

Facit Specialistskrivning 2001

Allmän del

Kortsvarsfrågor

1. Rökning, vikt med lågt BMI, fysisk aktivitet, kostfaktorer, medicinering med t ex cortison. Hereditära faktorer. Calciumtillskott, D-vitamin, bifosfonate
2. Fördubbling av s-hCG sker på ca 1 1/2 dygn. Långsam stegring, platåvärde eller sjunkande värde inger misstanke om extruteringsgravitet, liksom värdet över 1000-1500 IU/l utan fynd av intrauterin hinnsäck vid ultraljudsundersökning LH är under fysiologiska förhållanden det hormon som man menar utlöser ovulation. LH och hCG är glukoproteinhormon bestående av en alfa- och en beta-subenhet. Strukturmässigt är alfa-enheten lika för, och betaenheten skiljer sig endast marginellt mellan, dessa hormon. Således är det möjligt att ersätta LH med hCG, och få samma biologiska effekt.
3. **Integritetsprincipen** vilken omfattar två begrepp:
 - Autonomi: rätten till självbestämmande
 - Integritet: ”rätten till sig själv”, dvs avskildhet

Nyttoprincipen

- Rätten till största möjliga nytta och välbefinnande
- Rätten till minsta möjliga skada och lidande

Rättvisprincipen

- Rätten till rimlig andel av de samlade resurserna

4. **Indikationer**; depression, paniksyndrom, tvångssyndrom, PMS-besvär.

Graviditet kategori **A**: Ingen risk. **B:1-3**. Begränsad klinisk erfarenhet och dokumentation av biverkningar under graviditet föreligger. **C**: Förmodas ge upphov till ökad frekvens av fostermissbildningar. **D**: Primär teratogen effekt.

Amning I: passerar ej i modersmjölk, **II**: Passerar men ingen risk att påverka barnet med terapeutiska doser. **III**: Passerar i sådan risk att det föreligger risk med terapeutiska doser. **VI a,b**: Tillräckliga uppgifter saknas över passagen i modersmjölken för att bedöma risken för barnet och återhållsamhet av preparatet under amning rekommenderas.

5. En confounder är en faktor som påverkar jämförbarheten mellan de exponerade och oexponerade i studiepopulationen. Confounder **samvarierar** med den studerade exponeringen i studiepopulationen och påverkar **risken** att insjukna i den studerade, t ex sjukdomen (Epidemiologisk metodik S Norell, studentlitteratur 1987).
6. Att bedöma särskilda hälsorisker och identifiera maternella sjukdomar och tillstånd av betydelse för graviditet, förlossning och fosterutveckling. Att bedöma tidigare obstetrisk och gynekologisk anamnes och dess betydelse för den aktuella graviditeten och den kommande förlossningen.
7. Vaginism, slidkramp, kan yttra sig som smärta såväl i introitus som djupare in i slidan vid penetration. Tillståndet kännetecknas av en reflektorisk kramp i bäckenbotten som kan utlösas av alltifrån penetration vid samlag till blotta tanken på t ex en gynekologisk undersökning. Sammandragningar sker ofrivilligt genom en inlärd reflex (Sexologi, redaktion P-O Lundberg, Almqvist, Wixell, 1994).

Essäfråga

Chockfasen. Minuter-dygn då patienten inte till fullo förstår vad som hänt. Informationen till patienten går inte in.

Reaktionsfasen. 1-2 månader. Patienten reagerar på förlusten med känslor av sorg, förtvivlan. Även skuldkänslor och/eller aggressivitet kan förekomma. Frågor om orsaker till det inträffade, varför?, där medicinska förklaringar inte alltid är tillräckliga. Ofta förekommer kroppsliga symtom, sömnstörningar etc. Gamla sorger och förluster kan aktiveras. Stort behov av medmänniskor som kan hjälpa till med praktiska ting, samt som tillåter de sörjande att reagera.

