



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI  
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

# **Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2014**

**Skrivningstid 10.00-15.00**

**Maxpoäng 120**

## Fråga 1

Hanna, 36 år, väntar sitt tredje barn. Hanna är frisk och har tidigare haft okomplicerade graviditeter och förlossningar. En remiss har skickats till specialistmödravården med frågeställning: "Ställningstagande till fosterdiagnostik på grund av mammans ålder" och Hanna är uppsatt för ett besök hos dig för diskussion om fosterdiagnostik.

### **a) Hur definieras fosterdiagnostik och vad har vi för lagstiftning/föreskrifter i Sverige att följa? (1p)**

*Svar: Undersökning av foster (och/eller kvinnan) för att värdera sannolikheten att det föds ett barn med kromosomavvikelse, missbildning eller genetisk sjukdom. Detta regleras i SoSFS 2012:20; Föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik*

Hanna känner sig förvirrad och osäker och undrar varför och om hon måste göra någon form av fosterdiagnostik.

### **b) Vad informerar du henne om och hur borde Hanna egentligen blivit informerad? (2p)**

*Svar: MHV:s uppdrag är att ge generell information om fosterdiagnostik genom tvåstegsförfarande: först fråga om patienten vill ha information, sedan ge henne en allmän information om hon så önskar (SOFS 2012)*

*All fosterdiagnostik är frivillig och att hon bestämmer hur och om hon vill gå vidare med undersökningar*

Hanna känner till att det finns något som heter KUB.

### **c) Vad innebär det? Vilka övriga fosterdiagnostiska metoder finns som du också informerar om. Beskriv kort de olika metoderna (6p)**

*Svar: KUB – kombinerat ultraljud + biokemi (USG inkl NUPP, PAPP-A och hCG). Ger en riskskattning och ingen "absolut"sanning,*

*CVS: chorionvillibiopsi, provtagning från tidigast grav v 11, missfallsrisk 0.5-1 %. Ger svar på kromosomavvikelse, kan göras tidigare än fostervattenprov*

*AMC- amniocentes, fostervattenprov, provtagning tidigast grav v 15, missfallsrisk 0.5-1%. Ger svar på kromosomavvikelse*

*RUL, rutinultraljud grav v (16) 18-20. Strukturella missbildningar upptäcks i hög utsträckning (upp till 80% i olika studier). Datering görs på de flesta ställen vid UL v 18. På vissa ställen görs datering vid tidigare UL undersökning.*

**d) Hanna undrar till sist om det går att ge besked om könet vid rutinultraljud eller få en film snutt vid undersökningen- vad säger du då? (1p)**

*Svar: Enligt SOFS får fosterdiagnostik ej erbjudas för att filma eller spela in annat än i medicinskt syfte. Kön får lämnas ut vid en undersökning endast om kvinnan begär det, men undersökningar för att specifikt ta reda på kön får ej göras annat än om det finns känd könsbunden ärftlighet.*

## Fråga 2.

Jenny 32 år väntar sitt första barn. Du möter henne vid ett mödravårdsbesök i graviditetsvecka 16. Jennys barnmorska har nyligen tagit en urinodling på Jenny då Jenny har sveda vid miktion. Du är nu ombedd om att vidimera och handlägga provsvaret. Urinodlingen visar 100,000 beta-streptokocker (GBS).

### a) Hur handlägger du detta? Motivera! (3p)

Svar: Du ska informera Jenny att hon fått en urinvägsinfektion av en bakterie som en tredjedel av Sveriges kvinnor har i underlivet. Hon ska av dig få recept på penicillin (kolla dock först eventuell allergi!) mot denna urinvägsinfektion (1p.)

Finnd av GBS i urinen under graviditet, oavsett bakterietal, är ett tecken på höggradig vaginal kolonisering, vilket i sig medför en ökad risk för att barnet skall drabbas av infektion i samband med vaginal förlossning (1p). Den vertikala spridningen av GBS från modern till barnet under förlossningen, och barnets insjuknande, kan i hög grad förhindras genom att den födande kvinnan behandlas med intrapartal antibiotika profylax (start vid förlossningens början). Detta ska **noggrant införas i journal av dig** i samband med detta besök. Jenny ska också informeras om denna kommande handläggning (1p).

Veckorna går och när Jenny är 34 veckor gravid möter du henne igen på mödrahälsovården. Jenny har nu fått svår klåda sedan några dagar. Hon har tidigare inte haft klåda på detta sätt.

