

FACIT

AG 1

- a/ Rätt
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Fel
- e/ Rätt

AG 2

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Fel
- e/ Rätt

AG 3

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Fel
- e/ Fel

AG 4 Kortsvarsfråga

Dermoidcystor innehåller ofta starkt ekogivande strukturer, inte sällan runda i formen (talg, tänder m m). Flytande innehåll i dermoidcystor är i regel ekogent, ej ekofritt. Typiskt är små vita streck i vätskan, hårstrån. Såväl helt ekofria som solida teratom finns dock rapporterade. Teratom kan ha samma ekotäthet som tarm och kan då undgå upptäckt.

AG 5

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Rätt
- e/ Fel

AG 6

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Rätt

AG 7

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Rätt

AG 8

Krauros, leukoplaki, lichen scleros. Man delar idag in de dystrofiska vulvaförändringarna i

Hyperplastisk dystrofi

- symptomgivande

utan atypi

lokala initialt potenta
kortikosteroider

- med atypi

Lichen scleros

excision

initialt grupp IV steroider

under ca 6 veckor, sedan

övergång till medelstark

steroid

PAD är alltså grunden för diagnos.

Allmänna råd: Håll rent och torrt, undvik överdriven vattentvätt, ibland god effekt av barnolja/olivolja istället för vatten, ev antihistaminica.

Essäfråga 1 AG

De vanligaste epiteliära ovariala borderlinetumörerna är serösa, mucinösa och endometroida. Totalt utgör tumörerna i fråga ca 10-15 % av alla ovarialcancer. Incidensmaximum ligger vid ca 50 års ålder och således lägre än den som beräknas för invasiv ovarialcancer.

Den serösa typen är ofta uniloculär, cystisk och tämligen ofta bilateral till skillnad från de mucinösa som oftare är multiloculära med solida partier och som också oftare har en malign potential.

Vid diagnostillfället är ca 80 % av fallen i stadium I.

Den ovanligaste formen av de tre är den endometroida.

I stadium I kan man om fertilitetsönskemål finnes under förutsättning att adekvat utredning göres vad gäller staging med exempelvis px, buksköljning och peroperativ kartläggning, tänka sig unilateral salpingo-oophorectomi. Postoperativ terapi är ej regelmässigt indicerad. Man kan efter fullbordat barnafödande överväga oophorectomi.

Långtidsdödligheten uppskattas till 1-3 %.

I stadium II-IV är terapin som vid invasiv ovarialcancer.

Man bör känna till att det finns olika mikroskopiska typer av dessa tumörer, ungefär vanlighet samt att incidens toppen inträffar tidigare än vad gäller den invasiva ovarialcancer. Det viktigaste är dock att diagnosen Borderline är en mikroskopidiagnos och att man vid ställningstagande till behandling alltid måste grunda sig på en klinisk staging. Man bör kanske i svaret också antyda att man i vissa situationer kan tänka sig en mer konservativ, operativ teknik.

Essäfråga 2 AG

Det är känt att kvinnan drabbas mera än mannen av osteoporos. Profylaxen mot utveckling av osteoporos är viktig. Levnadsfaktorer som exempelvis i form av näringsintag, alkohol, rökning, fysisk aktivitet.

Vid graviditet och amning rekommenderas ett extra kalciumtillskott i kosten. Farmakologisk behandling i form av hormonsubstitution till kvinnor, efter exempelvis oophorectomi, till kvinnor som löper större risk för osteoporos, exempelvis vid tidig menopaus, rökande kvinnor, låg kroppsvikt, låg fysisk aktivitet, långdragna amenorréperioder.

Kliniskt dokumenterade doser för kvinnor upp till 70 års ålder är för peroralt östrodial 2 mg per dag, för konjugerade östrogener 0,625 mg per dag och för transdermalt östradiol 50-100 mikrogram per dygn. Till postmenopausala kvinnor kan exempelvis också ges bifosfanat och kalcium.

OB 1

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Fel

OB 2

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Fel
- e/ Rätt

OB 3

- a/ Rätt
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Rätt

OB 4

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Fel

OB 5

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Rätt

OB 6

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Fel
- e/ Fel

OB 7

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Rätt

OB 8

- a/ Fel
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Fel

Essäfråga 1 OB

Prematura barn är ej representativa i födelsevikt jämfört med "normala" foster. De utgör patologiska graviditeter som därigenom ofta har lägre födelsevikter.

Efter BP växer fostren fortsatt linjärt. I Engströms material finns ej Ulj datering och en stor del av de "överburna" var feldaterade. Födelsevikterna hos dessa "falskt

överburna" skulle därför ha inräknats bland dem med kortare graviditetslängd. Marsals material har korrigerat båda dessa: normala graviditeter vid alla graviditetsåldrar och säkert daterade är lika med sant överburna.

