

Skriftlig examination 1999

Skriftlig examination för specialistexamen i obstetrik och gynekologi genomfördes i slutet av mars. Sammanlagt skrev 26 kollegor på tre ställen, nämligen Malmö, Örebro och Göteborg. Vi i examinationsnämnden blev imponerade av hur duktiga och välinlästa våra blivande specialister är.

Vi lämnar nu möjligheter för alla intresserade att gå igenom skrivningen och försöka besvara frågorna. Facit finns att tillgå i slutet av Medlemsbladet.

Enligt tidigare förslag, bland annat från OGU, rekommenderas att handledare och ST-läkare inom obstetrik och gynekologi utnyttjar möjligheten att låta ST-läkare ”provskriva” för genomgång med handledare. Detta ger möjlighet att kontinuerligt under ST ha ett mål och gör kanske den skrivning som sker slutligen lättare att klara av.

Ian Milsom

Ordförande i SFOGs Examinationsnämnd

Instruktioner för deltagande i teoretiskt kunskapsprov ingående i specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 1999

Hjärtligt välkommen att delta i detta prov!

Frågorna är av tre typer;

- **Flervalsfrågor:** Dessa frågor är inte gjorda med någon språklig baktanke att söka förvilla eller söka pröva tolkningsförmågan av svenska språket etc. De skall tolkas så rakt och okomplicerat som möjligt.

Det finns tre svarsalternativ till varje påstående:

- Rätt** =
dessa rutor ikryssas om man är rimligt säker på sitt svar
- Fel** =
- Vet ej** = denna ruta ikryssas om man faktiskt inte vet hur det förhåller sig. Det är alltid säkrast att använda denna ruta om man är osäker.

För korrekt svar får man: +1 p

För felaktigt svar får man: -1 p

För ”Vet ej”-svar får man: 0 p

- **Kortvarsfrågor:** Här räknar man upp en serie fakta eller relevanta omständigheter utan några särskilda kringkommentarer. Korrekta, korta och distinkta svar poängsätts fördelaktigt. Lämnat svarsutrymme anger maximal längd på svar!
- **Essäfrågor:** Framställningen bör även här vara koncis, logiskt uppbyggd och rimligt uttömmande.

Läsbarheten i det skrivna måste ägnas särskild uppmärksamhet. Det icke odiskutabelt läsbara räknas som icke skrivet! Skrivningstiden är max 4 timmar. Varje skrivningssida märkes med en valfri personlig kod på framsidan (alternativt namn om anonymitet ej önskas). Skrivningen i sin helhet lägges i ett omärkt kuvert som förslutes.

Rättning av skrivningen beräknas vara avslutad om ca 5 veckor. Varje skrivningsdeltagare erhåller en sammanställning över samtliga uppnådda resultat relaterade till de använda koderna. Den som önskar göra anspråk på meriten att med godkänt resultat ha genomgått den teoretiska delen av specialistexamen kan med återopande av sin använda kod (insändes i handskrivnen form) ge sig tillkänna hos examinationskommitténs ordförande, docent Ian Milsom, kvinnokliniken SU/Östra, 416 85 Göteborg.
Fax: 031-19 29 40; E-mail: ian.milsom@obgyn.gu.se.

Lycka till!

SFOGs Examinationsnämnd gm Ian Milsom, ordförande

Specialistexamen i Obstetrik och Gynekologi 1999

Ämnesområde: Allmän gynekologi

Flervalsfrågor

1. HRT och bröstcancer.

- | | Rätt | Fel | Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Risken för bröstcancer ökar med 30% efter 15 års HRT? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Gestagentillägg sänker denna risk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Prognosen för kvinnor som fått bröstcancer under HRT är bättre än för de som ej haft HRT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Bröstpalpation vid förskrivning av HRT reducerar bröstcancermortaliteten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Undersökning med mammografi skall alltid genomföras före insättandet av HRT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Cervix dysplasier

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sensitiviteten för att upptäcka dysplasi vid ett enstaka cytologprov uppskattas till 60-80%? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sensitiviteten ökar ej med dysplasins svårighetsgrad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Den histologiska dysplasi graden är starkt korrelerad till malignitetspotentialen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) HPV typ 6 och 8 har ett samband med såväl skivepitelcancer som svår dysplasi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Vid cytologprovtagning kräver cirka 4% av proven uppföljning (omtagning eller utredning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Följande tillstånd är associerade med dysfunktionell blödning.