### b) Nämn två differentialdiagnoser som är specifika för graviditet generellt och inte bara i Jennys fall. Svaret ska inkludera typiska symptom, diagnosättning samt behandling vid varje diagnos. (4p)

Svar:

- Hepatos (intrahepatisk kolestas)  
Svår, sömnstörande klåda är kardinalsymptom. I typiska fall är klådan värst på kvällar och tidig natt och lokaliseras framför allt i handflator och fotsulor. Inga utslag ses på huden, men ofta rivmärken. Diagnos ställs genom att analysera serum-gallsyror i fastebloodprov. Mild hepatos (S-gallsyror 10-39  $\mu\text{mol/l}$ ). Svår hepatos (S-gallsyror 40  $\mu\text{mol/l}$  eller högre). Behandling: mentolsprit/kylbalsam, antihistamin till mild hepatos. Ursodeoxycholsyra till svår hepatos (även ibland till mild hepatos om patienten har uttalad klåda). S-gallsyror följs ofta 1 ggr/vecka. Induktion är vanligt i fullgången tid, framför allt vid svår hepatos eftersom fetala risker finns i denna grupp.
- Pruritic urticarial paples and plaques of pregnancy (PUPPP)

*Intensivt kliande erytematösa urtikariella papler och plack initialt på buken i striae men oftast inte perumbilikalit. Utslagen sprider sig ut på extremiteter, men engagerar sällan handflator och fotsulor. Diagnosen är klinisk.*

*Behandling med lokala och ibland systemiska steroider.*

- *Graviditetspemfigoid (herpes gestationes)*

*Ovanlig åkomma. Papulovesikulära grupperade förändringar som ofta debuterar perumbilikalit. Sprids sedan till hela kroppen inklusive handflator och fotsulor. Utslagen kan övergå i bullösa förändringar. Diagnos ställs med klinik, hudbiopsi, cirkulerande antikroppar (ofta är hudläkare engagerade). Behandling med lokala och systemiska steroider. Antihistaminer.*

Du träffar Jenny ännu en gång. Nu är Jenny 4 veckor postpartum. Hon har ett bröst som blivit svullet, ömt och rött. Hon har hög feber. När du palperar bröstet så känner du en lokal fluktuation.

**c) Du misstänker bröstabscess. Hur ställer du diagnos och hur behandlar du tillståndet? (3p)**

Svar: *Diagnos ställs med ultraljud (1p). Behandling: ultraljudsledd punktion.*

*Odling. Spolning (ofta av patienten själv 3-4 ggr/dygn) (1p). Antibiotika (vanligen Heracillin 1gx3 i 10 dagar) (1p).*

### Fråga 3.

Hilda är 34 år, är väsentligen frisk förutom måttlig astma och hon väntar sitt andra barn. I sin första graviditet födde hon barn i graviditetsvecka 30 med elektivt kejsarsnitt på grund av svår preeklampsi och tillväxthämmat barn.

Du möter henne nu i början av hennes andra graviditet (v 12) och Hilda undrar vad man kan göra för att förebygga att hon får komplikationerna igen?

#### a) Vad svarar du? (1p)

Svar: Lågdos ASA 75 mg rekommenderas till denna högrisk patient från graviditetsvecka 10-12 till 36

Hilda klarar sig bra till vecka 35, men hon har då utvecklat ett förhöjt blodtryck. (150/101). Du önskar sätta in blodtryckssänkande medicinering.

#### b) Uppge två grupper (ej specifika preparat) av per oral blodtrycksbehandling, lämplighet i detta fall och vilket målblodtryck du önskar? (3p)

Svar: Betablockare. Obs! Astma i detta fall

Kalciumblockare

Hydralazin

För rätt svar måste astmaobservation tas upp för gruppen betablockare

Målblodtryck: < 150/80-100 (1p)

I graviditetsvecka 38 har Hilda utvecklat en preeklampsi och ni beslutar om induktion. Du palperar hennes cervix och bedömer att hon har Bishop score 4.