Essäfråga 2 OB

- a/ Vid ingångsträngsel och normalt värkarbete tränger huvudet inte ner trots att cervix dilateras normalt.
- b/ Vid primär värksvaghet dilateras cervix långsammare än 1 cm/timme och någon aktiv fas föreligger ej.
- c/ Vid sekundär värksvaghet ser man en upphävd progress av cervixdilatationen under mer än 2 timmar efter en initial normal progress.

RM 1

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Fel

RM 2

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Fel

RM 3

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Rätt
- d/ Fel
- e/ Rätt

Män med Down's syndrom är sterila.

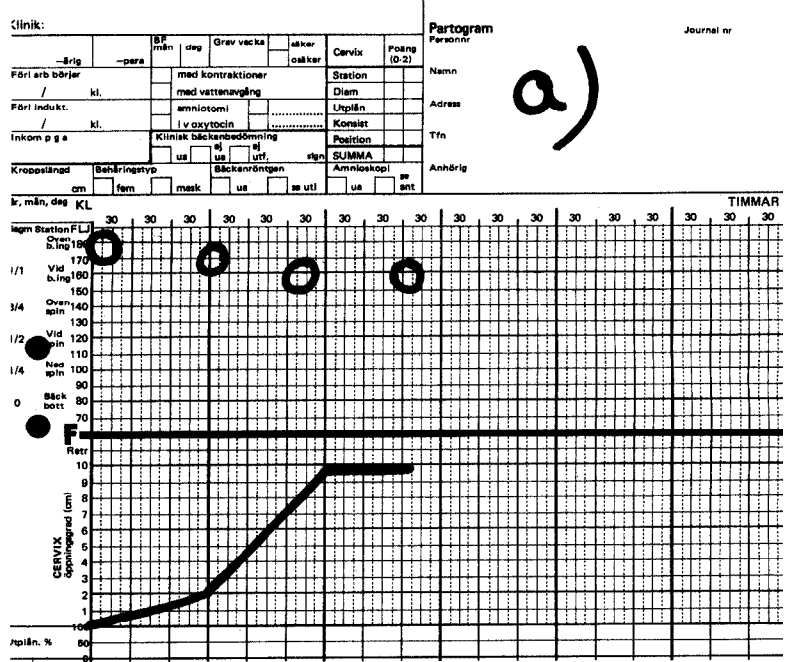
RM 4

- a/ Rätt
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Fel

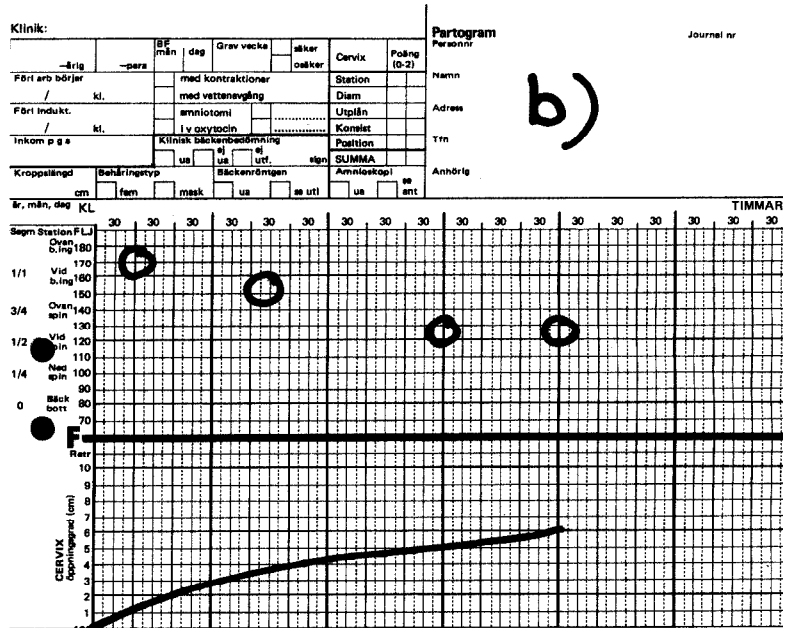
RM 5 Kortsvarsfråga

1. Högt FSH, primär testikelskada - AID
2. Låga gonadotropiner, lågt testosteron. Hypogonadotrop hypogonadism. Behandling med gonadotropiner eller GnRH för att få igång spermatogenes.
3. Mekaniskt hinder för spermietransport (steriliseringsop, postinfektiös skada, vasagenesi): a) rekonstruktiv kirurgi, b) aspiration av spermier från bitestiklar (MESA - **m**icrosurgical **e**pididymal **s**perm **a**spiration, PESA - **p**ercutaneous **e**pididymal **s**perm **a**spiration) + IVF (ICSI - **i**ntra **c**ytoplasmatisk **s**permieinjektion), c) aspiration av omogna spermier från testiklarna (TESA - **t**esticular **s**perm **a**spiration) + IVF (ICSI).