Bearbetningsfasen. Varar några månader till år. Patienten fortsätter den inre bearbetningen av det som hänt. Det går ganska bra att fungera i vardagslivet, men av och till kommer sorgen över, och man behöver få tala om det som hänt. Stora förändringar, viktiga beslut svåra att genomföra.

Nyorienteringsfasen. Patienten går vidare och kan se framåt.

Exempel på patologiska sorgreaktioner:

Uppskjutet sorg. Man reagerar inte så mycket i akutskedet, utan ser till att vara aktiv så att man inte hinner att känna efter. Upplevs ofta som duktiga, men det finns risk för ett senare sorggenombrott vid t ex semester, eller vid en ny förlust.

Förträngd sorg. Man uttrycker inte sin sorg i ord och känslor, utan via psykosomatiska eller psykiska symtom. Det kan vara mycket svårt för patienten att se orsakssammanhang mellan symtomdebut och trauma.

Kronisk sorg. Sorgen blir till ett livsinnehåll. Patienten går inte vidare utan uppfylls av tankar på det som hänt, t ex det döda barnet dagligen och stundligen.

Gynekologi

Kortsvarsfrågor

1. **Yuzpe-metoden** (100 microgram ethinylestradiol och 0,5 mg levonorgestrel) x 2 med 12 timmars intervall inom 72 timmar efter koitus. Graviditetsfrekvens: 0,2-0,3% Biverkningar: illamående, kräkningar.
Levonorgestel 0,75 mg x 2 med 12 timmars intervall Graviditetsfrekvens: 0,2-0,3%.

Spiral. Graviditetsfrekvens: 0,0-0,13%
Indikation: för långt intervall mellan koitus och behandling, permanent anti-konception önskas. Cave STD.

Ethinylestradiol 5 mg Graviditetsfrekvens: 0,3-1,6% Biverkningar: illamående, kräkningar.

Mifepristone 5mg-600 mg. Studier pågår, men randomiserade visar bättre resultat än Yuzpe oavsett dos. Biverkningar: mensförskjutning.

Danazol

2. Minilaparotomi (1), laparoscopi (2)
1 vs 2: inga skillnader i allvarliga komplikationer som reoperation och blodtransfusion. Sårinfektion och hämatom förekommer mindre hos 2. Op tiden är 5 minuter kortare hos 2.
Ref: Kulier R et al. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. The Cochrane Library Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
3. GnRH analog, danazol, gestagen.
Jämfört med icke behandling är resultatet kortare operationstid, lättare tillgänglighet och högre frekvens av postoperativ amenorre, och även postoperativ dysmenorre synes vara mindre. GnRH behandling gav inte färre peroperativa komplikationer. GnRH ger bättre effekt på uteruslehminnan än danazol, bägge ger biverkningar under behandlingen.
Ref: Sowter MC. Pre-operative endometrial thinning agents before hysteroscopic surgery for heavy menstrual bleeding. The Cochrane Library Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
4. Knivkonisering (1), laserkonisering (2), Loop excision (slynga) (3), laserablation (vaporisering) (4), cryobehandling (5).
Samtliga metoder är likvärdiga i behandlingsresultat. Bästa PAD med 3. 2 vs 3: längre op tid, mer smärta 2. 2 vs 4: inga skillnader i blödning. 4. Bättre colposcopi-bild vid uppföljning.
1. vs 5.: mer smärta 4., ingen skillnad i blödning.
Ref: Martin-Hirsch PL et al. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. The Cochrane Library Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

5. TVT betyder Tensionfree Vaginal Tape.

Denna operationsmetod innebär att ett icke elastiskt band av prolene i lokalbedövning med hjälp av ett specialinstrument anlägges retropubiskt via en incision sub-urethralt. Denna prolenslynga kommer att ligga runt mellersta delen av urethra, genom diafragma urogenitale via prevesikala spatiet upp genom bukväggen. Slyngan justeras så att den förhindrar det hypermobila urinrörets rotation vid intra-abdominal tryckstegring och därmed urinavgång. Justering sker under samtidig hostprovokation med fylld urinblåsa hos den vakna lokalbedövade patienten.