#### c) Vilka induktionsval har du? Uppge vilken metod du önskar använda och varför. (3p)

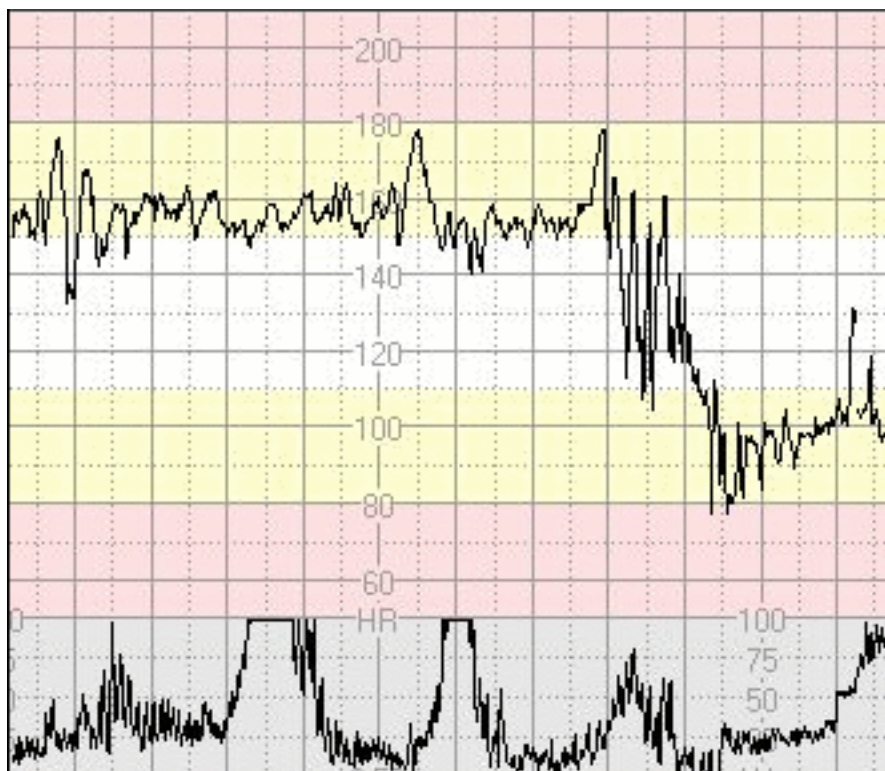
Svar: Prostaglandin. Denna metod ger oftast uppmjukning och dilatation av cervix vilket vi önskar på denna patient. Hon har dock ett tidigare kejsarsnitt och prostaglandin är därför relativt kontraindicerat då uterusruptur-risken ökar med denna induktionsmetod. Om prostaglandin ges måste mycket skärpt övervakning ske.

BARD/ballong. Denna metod är sannolikt den mest lämpade metoden på denna kvinna med hänsyn till cervixstatus och anamnes på ett tidigare kejsarsnitt

Amniotomi/oxytocin. Cervix mognadsgrad är sannolikt lite nått för att börja med denna metod då patienten är vaginal förstföderska.

*I resonemanget måste det faktum att patienten har ett tidigare kejsarsnitt finnas (om detta inte finns med så dras 2 poäng av)*

Hilda kommer i gång med aktivt värkarbete. Förlossningen har normal progress. Hilda har en del huvudvärk och blodtrycket har varit lätt stegrad under förlossningen. Du har ordinerat extra läkemedel för blodtrycket för en timme sedan. Nu är cervix är öppen 8 cm och huvudet står strax ovan spinae. Hilda får plötsligt generella kramper. CTG är enligt nedan.



**d) Hur handlägger du fallet i det akuta skedet? (3p)**

*Svar: ABCD-åtgärder inklusive blodtrycks kontroll (<150/80-100). Magnesiumsulfat. Bradykardi vid eklampsi är vanligt, men normaliseras oftast inom 3-10 minuter. Om fetal bradykardi mer än 5-10 minuter: misstänk placentaavlossning eller annan fetal påverkan. Urakut sectio ska inte utföras innan kvinnans tillstånd är stabilt. Moderns liv går alltid före fostret! När mamma stabiliserats får ställning till förlossningssätt tas.*

#### Fråga 4.

23-åriga Maja Andersson söker på din mottagning för steriliseringsamtal.

Maja är fullt och fast övertygad i sin önskan om att hon aldrig vill skaffa barn. "Jag vill inte sätta några barn till världen som den ser ut" säger hon. Hon är därför fullt och fast övertygad om att hon vill sterilisera sig. Hon ber dig att hjälpa henne med detta

##### **a) Vad säger du till Maja? Motivera (2p)**

Svar: Enligt steriliseringslagen måste man vara 25 år för att genomgå en sterilisering. Vid särskilda tillfällen (sällsynt!) kan socialstyrelsen medge tillstånd för yngre kvinnor

Ni för ett bra samtal och när ni har avhandlat steriliseringsfrågan tar du upp en anamnes. Maja har aldrig varit gravid. Hon fick sin första mens vid 13 års ålder. Hennes mens är relativt riklig, ibland måste hon använda dubbla skydd, och rejält smärtsam de förstadagarna. Hon blöder 6/28-30.

Hon röker inte, använder inga droger och är vegetarian. Hon arbetar treskift. Hon har en fast relation med Patrik sedan tre år. Paret har använt kondom men efter ett par "haverier" vill hon ha något effektivare, och alltså, helst steriliseras.