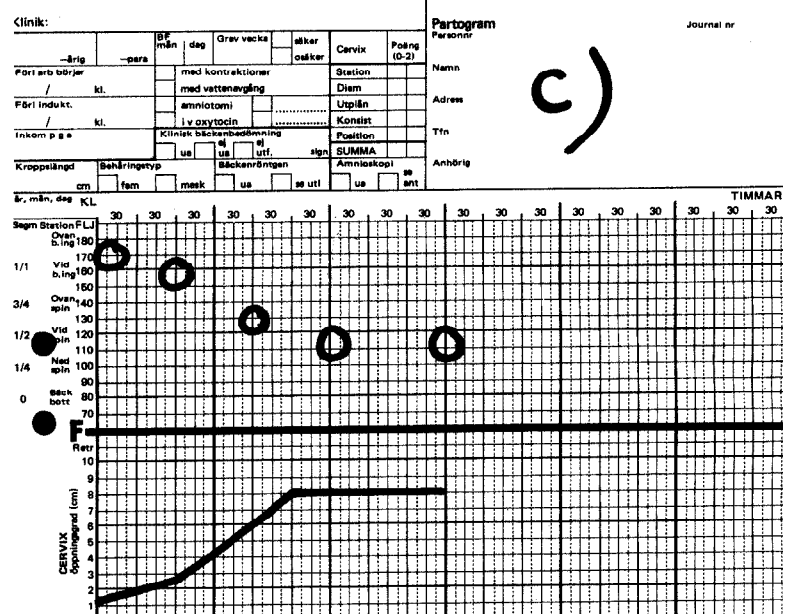
a) Ingångsdispropotion



b) Primär värksvaghet



c) Sekundär Värksvaghet



RM 6

- a/ Fel
- b/ Fel
- c/ Fel
- d/ Rätt

RM 7

- a/ Fel Högst 40% av PCO-kvinnor är överviktiga.
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Rätt

Essäfråga 1

Hirsutism innebär ökad behåring av terminalhårstyp, dvs den hårtyp som påverkas av androgener. Ökad behåring av vellus-typ är inte androgenbetingad. En isolerad ökad behåring på underarmar och/eller underben innefattas inte i hirsutism.

1. Långsam ökning, ingen virilisering. Androgennivåer normala. Normalt mensmönster. Familjär form (medelhavssläkter, vallon-ättlingar). Ökad målorgankänslighet eller ökad perifer bildning av androgener. Möjlig behandling: depilering, vaxning, rakning.
2. Långsam ökning efter menarche, vanligen ingen virilisering. Testosteron i övre normalvärdesområdet eller strax ovan. Oftast en oligo/amenorré.
 - a) ovariell genes. PCO eller PCO-ekvivalent. Förhöjt androstendione, omvänd LH/FSH-kvot, typisk ultraljudsbild med många små randställda folliklar.
 - b) binjuregenes.
 - 21-hydroxylasbrist, "late onset adrenal hyperplasia", förhöjt 17-OH-progesteron
 - Ospezifikt, förhöjt DHA-S
 - c) HAIR-AN: **H**yper**A**ndrogenic **I**nsulin**R**esistant **A**chantosis **N**igrans
3. Snabb progress, ofta tillsammans med virilisering. Höga testosteronvärden, > 2 x normalvärdet: Androgenproducerande tumörer
4. Iatrogen: Anabola steroider, danazol.

Primär utredning/behandling: Anamnes! - leder oftast rätt. Screena för androgenproducerande tumör med testosteron, SHBG. Vid uttalad hirsutism - kartlägg vidare för optimal behandling. Vid tecken på binjuregenes (DHA-S, 17-OH-progesteron): corticosteroider. Ovariell genes (FSH/LH, androstendione, ultraljud): östrogendominerade p-piller, östrogen + cyproteronacetat.

Vid överviktig PCO och/eller HAIR-AN är viktreduktion det primära.

Essäfråga 2

Ovariellt överstimuleringsyndrom (OHSS). Orsaker, patofysiologi, handläggning/behandling.

Utlöses av, som regel kraftig, gonadotropinstimulering av ovarierna och tillförsel av LH/hCG - exogent eller endogent. Den patofysiologiska genesen är ofullständigt känd. Kliniskt kännetecknas tillståndet av smärtor p g a högradigt förstorade ovarier med cystor samt en ökad kapillärpermeabilitet vilket medför förlust av vätska och proteiner från det intravasala till det extravasala rummet. Följden blir ascites, pleuravätska och en hypovolemi med oliguri, hemokonzentration och elektrolytrubbningar, ssk

hyperkalemisk acidosis. I grava fall tillstöter tromboemboliska komplikationer och leverpåverkan. Tillståndet kan vara livshotande.