- | | Rätt | Fel | Vet ej |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Von Willebrands sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Heparinbehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Afibrinogenemi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Trombocytopen purpura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Primär amenorré är förknippat med

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Craniopharyngeom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ovariell agenesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Celiaki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kongenital adrenal hyperplasi, AGS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Testikulär feminisering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kortsvarsfrågor

5. Ange ekvipotens av följande gestagens effekt på endometriet vid peroral administrering: NETA (noretisteronacetat), LNG (levonorgestrel) och MPA (Medroxyprogesteronacetat).
6. Raloxifen (Evista) är ett nyregistrerat sk SERM preparat. Vad betyder SERM? Beskriv kortfattat verkningsmekanism och indikation.
7. Beskriv principer vid handläggning, utförande och kontroll vid medicinsk abort.
8. En 16-årig flicka inkommer akut med hög feber under pågående menstruation. Hon använder tampong. Vilket syndrom bör Du ha i åtanke och vilka ytterligare fynd styrker Din diagnos?

Essäfråga

- 9) Beskriv utredningsförfarandet av en patient med kvinnlig urininkontinens.

Ämnesområde: Obstetrik

Flervalsfrågor

1. Kejsarsnitt

	Rätt	Fel	Vet ej
a) Kejsarsnitt är jämfört med vaginal förlossning förenat med högre maternell mortalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kejsarsnitt innebär ökad risk för blödningar under nästa graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Förlossning med kejsarsnitt påverkar ej frekvensen placenta previa vid nästa graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kombinationen placenta previa samt tidigare sectio ökar risken för hysterektomi p g a allvarlig blödning vid förlossningen (sectio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Antibiotikaproylax vid sectio p g a långdragen förlossning med långvarig vattengång påverkar ej frekvensen postoperativa infektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Preeclampsii är en av de vanligaste graviditetskomplikationerna. I allvarliga fall kan även eclampsii utvecklas. Följande gäller vid behandling av eclampsii och behandling av högt blodtryck vid preeclampsii.

	Rätt	Fel	Vet ej
a) Magnesiumsulfat vid behandling av eclampsii minskar risken för recidiverande krampor jämfört med diazepam eller phenytoinpreparat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kalciumkanalblockare verkar genom perifer kärldilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ACE-hämmare kan användas för behandling av hypertoni under graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Labetalol (Trandate) är en av de vanligaste medicinerna för att behandla hypertoni vid preeclampsii. Den har både en β - och α -receptor antagonistisk effekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Omedelbart efter ett eclampsianfall kan ses under 10-15 min en spontant övergående fosterljudspåverkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Asymtomatisk bakteriuri

a) Asymtomatisk bakterieuri (ABU) definieras som närvaro av $\geq 10^5$ per ml urin vid två olika urinbestämningar och mittstråleprov utan samtidiga symtom på urinvägsinfektion hos patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Obehandlad ABU under graviditet utvecklas till manifest pyelonefrit hos 25-30% av patienterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bakteriell cystit förekommer hos 1-2% av gravida kvinnor och är ett delfenomen i den akuta pyelonefriten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Idag rekommenderas att man behandlar patienter med symtom på urinvägsinfektion med växt av primärpatogen E Coli vid $\geq 10^3$ bakterier per ml urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kan orsakas av anomalier i urinvägarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Andelen fullgångna barn med födelsevikt >4000g har i Sverige ökat från 16,9% 1973 till 20,3% 1995. Vid befarad macrosomi kan en åtgärd vara att inducera förlossningen för att undvika kejsarsnitt eller svår instrumentell förlossning för modern och barnet.

	Rätt	Fel	Vet ej
a) Ultraljudsskattad prediktion av macrosomi barn är betydligt bättre än klinisk undersökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pelvimetri i beslutsunderlaget inför förlossning (oavsett skattad fostervikt) ökar andelen sectio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Förlossningsinduktion vid befarad macrosomi medför inte färre instrumentella förlossningar och sectio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Macrosomi medför inte ökad risk för plexusskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Förlossningsinduktion vid befarad macrosomi ger färre hjärnblödningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kortsvarsfrågor

