

Facit till ST-skrivning 1999

Ämnesområde: Allmän gynekologi

Flervalsfrågor

1.

Rätt (ARG 38:80)

Fel (ARG 38:82)

Rätt (ARG 38:83)

Fel (ARG 38:84)

Fel (ARG 38:84)

2.

Rätt (SoS rapport om cellprovtagning s. 5)

Fel (se ovan)

Rätt (ovanstående sid 52)

Fel (rätt är HPV 16 och 18)

Rätt (ovan sid 44)

3.

Rätt

Rätt

Fel

Fel

Rätt

4.

Rätt

Rätt

Rätt

Rätt

Rätt

Kortvarsfrågor

5.

NETA 1 mg = LNG 75 mikrogram = MPA 10 mg (ARG 38:49).

6.

Selektiv estrogenreceptor modulator. Verkar ej agonistiskt på E receptorer i endometrium och bröstvävnad men däremot på benvävnad, med hämning av bennedbrytning som följd. Indikationen är osteoporosprofylax. (FASS 1999).

7.

LT 1998- Artikel från Umeå an Mats Löfgren och medarbetare.

8.

Toxic shock syndrom också kallad tampongsjukan då 50% är menstruationsrelaterade. Orsakas av stafylokokker eller streptokocker grupp A som är toxinbildande och lokala symtom saknas ofta **Huvudkriterier:** 3 av 4 skall finnas Feber över 38.9 Erytem Blodtrycksfall Fjällning i handflator eller fotsulor **Bikriterier:** 3 av 7 skall finnas Diarre och/eller kräkningar Rodnad av conjunktiva och/eller munslemhinna Förhöjt kreatinin Förhöjda transaminaser Sänkt TPK Omtöckning Svår muskelsmärk eller förhöjda kreatininkinas.

Essäfråga

9.

Anamnesformulär, miktionslista, blöjvågningstest, cystoskopi inklusive hostprovokationstest, urinprov. (ARG 39).

Ämnesområde: Obstetrik

Flervalsfrågor

1.

Rätt

Rätt

Fel

Rätt

Fel

2.

Rätt

Rätt

Fel

Rätt

Rätt

3.

Rätt

Rätt

Fel

Rätt

Rätt

4.

Fel

Rätt

Rätt

Fel

Fel

Kortvarsfrågor

5.

- Maximal flektion av mammans höftleder. Snedklipp. Lätt tryck nedåt på fosterhuvudet. Främre axeln förlöses.
- Press på främre axeln med knytnäve suprapubiskt. Lätt tryck nedåt på fosterhuvudet. Främre axeln förlöses.
- Palpera bakre axeln med två fingrar, rotera till snedvidd. Suprapubisk press. Funduspress. Främre axeln förlöses.
- Fortsätt rotationen till 180 grader och förlös bakre axeln som främre axel.
- Frakturera klaviklarna.

Svaret behöver inte följa denna uppställning exakt men bör innehålla systematiska åtgärder som i grova drag följer detta. Källa: Rekommendationer från Karlskronamötet om Stort barn – Stort problem 1986.

6.
a) Lupus anticoagulans och/eller kardiolidantikroppar
b) Ökad risk för spontan abort, preeclamps, IUGR, intra-uterin fosterdöd, trombos kan förekomma.

7.
a) CTG-bilden visar nedsatt korttidsvariabilitet, sena decelerationer, några liknar variabla-sena decelerationer, tendens till tachycardi. Värkregistreringen visar 6-8 värkar/10 min som går i varandra dvs överstimulering. Förloppet har också varit normalt-snabbt efter att syntocinondroppet kopplades.
b) Då tecken på överstimulering och för kraftigt värkarbete stäng av Syntocinondroppet, ev ge Bricanyl. Normaliserar inte fosterljuden snabbt så ph alternativt sectio.

8.
Sectio p g a stort barn, står högt upp och påverkade fosterljud. Referens: Vacca: Vacuum extraktion.

Essäfråga

9.
Riskfaktorer: Sectio, operationer under graviditet polyhydramnios, immobilisering, tidigare trombos i samband graviditet eller p-piller, trombofili (hereditära faktorer som antitrombin-III-brist protein C – protein S brist m.m.) Symtom: Smärta i lumsken, höft, bensvullnad. Krampliknande buksmärtor, ischiasliknande symtom. Diagnostik: Ultraljudsundersökning med doppler. Flebografi. Ev CT, MR. Terapi: Heparin intravenöst. Sedan subcutan behandling med heparin.