Riskfaktorer vid gonadotropinstimulering är ung magerlagd patient, PCO-S. Ökad risk vid snabb E2-stegring och höga E2-värden före ovulationsinduktionen. Endogent hCG, speciellt vid högre nivåer från flerfostriga graviditeter, aggraverar tillståndet. Behandlingen är symptomatisk med korrigerande av vätskebalans, tappning av ascites ev trombosprofylax. I svåra fall kan man tvingas avbryta ev graviditet för att eliminera hCG-påslaget. Förleds inte att intervensera kirurgiskt p g a patientens smärtor med mindre än att det rör sig om klar torsion: Att komma in i en buk med kraftigt förstorade, lättblödande ovarier kan ända med förskräckelse. Profylax är den viktigaste strategin vid bekämning av OHSS - avbryt stimuleringen i tid, gå inte vidare mot ovulation och ev graviditet. I samband med IVF-behandling har vissa grupper framgångsrikt givit albumininfusion profylaktiskt i samband med follikelpunktion när en hotande överstimulering föreligger. Om detta är ett möjligt behandlingsalternativ får framtiden utvisa.

GV 1

- a/ Fel
- b/ Fel
- c/ Fel
- d/ Rätt
- e/ Fel

GV 2

- a/ Rätt
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Rätt
- e/ Rätt

Risken för överföring av virus från moder till foster överskattades sannolikt initialt. En stor europeisk studie har visat att 75 % av barn som fötts av HIV-positiva mödrar förlorar den maternella antikroppen efter 12 månader. Därför är risken mindre än vad man tidigare tänkt sig under förutsättning att modern är frisk. Det föreligger en ökad risk för cytologförändringar av dysplastyp och amning är icke tillräddlig.

GV 3

- a/ Rätt
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Rätt
- e/ Fel

Blodsockernivåer måste noggrant kontrolleras när man använder tokolytika och detta gäller också hos icke diabetiska kvinnor. Hypertoni är ett välkänt problem och hjärtsjukdom måste uteslutas innan behandling inleds. Feber och njursvikt räknas inte till specifika biverkningar.

GV 4

Blastogenes (0-2 v) embryogenes (3-8 v) och fetogenes (8-40 v).

GV 5

- a/ Fel
- b/ Rätt
- c/ Fel
- d/ Fel
- e/ Fel

GV 6

- a/ Rätt
- b/ Fel
- c/ Rätt
- d/ Fel
- e/ Fel

Essäfråga 1

Sensitivitet och specificitet är parametrar i en modell som postulerar följande:

- I en population finns individer som lider av en viss sjukdom och individer som inte gör det.
- Det finns en metod för klassificering som dock klassificerar en del sjuka som friska och en del friska som sjuka.

Med *sensitiviteten* menas sannolikheten att en sjuk individ blir klassificerad som sjuk. Med *specificiteten* menas sannolikheten att en frisk individ blir klassificerad som frisk.

Andelen sant positiva av samtliga positiva vid ett screeningtest brukar kallas prediktionsvärdet.

Om sensitiviteten betecknas α och specificiteten β , gäller sambanden

α = antal sjuka som klassificeras som sjuka/antal sjuka och

β = antal friska som klassificeras som friska/antal friska
Om prevalensen betecknas P, gäller sambandet
Prediktionsvärdet = $P \times \alpha / P \times \alpha + (1-P) \times (1-\beta)$

Prediktionsvärdet blir lågt vid låga prevalenser även för höga värden på sensitivitet och specificitet. Prediktionsvärdet är t ex endast 50 % vid en prevalens på 1 % och med sensitivitet och specificitet båda på 99 %. Detta innebär att endast hälften av dem som klassificeras som sjuka kommer att vara sjuka. Vilka slutsatser som skall dras av detta beror av kostnader och besvär, för individ och samhälle, vid de ytterligare undersökningar som erfordras.

Essäfråga 2

Huvudpunkter enligt nedan:

Blodvolym ökar med 30%. Ökning korrelerade till fosterstorlek, högre vid duplex. Ökning mest i plasmavolym ca 1250 ml. Erytrocytvolum ökas med ca 250 ml. Således minskad hematokrit.

Hjärtminutvolym ökas med ca 30%. Ökar från 4,5 l till 6 l. Fortsätter hela grav. Obs ej minskning i sista trimestern. Cave ryggläge! Ökar ytterligare under vaginal förlossning, ytterligare 30%.

Hjärtfrekvens: Ökar från 72/min till 90/min.

Blodtryck: Vasodilatation under grav, men ökad blodvolym. Sjunker något i andra trimestern. Stiger till det normala på slutet. Bltr stiger under vaginal förlossning.