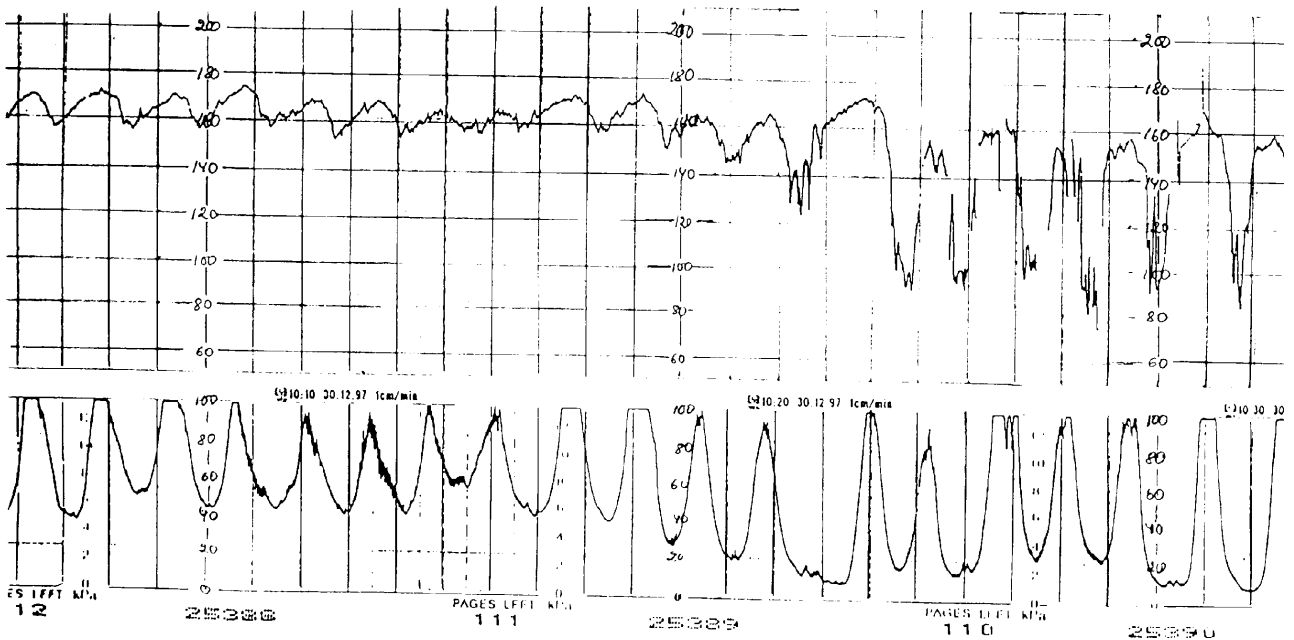
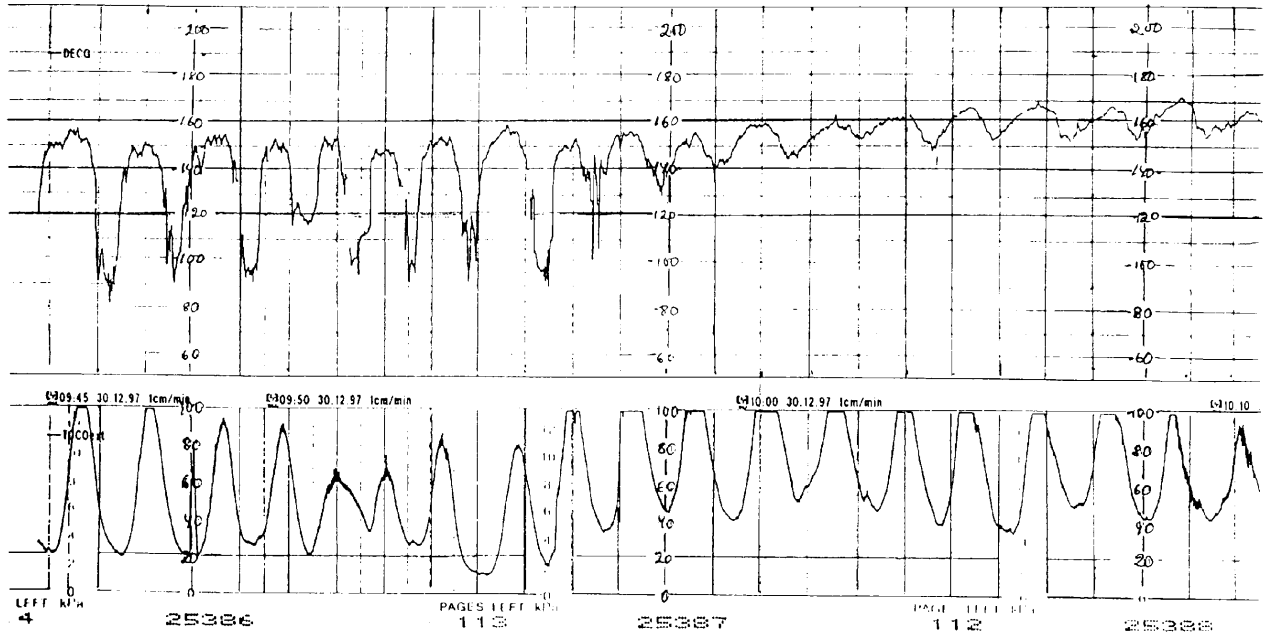
5. Skulderdystoci är en fruktad och ej undvikbar komplikation. Vilka åtgärder vidtar Du när Du blir kallad till förlossningen p g a skulderdystoci.

