

Specialistskrivning

Obstetrik och gynekologi

2006

Skrivningen består av kortare eller längre s.k. MEQ (modified essay questions) frågor. Totalt omfattar skrivningen 90 poäng. Poäng och antal sidor per fråga anges nedan och detta försättsblad får du ha till hands under skrivningen. Läs frågorna noggrant och tänk på att disponera tiden, det är extra viktigt eftersom du inte kan backa. Skrivningstiden är max 6 timmar.

Instruktioner:

- till vänster om dig ligger frågorna. När skrivningen börjar tar du det första bladet och vänder det rätt.
- fyll först i din kod högst upp.
- besvara frågan och lägg bladet upp och ner på bordet till höger om dig.
- vänd upp nästa blad och fortsätt. Ange din personliga kod på varje blad.
- du får inte ta tillbaka ett besvarat papper till höger om dig. Ha bara ett papper framme åt gången.

Frågorna ser ut så här:

Den gamla informationen står med: liten stil
 Svaret på föregående fråga med: *kursiv stil*
 Den nya informationen med: vanlig stil
 Den nya frågan med: **fet stil**

Fråga	Antal sidor	Antal poäng
Gynekologi Fråga 1	7	10
Gynekologi Fråga 2	4	10
Gynekologi Fråga 3	9	10
Gynekologi Fråga 4	8	10
Reproduktion Fråga 5	6	10
Obstetrik Fråga 6	7	10
Obstetrik Fråga 7	6	10
Obstetrik Fråga 8	9	10
Statistik Fråga 9	5	10

Lycka till!

SFOG's Examinationsnämnd gm Aino Fianu Jonasson

Gynekologi

Fråga 1

Sida 1 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nyttillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas? (2 p)

2 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nytillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor. Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)? (1p)

3 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nytillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)?

Endometriet bör inte vara tjockare än 4-5 mm på det tjockaste stället.

Patienten är orolig och önskar en diagnos snarast möjligt. Du tar en endometriebiopsi med en pipelle. När PAD-svaret kommer efter två veckor visar det sig att provet inte innehöll tillräckligt med material för att ställa någon diagnos.

Vad gör DU nu? (2 p)

4 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nytillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)?

Endometriet bör inte vara tjockare än 4-5 mm på det tjockaste stället.

Patienten är orolig och önskar en diagnos snarast möjligt. Du tar en endometriebiopsi med en pipelle. När PAD-svaret kommer efter två veckor visar det sig att provet inte innehöll tillräckligt med material för att ställa någon diagnos.

Vad gör DU nu?

Du planerar fraktionerad abrasio och palpation i narkos. Eventuellt även hysteroskopisk inspektion av uteruskaviteten.

Vilken information kan Du få genom att göra en fraktionerad abrasio? (2 p)

5 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nyttillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)?

Endometriet bör inte vara tjockare än 4-5 mm på det tjockaste stället.

Patienten är orolig och önskar en diagnos snarast möjligt. Du tar en endometriebiopsi med en pipelle. När PAD-svaret kommer efter två veckor visar det sig att provet inte innehöll tillräckligt med material för att ställa någon diagnos.

Vad gör DU nu?

Du planerar fraktionerad abrasio och palpation i narkos. Eventuellt även hysteroskopisk inspektion av uteruskaviteten.

Vilken information kan Du få genom att göra en fraktionerad abrasio?

Cervix skrapas först för sig och därefter skrapas corpus uteri vilket ger möjlighet att bedöma om eventuell cancer växer i både cervix och corpus eller i bara den ena lokalisationen. Vid skarpning kan man bedöma konturen i uteruskaviteten, eventuell avvikande skrovlighet etc. Som regel är det inget problem att få tillräckligt med material ett konklusivt PAD. Med ögletång kan eventuella polyper fångas upp.

PAD-svaret visar högt differentierad corpuscancer med diploida celler.

Vad rekommenderar du patienten nu? (2p)

6 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nytillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)?

Endometriet bör inte vara tjockare än 4-5 mm på det tjockaste stället.

