41+6
ökad risk i.u. fosterdöd.
ökad risk mekoniumaspiration, låg A.S.
Antingen induktion 42+0 eller övervakning under graviditetsvecka 43
Övervakning med fostervattenbestämning och CTG minikrav med 2-4 dagars mellanrum.
- Viktigt informera patienten. Skall ha i.v pc-behandling under förlossningen. Kan odlas/Behöver ej odlas under graviditeten. Om odling och växt av GBS

inget säkerställt stöd för värdet av peroral behandling under graviditeten. Viktigt att det förs en vettig diskussion då rutiner i landet varierar.

3. Fria luftvägar+O₂
Bryt kramperna med Stesolid i.v. och ev. magnesiumsulfat.
Kontroll puls/bltr.
Ev antihypertensiv behandling.
Stabilisera mammans situation (bltr-kontroll, kramperna upphört)
Ej urakut sectio. Ofta övergående bradycardi i samband med kramper.
När mamman stabil ställningstagande till förlossningsätt. Inte nödvändigtvis sectio. Tillkalla narkosläkare.
4. Framför allt under tredje trimestern ökar insulinresistensen, dvs minskad insulinkänslighet. B-glukos lägre i fastande och högre postprandiellt jämfört med icke-gravida. Insulinproduktion ökar 2-3 gånger. Fastenivåer av insulin före måltid oförändrade eller lägre. Betydligt ökad insulinfrisättning efter måltid. Kvinnor som inte klarar av detta (t ex blivande typ-2 diabetiker) kan utveckla nedsatt glukostolerans/manifest diabetes s k graviditetsdiabetes.
5. Ja, framförallt om ultraljud utföres i v 11 – 14. Hinnfäste med lambdatecken = dich, T-tecken = mono.
Ökad komplikationsrisk, ökad perinatal mortalitet och morbiditet, ökad risk för IUGR och tvillingtransfusionssyndrom vid monochoriotisk jämfört med dichoriotisk tvillinggraviditet.
6. Nedsatt variabilitet, tachycardi och sena decelerationer. Överburen patient med svagt mekoniumfärgat fostervatten är en riskpatient. Mot bakgrund av patologiskt CTG trots ej så tätt värkarbete och alldeles i början av förlossningen bör sectio göras. Sannolikt omöjligt komma åt att ta pH. Om detta lyckas och är normalt kan man möjligen fortsätta men mycket tveksamt alternativ mot bakgrund av helhetsbilden.
7. Framstupa pann- eller ansiktsbjudning. Vaginal förlossning ej möjlig-absolut förlossningshinder.
8. Profylax med zidovudin. Elektivt kejsarsnitt.
9. ESSÄFRÅGA
Definition (statistisk) SGA < medelvärde – 2 SD korrigerat för graviditetslängd och kön. Diagnosticerar med

ultraljud. Viktskattning mindre än – 22 %.

Cirka 2.75 % (om Gausskurva). I realiteten något mindre?

Riskfaktorer: Rökning, tidigare IUGR-barn, kronisk hypertoni, pre-eclamps, kromosomavvikelse, missbildningar m fl

Övervakningsschema: kan naturligtvis se olika ut men bör i stort sett följa Karel Marsals förslag i Obstetrik i Öppenvård baserat på den svenska studien. Viktigt att flöde är basen för övervakning fr.a. vid okomplicerad IUGR

Reproduktionsmedicin

1. Värdering av behandlingsindikation. I första hand vaginal, ej peroral behandling. Vid olaga blödning utredning som för kvinnor utan östrogenbehandling. Inga speciella kontroller med avseende på endometrietjocklek.
2. Spermieproduktionen reduceras p g a att negativ feedback via hypofyshämning leder till en minskad endogen testosteronproduktion, vilket i sin tur leder till en minskad spermieproduktion.
3. a. Ordinerar gestagenbehandling cykeldag 15-24 för regularisering av blödningsmönster.
b. Kombinationsbehandling östrogen/gestagen med t ex tablett estradiol 2mg dagligen med tillägg av gestagen 10mg/dag under 12-14 dagar per cykel. Gestagenet kan även administreras via hormonspiral.
Transdermal östrogenbehandling med estradiol 50ug/dag, alternativt estradiolgel 1mg/dag i kombination med gestagen som ovan.
Transdermal kombinationsbehandling är också en möjlighet.
Cyklerna kan göras 1-3 månader långa. Östrogenbehandling enligt ovan. Kontinuerlig gestagen behandling med gestagen 10mg/dag, alternativt hormonspiral. Även lägre doseringar av östrogen och gestagen kan vara tänkbara. Transdermal kombinationsbehandling är också en möjlighet.
4. Provtagning helst mellan kl 10-12 på förmiddagen, 2 timmar efter uppvaknandet och ett par timmar efter måltid. Medicinering med t ex antidepressiva, stress, födointag, mammillstimulering, graviditet, rökning, könshormonstatus

påverkar. Thyreoideaprover. Hypofysadenom.