6. Vissa autoimmuna sjukdomar kan vara förenade med ökade risker under graviditet.

- Vilka antikroppar förekommer vid det s k antifosfolipidsyndromet?
- Har detta syndrom någon/några konsekvenser för graviditeten?

7. Förstföderska med initialt långdraget förlossningsförlopp. Amniotomi har gjorts 0700 när cervix var öppen 5 cm. Kl 0800 då cervix öppen 5-6 cm påbörjas Syntocinondropp. Du blir kallad till förlossningen 1020 av barnmorskan pga påverkade fosterljud. Du finner nedanstående CTG-remsa. Inre undersökning visar att cervix är öppet 8 cm och droppet går med 48 ml /timme.

- Bedöm CTG-bilden och den kliniska situationen.
- Finns anledning till åtgärder och i så fall vilka. Motivera gärna.



8. I-gravida med insulinbehandlad graviditetsdiabetes, ultraljud har visat en beräknad fostervikt 4.900 g i v 38+0. Hon inkommer till förlossningen i v 39+0 med spontant värkarbete. Förlossningen går långsamt framåt. När cervix är retraherad och f.f.d. huvud står vid spinae tar du skalp-ph p g a sena decelerationer. Skalp-ph är 7.16. Åtgärd? Motivera.

Essäfråga

9. Beskriv riskfaktorer, symtomatologi, och diagnossättning samt ange terapi vid bäckenventrombos hos den gravida kvinnan.

Ämnesområde: Reproduktionsmedicin

Flervalsfrågor

1. Prolaktin

	Rätt	Fel	Vet ej
a) Produceras i hypofysens framlob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Plasmakoncentrationen stiger under graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Produktionen ökar av TRH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nivån sjunker under amning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nivån sjunker under behandling med tricykliska antidepressiva läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Spermatogenesisen

a) Sker under en tidrymd av 120-130 dagar hos människa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är vid puberteten associerad med en ökning av testosteronvärdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Spermiemognad är beroende av både LH och FSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är onormal hos män med karyotyp 47 XXY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är nedsatt vid cystisk fibros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Endometrios

a) kan vara associerat med diffusa smärtor i underlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) MR ger säker diagnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smärtans intensitet är korrelerad till utbredningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) är kopplat till förekomst av antigen HLAB27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hormonell behandling har sämre effekt om endometrios finns på tarmen och urinvägarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

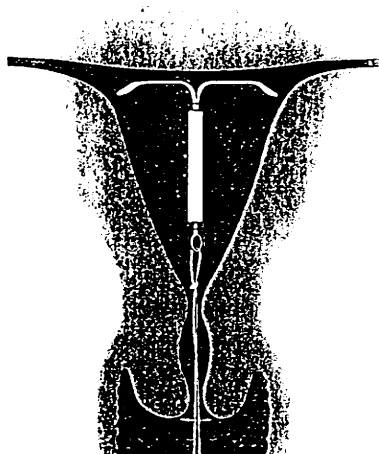
4. Dermoidcystor

a) är ofta bilaterala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) är den vanligaste cystan som upptäcks under graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) är en sk germinalcyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) kan orsaka dysfunktionell blödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Metastaserar till lymfkörtlar vid malignifiering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kortsvarsfrågor

5. Denna bild illustrerar en typ av spiral.

- Ange vilken aktiv substans som spiralen frisätter och dess verkningsmekanism(er)
- Ange graviditetsrisk vid användning av denna spiral
- Ange förväntat typiskt blödningsmönster efter insättandet av spiralen, samt tänkbara bieffekter



6. Utredning av kvinnor med upprepade missfall.

7. 17-årig flicka söker Ungdomsmottagningen p g a oregelbunden menstruation sedan menarchedebut vid 14 års ålder. Hon berättar att hon hade anorexi som 15-åring och blivit behandlad för detta på Barnkliniken och är nu normalviktig sedan ett år tillbaka. Hon är orolig för att inte menssen kommit tillbaka. Du finner ett normalt status och hormonproverna visar förhöjt FSH och ett sänkt östradiol, övriga prover normala. Hur handlägger du fallet som gynekolog på mottagningen?

