

Facit ST-skrivning 1997

Allmän gynekologi

1.

a R

b F

c R

d F

2.

a F

b R

c F

d F

e F

3.

a F

b F

c F

d R

4. Lust - upphetsning - orgasm.

5.

a R

b F

c F

d F

6.

a F

b F

c F

d R

e F

7.

a R

b F

c R

d R

e F

8.

a R

b F

c F

d F

e R

ESSÄFRÅGA Allmän gynekologi 1

Även om det inte föreligger några arbeten som entydigt styrker en eventuell ärftlig disposition för prolaps blir det samlade intrycket av en litteraturgenomgång att det oftast föreligger någon form av **predisponerande** faktor som via andra, **utlösande** eller **faciliterande** faktorer, gör att en prolaps utvecklas.

Bindvävssvaghet utgör med största sannolikhet den viktigaste predisponerande faktorn.

Predisponerande faktor

Bindvävssvaghet

Utlösande faktor

Östrogenbrist

Förlossning

Övervikt

Fysiskt tungt arbete

Kronisk hosta

Kronisk förstoppning

Ascites

Tumörer

Faciliterande faktorer

Neurologisk sjukdom

Muskelsjukdom

Bäckenbottenskada

Retroflektad uterus

Inaktiv bäckenbottenmuskulatur

ESSÄFRÅGA Allmän gynekologi 2

Diagnos genom fraktionerad abrasio eller endometrie-biopsi.

A. Glandulärcystisk hyperplasi

Före menopaus: Benigt tillstånd p g a persisterande estrogenstimulering av endometriet - behandla cykliskt med gestagen. Kirurgi på blödningsindikation om gestagen ej hjälper. Hysterektomi.

Efter menopaus: Observandum. Uteslut estrogenproducerande tumör, exogent tillförd estrogen. Behandla med gestagen under observans. Liberalitet med kirurgisk exploration. Hysterektomi soe bil.

B. Adenomatös hyperplasi utan atypi

Malign potential med 15 ggr ökad risk för endometrie-cancer.

Före menopaus: Vid önskan om bevarad fertilitet gestagenbehandling under observans med provtagning av endometriet. Utan fertilitetsönskan rek hysterektomi.

Efter menopaus: Hysterektomi soe bilat.

C. Adenomatös hyperplasi med atypi

Malign potential med 50 ggr ökad risk för utveckling av endometrieca.

Före menopaus: Hysterektomi. Risken för samtidig faktisk cancer är så hög att SOE bör övervägas.

Efter menopaus: Hysterektomi och soe bil.

Obstetrik

1.

Vi avser förutom det som sker i MVC basprogram följande:

Antenalt CTG.

Biofysisk profil inkl AFI.

Doppler flödesmätning.

Beräkning av fosterrörelser.

2.

a R

b R

c F

d R

3.

a F

b F

- c F
- d R
- e R

4.

1. Sunna - extirpation av clitoris förhud och eventuell prickning av clitoris med vasst föremål.

2. Clitoridektomi - clitoris opereras bort liksom labia minora.

3. Infibulation faraonisk omskärelse - clitoris, labia minora, delar av labia majora extirperas och labia majora sutureras i medellinjen med bevarande av öppning.

Svensk lag: Lag om förbud mot omskärelse av kvinnor från 1982. Förbud oavsett samtycke eller inte. Straff: fängelse högst 2 år eller, om förmildrande omständighet föreligger, böter. Vid grovt brott fängelse mellan 1 och 10 år.

5.

- a R
- b R
- c F
- d R
- e R

6.

PROM; Prematuritet: Prematurt värkarbete.

Information. Behandling med Erythromycin preparat. Samlagsförbud. Partner. Anmälan enligt smittskyddslagen, smittspårning. Konjunktivit på barnet.

7.

Anatomin. Uterusläge (Dextroponering av uterus, sigmoideum polstrar över bäckenringen på vä sida). Ultraljud. I sen graviditet ev radiorenoqram men används i minskande omfattning. Urografi endast vid misstanke om avstängd pyelit. Progesteroneffekt på glatt musk.

8.

Verkningsmekanism: relaxation av glatt muskulatur.

Indikation inom obstetiken: manuell placentalösning, prematurt sectio, prematura sammandragningar, vid svårigheter att förlösa efterföljande huvud vid sätesbjudning.

Fördelar: Förhållandevis få biverkningar. Mycket kort anslagstid.