Hon använder några mediciner som hon inte direkt kommer ihåg namnet på. Förutom eventuella bakomliggande sjukdomar kan annan medicinering innebära problem och måste beaktas vid val av preventivmedel.

##### **b) Vilka läkemedelsgrupper behöver du vara speciellt uppmärksam på och varför? Motivera och beskriv eventuella problem (4p)**

Svar: Läkemedel som kan interagera:

- Antiepileptika (enzyminduktion)
  - Kan försämra den antikonceptionella effekten av hormonella preventivmedel (bla fenytoin, karbamazepin, topiramot)
  - Kan få ökad nedbrytning av hormonella preventivmedel innehållande östrogener (lamotrigine)
- Tuberkulosläkemedel, ffa rifampicin – ökar nedbrytningen av hormonella antikonceptionella medel
- Anti retrovirala läkemedlen (HIV-läkemedel)- effekterna varierar med olika preparat
- Vissa naturläkemedel (Johannesört) - kan öka nedbrytningen av hormonella preventivmedel



Efter att ha funderat en stund kommer Maja ihåg att hon använder Symbicort mot astma och ibland Loratadin mot allergi.

Hon undrar nu över preventivmedels effektivitet i relation till sterilisering.

**c) Hur effektivt är sterilisering i relation till olika preventivmedel? (2p)**

*Svar: Med sterilisering kommer 1,5-2% ändå att bli gravida inom en 10-årsperiod. Detta innebär att effektiviteten med högeffektiva preventivmedel såsom hormonspiral, p-spruta, och implantat är lika hög. Även p-piller intagna på rätt sätt ger en effektivitet i samma klass (dock missar många individer att ta tabl regelbundet)*

**d) Vilket preventivmedel skulle du vilja rekommendera Maja? Motivera och diskutera. (2p)**

*Svar: I första hand hormonspiral. Maja har oregelbundna arbetstider vilket kan göra det besvärligt med regelbundet tablettintag. Hon har besvär med rikliga och smärtsamma menstruationer. Hormonspiral är mycket effektivt mot riklig mens/mensvärk och dessutom ett mycket effektivt preventivmedel. Implantat kan också övervägas men större risk för blödningar. P-spruta kan likaså övervägas. Kopperspiral bör inte rekommenderas vid anamnes på rikliga menstruationer och dysmenorré.*

### Fråga 5.

Kerstin Karlsson, 59 år, kommer till din gynmottagning via primärvården för bedömning. Hon söker p.g.a. tyngdkänsla i underlivet sedan något år tillbaka, tilltagande besvär senaste 2 månaderna. Hon har mest besvär när hon promenerar länge. Hon har hört talas om att livmodern kan sjunka ner och skulle gärna vilja bli opererad.

Hon är 4 gravida, 3 para med spontana vaginala förlossningar. Ett tidigt missfall. Hon är tidigare opererad med en högersidig salpingooforektomi laparoskopiskt pga cysta som visade sig vara benign. Hon är även appendektomerad och cholecystektomerad öppet "för länge sedan". Hon säger sig vara frisk sedan tidigare men äter någon typ av medicin mot högt blodtryck som hon inte kommer ihåg namnet på.

**a) Vad vill du mer veta i anamnesen? Motivera. (3p)**

Svar: Allergier/överkänslighet. Tidigare sövd – komplikationer? Hur har blodtrycket legat, övrig hjärt-kärlsjukdom? Rökare/snusare? Lokal östrogenbehandling? Övriga symtom på prolaps (skavningskänsla, känsla av att något faller fram, behöver hon trycka tillbaka framfallet vid toalettbesök? Svårigheter med miktions/defekation?) Inkontinensbesvär? (1 punkt=0.5p, 4 punkter=2p, övriga prolapssymtom, rökare, allergier måste vara med för full poäng)

**b) Vad innebär ASA-klassificeringen och hur skulle du vilja klassificera Kerstin enligt detta system? Motivera. (2p)**

Svar: ASA klassificering är ett system för preoperativ riskbedömning som tar hänsyn till andra sjukdomar, medicinering etc, framtaget av American Association for Anesthesiologists (ASA). Kerstin bedöms till ASA klass II (lindrig systemsjukdom)

**c) Beskriv kort olika anestesimetoder vid framfallsoperation, kontraindikationer för dessa samt fördelar och nackdelar. (3p)**

Svar: Lokal anestesi (med sedering vid behov). Kontraindikation allergi mot lokalanestetika. Lämplig metod vid dagkirurgi, patienten kan gå hem snabbt postoperativt. Nackdel kan vara att patienten upplever osäkerhet om analgetisk effekt samt ibland otillräcklig analgesi vid större ingrepp.