Fördelar. Operationen kan genomföras polikliniskt i lokalbedövning. Bra resultat. Relativt kort operationstid, enkel procedur.

Nackdelar. Risk för tömningsproblem vid insufficient eller överdriven stramning av bandet. Ännu begränsad långtidsuppföljning. Op.fältet kan inte direkt visualiseras för åtgärd av ev blödning.

6. Man ger tillbaka estrogen/gestagen i lägsta möjliga dos så att osteoporos-, risk- och klimakteriesymtomen försvinner vid GnRH behandling. Optimal beh kontinuerlig kombinerad HRT.
7. Incision parallellt med Langers linjer (hudens sprickriktning). Tejpning 3-6 månader (papperhäfta kirurgtejp) LT 2000:3736.

Essäfråga

Differentialdiagnostik intra- och extrauterin graviditet; klinisk undersökning, ultraljudsundersökning avseende viabilitet och endometrietjocklek; riktlinjer för expectans, Medicinsk- eller kirurgisk behandling med beaktande av patientautonomi; smärtlindring; blodgruppering; uppföljning; psykosocialt förhållningssätt.

Reproduktion

Kortsvarsfrågor

1. 45XO eller 46 XX/45XO. Antingen uppstår den under meiosen då en oocyt får uppsättningen XX och den andra får ingen könskromosom. Om

den senare befruktas av en spermie med X blir det en XO uppsättning. Det andra alternativet är att det sker under mitos i ett normalt befruktat ägg. Den ena cellen blir då 47XXX och den andra blir 45XO och mosaicism kan uppstå. En blandning av normala celler – 46XX (om 47XXX cellen går under) och 45XO celler - kan då uppstå. (För information kan tilläggas att rester av Y-material kan finnas varvid en ökad risk för cancerutveckling föreligger i gonaden. – detta behöver ej anges i svaret).

2. **Gonadfunktionen** (som regel hypogonadism, ev gonadektomi vid förekomst av Y-kromosom eller rest av densamma) , sköldkörtelfunktionen (ökad risk för hypothyreos), tillväxten och skelettet (kortvuxenheten kan ofta behandlas – lämpligen tillsammans med barnendokrinolog, risk för skolios), mag-tarm funktionen (barnläkare - ökad risk för celiaki, leversjukdom, blödning från hemangiom i tarmen, inflammatoriska tarmsjukdomar).

Hjärtat och blodtryck (barnkardiolog - UKG, ökad risk för hjärtmissbildningar, aortaaneurysm, coarctatio aortae, m m)

Njurarna (ökad förekomst av hästskojure, avflödes hinder),

Hörsel (ökad förekomst av otiter och neurogen hörselskada)

Ögon (v.b vid myopi, ptos, strabism, epikantusveck)

Tänder-käkar (vanligt med missbildningar – kontakt tandläkare)

(Minimum bör sex av dessa områden anges för att vardera ge 0.5 p)

3. Hon bör få någon form av kombinerad östrogen/gestagenbehandling. Det nationella vårdprogrammet om Turner rek. transdermalt 17β-östradiol 50 mg/24 tim kombinerat med gestagen 10 mg 14 dagar/månad eller sekventiellt peroral behandling. Fördelen med transdermal behandling är den mindre leverpåverkan. Kombinerade p-piller kan förstås också övervägas. Du motiverar Yasmina för behandlingen med att beskriva hur denna stimulerar utveckling av sek. könskaraktärer, bentätheten, slemhinnor i underlivet,

m m. Att stimulera sek könskaraktärer men kanske också att ge regelbundna bortfallsblödningar är troligen bra avseende könsidentifikationen m m.