ESSÄFRÅGA Obstetrik 1

- Predisponerande faktorer:

äldre omföderska, lång kroppslängd, hög kroppsvikt. Patologisk viktuppgång under graviditet. Tidigare förlossning med stort barn, överburenhet, diabetes mellitus.

- När sectioindikation?

Förväntad vikt mer än 5 500 gram, förväntad fostervikt mellan 4,5 till 5,5 kg och komplikationer under pågående förlossning t ex fullvidgad cervix och fosterhuvudet ovan spinae trots stimulering adekvat med oxytocin, då förlossningen avslutas med sectio.

- Riktlinjer för att **förebygga** skulderdystoci vid vaginal förlossning och förväntat stort barn.

- Undvik induktion, risk ineffektivt värkarbete
- Förlossning i förlossningssäng med möjlighet till benstöd
- Beredskap för intravenöst oxytocin
- Gärna extra barnmorska inne vid förlossningen
- Hyperflektion av höftlederna vid framfödande

- Frikostig perineotomi
 - Huvud förlöses i början av värk
 - Undvik VE eller tång p g a värksvaghet
 - Undvik förlängt utdrivningsskede
 - Ansvarig obstetiker skall vara informerad om patienten
- **Åtgärder vid skulderdystoci:** perineotomi plus flektion höftleder

Suprapubisk press plus tryck på fosterhuvud

Bakre axel komprimeras bakifrån för att minska skulderdiametern

Bakre axel roteras framifrån till snedvidd tvärvidd med samtidigt lätt press av fosterhuvud bakåt-uppåt. Bakre axel förlöses.

Rotation bakre axel 180° förlöses som främre axel

Klavikelfraktur

Zavanellis manöver?

ESSÄFRÅGA Obstetrik 2

Preeklampsi och övergående hypertoni.

Preeklampsi ett syndrom med multiorganpåverkan inklusive placenta vars genes är okänd men med risk för morbiditet och mortalitet för mor och barn.

Övergående hypertoni, bristande adaptationsförmåga hos modern för volymbelastningen under graviditet. Bra prognos för mor och barn under graviditeten men ökad risk för upprepning vid varje graviditet för modern och ökad risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom senare i livet. Preeklampsi - huvudsymptom är hypertoni och proteinuri >300 mg/dygn. Vid utveckling av preeklampsi ej alltid proteinuri initialt.

Följa Hb, TPK, ALAT, urat vilka ofta är patologiska vid preeklampsi.

Tillväxtkontroll av fostret, IUGR och patologisk doppler indikerar preeklampsi.

Följa upp på spec-MVC med tillväxtkontroll av fostret, blodtrycks- och urinkontroller åtminstone 1 ggn/vecka liksom ovanstående prover. Vid måttlig till svår preeklampsi - inläggning.

Förekomst av organpåverkan och IUGR samt gestationsålder bestämmer förlossningstidpunkt och förlossnings-sätt.

Reproduktionsmedicin

1.

- a R
- b R
- c R
- d R
- e F

2.

- a R
- b R
- c F
- d F
- e F

3.

- a R
- b F
- c R
- d R

>

<

4.

Fekunditet = sannolikheten för konception/månad, menscykel
= $\frac{\text{antal kvinnor som blir gravida/mån}}{\text{totalt antal kvinnor som försöker bli gravida}}$

Kumulativ graviditetsfrekvens = andelen gravida inom en viss tidsrymd

Primär infertilitet föreligger när ≥ 1 års försök att uppnå graviditet ej givit resultat.

Sekundär infertilitet: samma, men graviditet har tidigare förelegat.

5.

a/ Anamnes - uppgift om riskfaktorer för ektopisk graviditet (tidigare bukoperation, spiral, tidigare ektopisk graviditet).

b/ Vaginal undersökning - graviditetsvävnad i cervix eller vagina, cervix öppen.

c/ Serum-hCG: Stigande värden eller platåvärden trots blödning stärker misstanken om ektopisk graviditet.

d/ Ultraljud - bör bedömas relaterat till serum-hCG om ej klar intrauterin graviditet/fosterstruktur identifieras. Direkta tecken till ektopisk graviditet = graviditeten identifieras utanför uterus. Indirekta tecken = fri vätska i bukhålan, frånvaro av graviditet intrauterint trots shCG $\geq 1\ 000$ IU/L.

e/ Exaeres för PAD - enligt mikroskopiskt utlåtande, föreligger villi i materialet.

f/ Laparoskopi (om ej för tidigt eller för litet X).