Spinalbedövning. Kontraindikationer: infektion vid insticksstället, hemofili, hypovolemi, intrakraniell tryckstegring, allvarlig klaffsjukdom, behandling med antikoagulantia, oklar intracerebral sjukdom. Nackdel är längre tid att mobilisera postoperativt. Fördel om man skall göra ett mer extensivt ingrepp, t.ex. enterocele.

Narkos. Inga absoluta kontraindikationer men bör i första hand inte användas pga högre risk för bla aspiration och andra narkosrelaterade komplikationer. Patienter med malign hypertermi skall bara ha intravenöst läkemedel. Patienter med bakomliggande sjukdomar skall optimeras medicinskt innan ingreppet. Längre tid postoperativt tills mobilisering. Fördel om större ingrepp.

Du undersöker Kerstin och finner att hon har ett isolerat centralt cystocele. Du bedömer att en operation skulle kunna hjälpa henne

**d) Vad informerar du Kerstin om efter operationen? (2p)**

Svar: Sjukskrivning 2-6 veckor beroende av arbete. Undvika förstoppning. Vara rörlig. Undvika simning och bad 4-6 veckor, samlag 3-8 veckor. Tunga lyft (>3-6 kg) efter 3-8 v. Kontakt vid större blödning, illaluktande flytning, tilltagande smärtor, svårigheter att kissa, urinvägsinfektion. Om patienten ej ännu står på lokala östrogener bör detta sättas in. (En av nedan=0.5p, 4 av nedan=2p)

**Fråga 6.**

Frida en 31-årig kvinna, söker på mottagningen då hon de senaste månaderna besvärats av oregelbundna, vaginala blödningar. Frida använder sedan 16 års ålder Neovletta och hennes menstruationer har tidigare varit regelbundna. Hon har ingen fast partner men är sexuellt aktiv. Under de senaste veckorna har Frida besvärats av mellanblödningar. Blödningarna verkar kunna komma när som helst. Under de senaste dagarna har Frida också fått intensivt smärtande förändringar kring blygdläpparna och det är framför allt därför hon nu söker.

Frida arbetar som charkuterist i en ICA affär. Hon röker 10-15 cigaretter dagligen.

Hon är frisk för övrigt och tar inga mediciner. Hon väger 86 kg och har ett BMI på 32.

När du inspekterar ser du en bild som inger stark misstanke om pågående herpesinfektion

(se bild nedan)



Det går knappt att genomföra ngn regelmässig undersökning men du kan ta prov från blåsorna

**a) Virusdiagnostik kan särskilja på infektion med herpes typ 1 och herpes typ 2. Redogör för betydelsen av att veta vilken typ det rör sig om. (1p)**

*Svar: herpes typ 1, den klassiska orala formen medan typ 2 varit den genitala. Idag är det lika vanligt med typ 1 genitalt. Typ 1 recidiverar mer sällan än typ 2 och det är bra att veta för att kunna ge patienten en adekvat information*

**b) Frida behöver behandling. Vilka olika kompletterande behandlingsmetoder finns vid hepesinfektion/skov? Beskriv och förklara. (3p)**

Svar: 1/ Symtomatisk behandling – lokalanestetika och värktabletter

2/ (val) acykovir. Fungerar genom att ett virusspecifikt tymidinkinas fosforylerar och på så sätt aktiverar acykovir som kan hämma virusreplikationen. Behöver startas tidigt i förloppet. Diagnosen ska vara säkerställd

3/ Ev "avlastande" behandling med ex KAD vid miktionssvårigheter

**c) Fridas blödningsrubbning behöver också utredas. Vilka överväganden gör du och vilka eventuella prover vill du ta? (4p)**

Svar: 1/ Graviditet? Måste alltid misstänkas hos kvinna i fertil ålder med blödningsrubbning

2/ STI – ej fast partner och blödningsrubbning måste väcka misstanke om STI. Utvidgad anamnes, Klamydiaprov + sedvanlig undersökning. Ev vid behov utvidgad provtagning

3/ Förändring på cervix. Inspektion. Provtagning. Har hon följt "Gynekologiska Cellprovs Kontrollerna"? Cytologprov taget?/tages? HPV?

4/ Compliance – tar hon sina p-piller. Vanlig och underskattad orsak till blödningsrubbning i samband med hormonell antikonception

En vecka senare ser du svaret på din provtagning. Som du trodde är provet positivt (herpes typ 1 påvisat med PCR).