4. Hennes möjligheter att bli gravid ”spontan” är förstås kraftigt reducerade. Dock finns vissa graviditetsmöjligheter hos kvinnor med mosaicism, speciellt förstås om hon har menstruationer. I framtiden kommer situationen dramatiskt att förändras om (när) oocytdonation blir möjlig.

5. Menarche, mensanamnes och tidigare graviditeter samt graviditetsönskan – vanligt med rubbning i ovulationscykeln och med anovulatoriska blödningsrubbningar – minskad fertilitet, viktutveckling – vanligt med ökad vikt och manlig fettfördelning pga hyperandrogenismen, problem med acne och ökad behåring (hyperandrogenism), hereditet för infertilitet (PCO har en viss ärftlighet), hjärtkärl sjukdom eller diabetes (PCO har en påtaglig koppling till insulinresistens och det metabola syndromet).

6. Gynekologiskt status, inklusive ultraljud (typisk ultraljudsbild), BMI, buk-omfång, undersöka behåring i ansiktet, mamiller, linea alba, pubisbehåring, armar och ben, andra androgena tecken.

Lab: Prolaktin (för att utesluta hypofys orsakad oligomenorré), ev thyroidea-prover (tyroidesjukdom är en möjlig orsak till mensrubbning), testosteron, SHBG, ev LH/FSH kvot. Ev blodfetter, glukosbelastning eller faste-blod socker med anledning av ökad förekomst av det metabola syndromet.

7. Om hon inte har/får regelbunden mens kan ovulationer stimuleras med medicinsk hjälp (med clomifen eller exogena gonadotropiner, möjligen också använda glukofag eller annat peroralt antidiabeticum). Ibland kan ett litet kirurgiskt ingrepp på äggstockarna vara av värde (ovarian drilling). Eftersom tillståndet på längre sikt kan innebära ökad risk för sockersjuka och förändrade blodfetter (med risk för åderförkalkning) är det viktigt med regelbunden motion, bra kosthållning och att avstå från rökning. Regelbund-

na kontroller av blodfetter och blodtryck kan vara rimligt för att ev. kunna sätta in behandling.

Obstetrik

Kortsvarsfrågor

1. A) Rökning (kvalsterallergi).
B) Bihåleinflammation, karies, snarkning.
C) Nässköljningar med koksalt alternativt sprayning med koksalt. Näsvingevidgare. Högt huvudläge.
2. Stor fetomaternal blödning. Immunisering kan uppkomma antenatalt. Glömska d v s anti-D ges ej. Många invandrarkvinnor kommer från länder där profylaxmöjlighet ej finns.
3. A) Ökad perinatal mortalitet och morbiditet. Morbiditetsökningen orsakas av en ökad frekvens av missbildningar, ökning av lågviktiga barn både förtidigt födda och SGA-barn.
B) Den stora andelen flerbörder.
4. Sensitivitet hög, positivt prediktivt värde lågt. Sensitiviteten anger hur många av de sjuka som testet anger som sjuka. Positivt prediktivt värde anger hur många av de som testet fångar upp som verkligen är sjuka.
5. Lätt ökad risk för missbildningar (läpp-gom-spalt, hjärtfel, neuralrörsdefekter). Ta folsyra hela graviditeten (börja gärna före), K-vitamin sista månaden. Kontroll av plasmakoncentrationerna och ev dosjustering. Inget hinder för vaginal förlossning. Liten risk för kramper under förlossningen.
6. Inläggning
- Toxprover (Hb, kreatinin, TPK, transaminaser, urat)
- Bltrkontroll
- Ulj-viktsskattning, ev doppler
7. Lätt tachycardi, cirka 160/min, ned-satt variabilitet-tyst kurva, tidiga decelerationer. Många orsaker kan finnas men framförallt måste hypoxi uteslutas. Ta pH eller laktat. Om OK vaginal förlossning möjlig.

Essäfråga

Se ARG-rapport Infektioner hos gravida kvinnor. ■