8. Beskriv och rita den typiska ultraljudsbilden vid PCO.

Essäfråga

9. Menstruationsstörning hos idrottande flickor/kvinnor har beskrivits. Beskriv

- Risikfaktorer för utveckling av idrottsmenorré
- Bakomliggande hormonell störning
- Risker på kort och lång sikt

Ämnesområde: Allmänt

Flervalsfrågor

1. Gardnerella vaginalis är en gramnegativ bacill associerad med bakteriell vaginos. Diagnosen ställs p g a:

- | | Rätt | Fel | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Typisk lukt efter coitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Förekomst av cluecells | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ph < 4,5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Besvär korrelerade till antibiotikabehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Gråvit skummig flytning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Karyotypen 47 XXY är associerad med

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Mongolism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Förekomst av hjärtmissbildningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mental retardation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Gynekomasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Infertilitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Den nyföddes goda förmåga att klara av en asfyxi period beror framförallt på:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Högt basalt krav på hjärnans syreförbrukning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Stor kapacitet för anaerob glykolys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) God reflexogen kontroll över cirkulationsapparaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Förmågan till ett högt pulmonellt gasutbyte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Barnets kön, nyfödda flickor klarar asfyxi bättre än pojkar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Socialstyrelsen (SoS) utgör sjukvårdens tillsynsmyndighet. Följande gäller:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Läkare i chefsställning skall anmäla till SoS om någon patient i samband med vård och behandling drabbats av allvarlig skada eller sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Chefläkare skall själv utreda samtliga fall av felbehandling inom sitt sjukhus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hälso-och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) utgör en självständig offentlig myndighet, helt fri från Socialstyrelsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Om man som läkare uppmärksammat att en kollega gör sig skyldig till felbehandling måste man utan dröjsmål anmäla detta till HSAN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) De vanligaste disciplinpåföljderna är erinran respektive varning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kortsvarsfrågor

5. Vid vilka av följande operationer finns ett vetenskapligt dokumenterat värde av profylaktisk antibiotikabehandling: akut sectio, konisering, total hysterektomi, inkontinens-kirurgi, subtotal hysterektomi och laparoskopisk kirurgi.

6. Hur definieras (a) mödradöd, (b) perinatal död, (c) låg födelsevikt (d) Small-for-Gestational-Age (SGA)?

7. Vad rekommenderar Du i första hand för behandling (registrerade läkemedel) av vasomotoriska symtom samt urogenitala besvär till en kvinna behandlad för bröstcancer?

8. Beskriv kortfattat följande operationsmetoder för kvinnlig urininkontinens

- a) TVT-plastik
- b) Burch kolpourethropexi

Essäfråga

9. Med nuvarande praxis utförs det c:a 6,000 amniocenteser per år på indikationen modern >35 år, oro eller ökad risk för kromosomskadat barn. Med denna screening hittas c:a 30% av morbus Down foster. Under förutsättning att det under ett år föds 100 000 barn och förekomsten av barn födda med Downs syndrom är 1 per 1000 födda, och att missfallsrisken vid amniocentes är 1% innebär nuvarande praxis att det inträffar två sena missfall per diagnosticerat fall av morbus Down. Det finns nu alternativa screeningsmetoder för Downs Syndrom med användning av serummarkörer, triple test, eller bedömning av nackskinnstjocklek med abdominell ultraljud. Under förutsättning att kvinnor med positivt test utför amniocentes (av 100,000 kvinnor 4,100 amniocenteser vid positivt triple test respektive 4,500 amniocenteser vid nuchal translucency >2,5 mm) ger studier följande vägledning:

	Triple test	Ultraljud nackskinnstjocklek
Sensitivitet	48%	84%
Specificitet	99,9%	99,9%
Positiv prediktivitet	1,2%	1,9%
Negativ prediktivitet	0,05%	0,02%
Antal missfall per diagnosticerat fall av morbus Down	0,85	0,53

Vi vill nu att Du gör en jämförande etisk analys av nuvarande praxis samt *allmän* screening enligt angivna alternativa metoderna för screening av morbus Down.