**d) Vilka sexuellt överförbara infektioner är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen? Omfattas herpesinfektioner av anmälningsplikten (2p)**

Svar: herpes omfattas inte

Klamydia, gonorré, syfilis, HIV, hepatit B, hepatit C

Herpes ger 0,5. Minst 3 för 0,5p, 1p för 5, 1,5 för samtliga

### Fråga 7.

Du träffar en 28-årig kvinna som fick sitt första barn för 11 månader sedan. Det var en långdragen förlossning som slutade med en sugklocka och sedan atonisk blödning. Blodförlusten var ca 3 l. Efter partus var hon väldigt svag och tagen och amningen kom aldrig igång. Maken ringer nu till din mottagning för att boka en tid för ett besök. Han anger att hustrun är onormalt trött och undrar om det är normalt att mensens inte kommit igång ännu? Han anger dessutom att hon tappar massor av hår och att rösten låter så konstig; mörk. Du ser henne inom kort på mottagningen. När du träffar henne har redan mottagningspersonalen kontrollerat ett kapillärt Hb som är 132g/L samt ett U-hCG som är negativt

#### a) Vad behöver du fråga efter ytterligare? (2p)

*Svar: Tidigare sjukdomar/medicinering inkl preventivmedel!? Tidigare menstruationsmönster? Operativt ingrepp i uterus/infektion i samband eller efter partus? Viktförändring? Frusenhet? Torr hud? Synpåverkan? Huvudvärk?*

*2 rätt=1p, 4 rätt 2 p*

#### b) Vilka undersökningar och utredningar är relevanta i detta skede? Motivera utifrån tänkbara differentialdiagnoser. (2p)

*Svar: s S-prolaktin, FSH, fritt T4, TSH, ev. progesterontest och LH (2 rätt=0,5 p, 3 rätt 2 p)*

Den här patienten visade sig, efter utredning, ha drabbats av något så ovanligt som Sheehans syndrom.

#### c) Vad är Sheehans syndrom? Hur kan det komma sig att detta syndrom påverkar hennes menstruationer (amennoré)? (3p)

*Svar: Hypofyssvikt på grund av cirkulationsstörning som en följd av stor obstetrisk blödning. Kan leda till "panhypopituitarism". defekt FSH/LH insöndring vilket leder till utebliven folliceltillväxt/corpus luteumbildning. I och med att folliklarna inte stimuleras kommer inte heller granulosa-cellerna att stimuleras av FSH vilket leder till en utebliven/minskad östrogenbildning i ovarierna och som en konsekvens ingen proliferation av endometriet.*

Ni diskuterar nu hormonbehandling och din patient ser väldigt tveksam ut; hon har ju hört så mycket om alla risker med detta. Du försöker motivera henne genom att ge ett bra faktaunderlag om vinster och eventuella risker.

#### d) Vad berättar du? Använd ett medicinskt språkbruk. (3p)

Svar: Stort behov av östrogensupplementering, ffa för att motverka osteoporosrisk. Sannolikt finns också en skyddande effekt på hjärta och kärl. Med tanke på att det rör sig om en ung kvinna finns med största sannolikhet en protektiv effekt för hjärta och kärl. En ngt förhöjd risk för tromboembolism finns sannolikt men kan till viss del motverkas med transdermal behandling. Ingen ökad risk för bröstcancer med behandling fram till "menopausålder". Den sammanlagda livstidsexpositionen för könshormoner är det som avgör.

## Fråga 8

En 37-årig kvinna söker för smärtor i underlivet sedan minst 1 år. Du överväger vestibulit och essentiell vulvodyni och funderar över hur du ska kunna skilja tillstånden åt

a) **Vad karaktäriserar vestibulit och vilka diagnoskriterier finns?** (4p)

Svar: Lokaliserad provocerad smärta

*Friedrichs kriterier:*

- Smärta vid penetration (coitus, gyn us)
- Ömhet vid tryck med bomullspinne (swab)
- Erythem i (bakre) vestibulum (Bartholinis öppn)
- > 6 månaders duration

Du inser att vulvodyni framför allt oftast drabbar äldre kvinnor

b) **Vad övrigt karaktäriserar essentiell vulvodyni?**

Svar: Generell icke provocerad smärta

- Oprovocerad brännande smärta i vulva och perineum
- Ej dyspareuni eller vaginism
- Normalt gyn status, ingen rodnad eller ömhet
- Ibland depression

Du kommer fram till att vestibulit är den mest troliga diagnosen för din patient,

c) **Vilken behandling väljer du i första hand?** (1p)

Svar: Sexologisk terapi

Vid vulvodyni väljer man hellre andra behandlingar.

d) **Vilken/vilka behandlingar väljer du i första hand vid vulvodyni?** (2)