6.

a R

b R

c R

d F

e F

ESSÄFRÅGA Reproduktionsmedicin 1

Autosomalt recessivt nedärvt tillstånd med mutation på kromosom nr 6 långa arm. Ett av de vanligast kända rec. nedärvda defekterna som se hos 1-2% av befolkningen. Åstadkommer en lindrigt reducerad effekt av 21-hydroxylas i binjurebarken vilket i sin tur ger en viss hyperandrogenism - oftast endast märkbar hos kvinnor med debut i tonåren. Manifesterar sig som ett PCO med vissa hyperandrogena stigmata, mensregelbundenhet och subfertilitet. Laboratoriemässigt särdrag är förhöjt 17-OH-progesteron som ackumuleras när 21-hydroxylaset inte hinner arbeta undan i cortisolsynteskedjan. Om symptomen fordrar behandling (anovulation vid infertilitet, besvärande hirsutism eller acne) ges lågdos corticosteroider.

ESSÄFRÅGA Reproduktionsmedicin 2

A: a. Spermatoogenesstörning

1. parotit

2. kryptorkism i barndomen

3. Trauma

4. Varma bad

5. Farmaka

6. Cytostatika/strålning

7. Lösningssmedel

8. Tungmetaller

9. Varia såsom Sertoli Cell only syndrom

b. Occlusion t ex CF (cystisk fibros)

c. Kromosomaberration t ex Klinefelter

B: 1. Nytt spermprov för verifiering

2. Hormonstatus: FSH, Testosteron, SHBG

3. Testisbiopsi

4. Svettest för uteslutande av CF

5. Kromosomanalys

6. Anamnes

C: 1. Utsätt spermatoogenesstörande faktorer som framkommit i anamnesen

2. Om biopsin visar spermatoogenes: Operation eller ICSI med MESA, PESA eller TESA/TESE.

3. Om hormonell störning: Hormonbehandling. Tänk på livslånga substitutionsbehandling

Allmänt

1.

a R

b R

c F

d R

e F

2.

Ju högre frekvens desto sämre förmåga till vävnadspenetration men desto bättre detaljupplösning i bilden.

3.

Arv, lågt BMI, tidig menopaus, lågt calciumintag, cigarett-rökning, hög alkoholkonsumtion, högt koffeinintag, vissa mediciner: immobilisering, corticosteroider, thyroxin, anti-epileptika, heparin.

4.

1/10 000 och år

2-4/10 000 och år

1/1 000 och år

Tidigare VTE; ärftlig predisposition (familjeanamnes); kroppsvikt (hög BMI, >30 kg/m²); koagulationsdefekt, t ex APC-resistens; uttalade varicer med venös insufficiens; ålder; graviditet, immobilisering; kirurgi; trauma; graviditetsinducerad hypertoni? OBS ej rökning.

5.

a F

b R

c R

d R

e R

f F

6.

a ↓

b ↓

c ↓

d ↑

e ↓

7.

Se lagen. Sterilitet, när andra möjligheter att åstadkomma en biologisk avkomma är uttömda, vid könsbundet genetiska sjukdomar, förutsatt att man säkert kan utesluta att paret under inseminationscykeln själva uppnår en graviditet.

ESSÄFRÅGA Allmänt 1

Låt patienten värdera smärtan och behandlingseffekt med VAS skala.

Öka analgetikamedicineringen stegvis till smärtfrihet.

Nivå 1: Perifert verkande NSAID-preparat (paracetamol o s v)

Nivå 2: Svaga opioider (dextropropoxyfen, kodein) i kombination med perifert verkande NSAID

Nivå 3: Starka opioider (morfin, fentanyl) i kombination med perifert verkande NSAID

Vid behov av starka opioider överväg övergång till långverkande morfin (Dolcontin) eller plåster (Fentanyl).

Glöm inte komplettering med antiemetika och laxantia!

ESSÄFRÅGA Allmänt 2

PCR-metoden gör det möjligt att inom någon timmes tid kunna multiplicera ett genomfragment (en av undersökaren själv vald basparssekvens) - som kan härstamma ur en enda cell - till någon miljon kopior. Denna mängd kopior kan sedan läggas till grund för sekvensanalyser som möjliggör en exakt identifikation av den DNA-, alt RNA-fragment man önskat identifiera. Härigenom kan t ex personers respektive mikrobers identitet fastställas med stor noggrannhet, genetiska sjukdomar diagnosticeras m m.