5. Två tabletter Follinett alternativt etiny-lestradiol 100ug och levonogestrel 500ug senast 72 timmar efter samlaget, dosen upprepas efter 12 tim. Insättande av kopparspiral inom 5 dygn efter samlaget. Levonogestrel 750ug inom 3 dygn och ytterligare en dos efter 12 tim.
6. Ca 7-8%. Ökar till ca 9%.
7. Sannolikheten för konception per menscykel/månad – väntetiden för konception.
8. Svullnadskänsla i buken. Smärta i buken. Illamående. Kräkningar. Diarré. Minskade urinmängder. Kliniska fynd: ovarialförstoring, ovarialcystor, ascites, pleruravätska, DIC-syndrom, multipel organsvikt.
9. ESSÄFRÅGA
Definition: ingen graviditet efter 12 månaders konceptionsförsök.
Utredning
Anamnes: gynekologiska aspekter såsom tidigare graviditeter, infektioner, menstruationshistoria, coitusfrekvens, sexuella bekymmer. Övriga sjukdomar, tidigare bukingrepp, andra infektioner, aktuell medicinering. Partneranamnes. Kvinnan utreds beträffande ovulation, corpuskavitets utseende, och tubarfunktion. Mannen utreds med spermieanalys och kroppsundersökning. Kvinnans ovulationsmekanism bedöms med ultraljud preovulatoriskt och helst också efter ovulation. Alternativt används LH-sticka, s-progesteron 7 dagar före väntad mens. Endometriets utseende i förhållande till cykeldag bedöms m h a ultraljud. Vid anamnes på oregelbundna cykler eller amenorré kontrolleras prolaktin, thyreoideaprover och FSH. Gestagentest görs vid amenorré för att påvisa ett fungerande endometrium och att inga anatomiska avvikelser finns för att mens blodet skall kunna rinna ut. Corpus uteri/corpuskaviteten bedöms vid ultraljudsundersökning vad beträffar form och ev. anatomiska avvikelser och förekomst av myom. Corpuskaviteten kan utredas med hydrosongrafi, alt hystersalpingografi då ju också tubarpassage bedöms. Alt. kan hysteroskopi utföras. Laparoskopi rekommenderades tidigare som ett obligatorium i infertilitetsutredningen men idag är

uppfattningen att den utförs vid misstanke om tubarskada eller endometrios.

Viktigt är att begränsa tiden som utredningen tar.

Allmän del

1. a Medelvärde, median, typvärde
b Standarddeviation, kvartilavstånd, variationsvidd konfidensintervall.
2. Den gravida har generellt mer vävnadsödem bland annat i svalget, vilket försvårar intubation.
Den gravidas hormonomställning (progesteron) leder till sänkt tonus i glatt muskulatur, vilket försämrar ventrikeltömning och ökar aspirationsrisken.
Livmoderns mekaniska tryck på tarmar och ventrikel leder också till ökad aspirationsrisk.
Hypoxi uppstår snabbare hos den gravida på grund av sänkt FRC (funktionell residualkapacitet) på grund av högt stående diafragma och den ökade

generella basalmetabolismen leder till att syrgastensionen snabbare sänks.

Ökad risk för högt blodtryck under narkosinduktion då man ofta undviker analgetika med tanke på fostrets påverkan. Detta leder till en ökad risk för ytligare narkos (awareness).

3. Om de skador kvinnan uppvisar bekräftar att hon utsatts för det som hon beskriver eller ej.
Om den uppgivna tidpunkten för skadans uppkomst kan stämma.
Om skadan varit lindrig eller livsfarlig.
Om den kan förväntas bli bestående fysiska eller psykiska men.
4. Tranexamsyra som i det fibrinolytiska systemet utövar en hämmande effekt på plasminogenaktivering, d v s omvandlingen av plasminogen till plasmin och på så sätt minskas blödningen.
5. 1.Någon typ av eksem eller 2.Lichen sclerosus. Behandlas med oljehygien + grupp 3 eller 4-steroid avtrappande.
Information om tillståndets kroniska karaktär.

6. (antitrombin III, protein S och C, APC-resistens)

b (Nej)

7. Primär herpes.

Urinretention och smärta (på neurogen väg), meningitretning.

Antiviral behandling, ev KAD och erbjud inläggning.

8. a. Socialtjänstlagen (1980:620) och Lag om vård av missbruk i vissa fall (LVM 1988:870)

b. Ja, sekretesslagen medger undantag i detta fall. (Sekretesslag 1980:100, kap 14, § 2 sista stycket)

9. ESSÄFRÅGA

Svaret bör vara strukturerat enligt principerna för etiska analysen:

godhets-, lidande-, rättvis-, självbestämmande-, och nyttoprinciperna.

I en etisk analys skall ingå att belysa olika aktörer som kvinnan, fostret osv olika etiska principer och olika behandlingsalternativ. Det finns inget givet rätt svar, men man bör komma fram till ett sammanfattande omdöme.