Svar: Tricykliska antidepressiva t ex Amitryptilin i lågdos. Gabapentin



### Fråga 9

En 65-årig kvinna söker för inkontinens sedan 3-4 år. Hon får kasta vatten ofta och läcker ibland. Hon medför en miktionslista som ser så här ut:

Tid	Urinvolym	Läckage
7.00	200 ml	
11.00	150 ml	XX
13.00	200 ml	
14.00	250 ml	
16.00	200 ml	XX
18.00	250 ml	
20.00	150 ml	
21.00	200 ml	
23.00	150 ml	
01.00	200 ml	XXX
03.00	250 ml	
04.00	200 ml	XXX
06.00	250 ml	

**a) Hur bedömer du miktionslistan? (2p)**

Svar: Relativt små och frekventa volymer samt nykturi

**b) Ungefär hur stor del av urinproduktion skall normalt ske under natten? (1)**

Svar: Ca 1/3

**c) Ange tänkbara orsaker till stor urinproduktion på natten! (4p)**

Svar:

- Abnormt vätskeintag
- Diabetes mellitus, insipidus

- Hjärtsvikt, benödem
- Diuretika, Litium
- Sömnapné
- Vasopressin ↓ , upphävd dygnsrytm

**d) Hur bör den här patienten utredas? (3p)**

*Svar: Gyn undersökning, ev. ultraljud*

*Cystoskopi*

*Urinstickor, urinodling*

*Resturin-kontroll*

### Fråga 10.

Karin, 26 år, har precis varit på sin andra cellprovskontroll som hon blivit kallad till. Hon är tidigare helt frisk, men har vi ett par tillfällen noterat blodiga flytningar efter samlag. Detta gör att hon nu ringt Sorgenfrids gynmottagning där du arbetar som läkare. Sjuksköterskan som tagit emot samtalet kommer med Karins cellprovssvar i handen. Detta visar CIN 1.

#### a) Vad innebär svaret och vad gör du nu? (2p)

Svar: Lätt dysplasi. Karin kallas till mottagningen för gynundersökning inkl kolposkopi och förnyat cellprov, ev HPV-test, senast inom 4 månader, helst tidigare med tanke på de blodiga flytningarna.

#### b) Karin undrar i telefonen om det finns någon chans att förändringen i cellprovet (CIN1) kan försvinna av sig själv och i så fall hur stor den chansen är? Kan det för hennes del vara värt att vaccinera sig med Gardasil<sup>®</sup> eller Cervarix<sup>®</sup>? (2p)

Svar: Stor chans att detta kan läka ut av sig själv, ca 60%. Vaccination med förebyggande HPV-vaccin har idag ingen visad effekt hos kvinnor som behandlats för dysplasi.

#### c) Beskriv vad du tittar efter och hur du går tillväga när du utför en kolposkopi. (3p)

Svar: 1) Är hela TZ synlig eller ej, dvs fullständig eller ofullständig kolposkopi. 2) Acetoupptag och Jodupptag 3) kanter, kapillärmönster och storlek (antal kvadranter). (2 rätt=2p, 3 rätt 3 p)

Det visar sig när Karin kommer till din mottagning att hon är planerat och önskat gravid i graviditetsvecka 7. Hon är mycket orolig över hur "de här cellförändringarna" påverkas av graviditeten och om hon måste göra abort nu. V

#### d) Vad svarar du henne och hur gör du med undersökning och eventuellt svar nu? (3 p)

Svar: Graviditet tros inte ha någon effekt på CIN och progression ses sällan under graviditet. Ofta ses däremot regress postpartum. Du utför cytologprovtagning och kolposkopi som planerat, liksom ev. px. Om svaret återigen blir CIN 1 eller normalt och kolposkopin utfaller normalt kan vidare utredning/undersökning vänta tills 3-4 månader postpartum. Om förändringar är av högre grad eller om du ser något misstänkt på kolposkopi bör du fundera över att remittera till kolposkopist med särskild vana att hantera gravida för ev. kontroller under graviditet.

### Fråga 11.

Annika, 42 år söker gynnottagningen akut på grund av vaginal blödning. Hon har blött rikligt sedan 4 dagar tillbaka. Hon blöder genom skydd på natten och har börjat känna sig yr. Annika har tidigare haft regelbunden menstruationscykel fram tills för 6 månader sedan, därefter har det "hoppat lite som det vill" men snarare längre cykler än kortare. Blödningarna har varit väsentligen normala till mängd. Annika har varit gravid 3 gånger, 2 vaginala förlossningar, 1 tidigt missfall. Hon och partnern använder kondom som preventivmedel sedan några år tillbaka och lever i ett fast förhållande.