Ämnesområde: Reproduktionsmedicin

Flervalsfrågor

1.
Rätt
Rätt
Rätt
Fel
Fel
2.
Fel
Rätt
Rätt
Rätt
Fel
3.
Rätt
Fel
Fel
Fel
Rätt
4.
Fel
Rätt
Rätt

- Rätt
Fel

Kortsvarsfrågor

5.
a) Levonorgestrel. Påverkar endometrietutvecklingen, cervixsekret ogenomträngligt för spermier och ibland anovulation.
b) Graviditetsrisk 1/1000/år.
c) Initialt spotting, ibland oregelbunden, rikligare blödning, efterhand glesare och mer sparsamma blödningar, och ofta amenorré. Biverkningar såsom mensliknande värk, hudförändringar, acne, ökad behåring, huvudvärk, bröstspänningar, humörförändringar.

6.
U-ljud, HSUG/hysteroskopi, kromosomanalys, koagulationsutredning (APTT, cardiolipin ak).

7.
(Ovarian Resistance Syndrome). Tar om prover, kromosomanalys, östrogensubstitution, senare samtal om svårighet att få egna barn.

8.
Ofta förstorat ovarium, små folliklar/cystor ofta lokaliserade perifert eller jämt spridda i ett kraftigt stroma (bikakemonster/pärlband).

Essäfråga

9.
a) Uthållighetssporter, estetiska sporter med stor träningsmängd i kombination med stress. Lågt näringsintag, ibland ätstörningar.
b) Hypotalamisk störning med nedsatt pulsatil frisättning av GnRH och minskad frisättning av FSH och LH. Hypercortisolism med basal förhöjning sannolikt som uttryck för en generell aktivering av hypothalamus-hypofys-binjureaxel med ökad sekretion av kortikotropinfrisättande faktor (CRF). Frisättning av beta-endorfin som hämmar GnRH aktivitet. Somatotropa axeln (GnRH från hypothalamus, GH från hypofysen samt insulinliknande tillväxtfaktor-1 (IGF-1) från levern är påverkad. IGF BP-1, bindarproteinet är förhöjt och bioaktivitet för IGF-1 är minskad. GH sekretionen ökad.
c) Infertilitet. Förlust av benmassa, utveckling av prematur osteoporos. Muskuloskeletala skador. Hård träning under puberteten kan påverka peak bone mass och leda till hämmad skelettutveckling med kortare slutlängd. Amenorré kan också leda till stressfrakturer.

Ämnesområde: Allmänt

Flervalsfrågor

1.
Rätt
Rätt
Fel
Fel
Rätt

2.

Fel

Fel

Rätt

Rätt

Rätt

3.

Fel

Rätt

Rätt

Rätt

4.

Rätt

Fel

Rätt

Fel

Rätt

Kortsvarfsfrågor

5.

Total hysterektomi, akut sectio (Läkemedelsverkets nr 7 1998).

6.

- (a) Död av kvinna under graviditet t o m 42 dagar efter förlossning oberoende längd och typ av graviditet. Olyckstillbud undantaget.
- (b) Död v.28 eller t o m 1 v efter förlossningen
- (c) Födelsevikt <2500 g
- (d) Födelsevikt <-2SD för gestationsåldern

7.

Gestagener- MPA, Clonidin, Östriol.

8.

ARG rapport 39.

Essäfråga

9.

Svaret bör vara strukturerat enligt principerna för etiska analysen: godhets-, lidande-, rättvise-, självbestämmande-principerna. Svaret bör förutom kvinnan också beakta fostret. Den stora skillnaderna som bör kommenteras enligt dessa principer är:

- 1. att de alternativa metoderna innebär att alla kvinnorna aktivt kommer att tillfrågas om provtagning/ultraljudsundersökning eller inte medan idag är det framförallt riskgrupper som mer aktivt tar ställning.
- 2. att de alternativa metoderna innebär att snävare urval av kvinnor (i urvalet finns 48 respektive 84 av morbus Down fostren, till skillnad från idag 30). Med dagens praxis är det var 200:e kvinnan som gör amniocentes som har ett morbus Down foster, medan med trippel screening är det av de som gör amniocentes (=positivt prov) var 100:e kvinna, och med ultraljud (nuchal translucency >2,5 mm) är det var 50:e kvinna som bär ett morbus Down foster.
- 3. De alternativa metodernas bättre precision innebär också att det blir färre missfall av normala foster per diagnosticerat morbus Down foster.
- 4. Utifrån angivna värden i frågan kan väl också sägas att sensitiviteten är bättre vid ultraljud medan prediktivitet och specificitet är likvärdig. Den etiska frågan är då om denna bättre sensitivitet motiverar omläggning av hela ultraljudsscreening verksamheten som ju i sig tenderar att förskjutas till senare datum än vecka 16 för screening av missbildningar.