Vid undersökning finner du en fritt mobil, måttligt förstorad uterus som ömmar något. Spekulumundersökning visar pågående färsk blödning från livmoderhalskanalen. Portio av normalt utseende, transformationszonen ej synlig. Ultraljud visar förstorad uterus, endometrium av normal tjocklek, 7 mm, hyperekogent. Något svårt att följa endometriet upp i fundus, eventuellt något tjockare där. I framväggen ett submuköst myom på 5 cm i diameter och i bakväggen två mindre intramurala myom på 3 cm vardera. Till höger om uterus ses en långsträckt förändring med innehåll av blandad ekogenicitet, 3x7 cm. Ovarier ses bilateralt ua. Ingen fri vätska i fossa douglassi.

**a) Förutom informationen ovan, vad saknas i anamnesen och hur utreder du patienten initialt vid första besöket? (2p)**

Svar: Tidigare sjukdomar, Rökning. Läkemedel. Smear. SIS (Saline Infusion Sonography) för kartläggning av endometrie – polypmisstanke? Blodprover: Hb, ev blödningsstatus vid misstanke om blödningsrubbing. Endorette/pipelle (ej obligat).

(0.5 poäng per rätt svar, 4 rätt=2 poäng. Smear samt Hb är obligata för full poäng)

Myom kan ibland åtgärdas hysteroskopiskt.

**b) Nämn de två vanligaste riskerna vid hysteroskopi specifikt för resektion av intrakavitära myom samt ange storleksgräns för myom som kan resektteras hysteroskopiskt. (2p)**

Svar: Riskerna är resorption och blödning. Myomen skall vara < 4 cm.

(1 rätt=0.5p, 2 rätt=1 p, 3 rätt=2p)

**c) Beskriv fyra andra behandlingsmetoder vid uterusmyom. (2p)**

Svar: GnRH behandling, hysterektomi, hormonspiral, cykliska gestagener, myomenukleation, embolisering, tranexamsyra, Esmya (ulipristalacetat).

(1 metod=1p, 2 metoder=2p)

**d) Kan något annat ligga bakom Annikas blödningar? Ange eventuella differentialdiagnoser. (2p)**

Svar: Anovulatoriska blödningar (Perimenopausala blödningar); Endometriecancer; Cervixcancer (alla alternativ skall vara med för full poäng)

**e) Vad kan förändringen på höger sida stå för? Ange möjliga bakomliggande orsaker till tillståndet. (2p)**

Svar: Saktosalpinx; Tuboovariell abscess; Ovarialcancer; Tarmnehåll. (0,5 p per förslag)

## Fråga 12

Emilia, 36 år, kommer till specialistmödravården i tidig graviditet med remiss från barnmorska pga stor oro och nedstämdhet. I anamnesen framkommer att det är en önskad och planerad graviditet. Emilia har en tidigare normal förlossning. Hon är frisk förutom problematik med tidigare depressioner men ingen medicinering just nu.

Du bedömer att Emilia är deprimerad och behöver behandling

- a) **Hur planerar du omhändertagandet av Emilia under/efter denna graviditet?** (5p)

Svar:

- *Suicidriskbedömning måste alltid göras. (1p)*
- *Remiss till/samråd med distriktsläkare/psykiater för bedömning av depressionsgrad, eventuellt initiering av behandling och uppföljning (1 p)*
- *Psykologstöd vid behov (1p)*
- *Utökat basprogram, samverkan eventuellt psykiatrin eller andra aktörer, beror på lokala möjligheter (1p)*
- *Du diskuterar med patienten om vikten att få stöd även postpartum och gör en planering som dokumenteras (1p)*

- b) **Vilken information ger du henne kring behandling av depression under graviditet?** (5p)

Svar:

- *Lindrig depression behandlas ofta med KBT(psykoterapi) och psykosocialt stöd (1p)*
- *SSRI preparat kan användas under graviditet (förutom paroxetin och fluoxetin), behandling med lägsta effektiva dos (1p)*
- *SSRI ger ingen ökad risk för missbildningar (förutom paroxetin och fluoxetin), men användning mot slutet på graviditeten kan ge biverkningar för det nyfödda barnet i form av adaptionsstörning (hypoglykemier, andningsstörning) som försvinner efter några dagar. Risk för PPHN (- persistent pulmonary hypertension of the newborn), allvarlig men sällsynt. (1 p)*
- *Amning OK ifall medicinering nödvändig. (1p)*
- *Ifall depression inte behandlas förblir ca 50% deprimerade postpartum (1p)*