Patienten är orolig och önskar en diagnos snarast möjligt. Du tar en endometriebiopsi med en pipelle. När PAD-svaret kommer efter två veckor visar det sig att provet inte innehöll tillräckligt med material för att ställa någon diagnos.

Vad gör DU nu?

Du planerar fraktionerad abrasio och palpation i narkos. Eventuellt även hysteroskopisk inspektion av uterus-kaviteten.

Vilken information kan Du få genom att göra en fraktionerad abrasio?

Cervix skrapas först för sig och därefter skrapas corpus uteri vilket ger möjlighet att bedöma om eventuell cancer växer i både cervix och corpus eller i bara den ena lokaliseringen. Vid skarpning kan man bedöma konturen i uterus-kaviteten, eventuell avvikande skrovlighet etc. Som regel är det inget problem att få tillräckligt med material ett konklusivt PAD. Med ögletång kan eventuella polyper fångas upp.

PAD-svaret visar högt differentierad corpuscancer med diploida celler.

Vad rekommenderar du patienten nu?

Hysterektomi då hon i övrigt förefaller vara väsentligen frisk och kontraindikationer för kirurgi saknas.

PAD-svaret visar högt differentierad corpuscancer med diploida celler och ett maximalt infiltrationsdjup på ca 1 mm där myometriet var 6 mm tjockt. Patienten undrar hur prognosen är, dvs hur stor risk det är att canceren kommer tillbaka.

Vad svarar du? (1 p)

7 (7)

Gudrun är en 72 årig I-gravida, 0-para med diabetes typ II. Gudrun opererades för bröstcancer för 10 år sedan och alla kontroller har varit bra. Annars är hon frisk och mycket aktiv både fysiskt och intellektuellt. Hon använder inga hormoner eller några mediciner. Gudrun söker på grund av nyttillkomna brunaktiga flytningar sedan ungefär tre veckor.

Hur tycker du att denna patient bör undersökas?

Du gör en vanlig gynekologisk undersökning, tar ett smear och gör ett vaginalt ultraljud.

Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod i vagina men inget annat anmärkningsvärt. Vid bimanuell palpation finner du inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Med vaginalt ultraljud konstateras ett endometrium som är 7-8 mm tjockt och lite svårt att avgränsa i fundus.

Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående systemisk hormonbehandling (HRT/ERT)?

Endometriet bör inte vara tjockare än 4-5 mm på det tjockaste stället.

Patienten är orolig och önskar en diagnos snarast möjligt. Du tar en endometriebiopsi med en pipelle. När PAD-svaret kommer efter två veckor visar det sig att provet inte innehöll tillräckligt med material för att ställa någon diagnos.

Vad gör DU nu?

Du planerar fraktionerad abrasio och palpation i narkos. Eventuellt även hysteroskopisk inspektion av uteruskaviteten.

Vilken information kan Du få genom att göra en fraktionerad abrasio?

Cervix skrapas först för sig och därefter skrapas corpus uteri vilket ger möjlighet att bedöma om eventuell cancer växer i både cervix och corpus eller i bara den ena lokaliseringen. Vid skarpning kan man bedöma konturen i uteruskaviteten, eventuell avvikande skrovlighet etc. Som regel är det inget problem att få tillräckligt med material ett konklusivt PAD. Med ögletång kan eventuella polyper fångas upp.

PAD-svaret visar högt differentierad corpuscancer med diploida celler.

Vad rekommenderar du patienten nu?

Hysterektomi då hon i övrigt förefaller vara väsentligen frisk och kontraindikationer för kirurgi saknas.

PAD-svaret visar högt differentierad corpuscancer med diploida celler och ett maximalt infiltrationsdjup på ca 1 mm där myometriet var 6 mm tjockt. Patienten undrar hur prognosen är, dvs hur stor risk det är att canceren kommer tillbaka.

Vad svarar du?

Prognosen är god. (Det är ungefär 10 % risk att hon får recidiv, dvs. får tillbaka sin cancer.)

Gynekologi

Fråga 2

Sida 1 (4)

Du arbetar som underläkare på kvinnoklinikens mottagning.

Elin 22 år söker för sveda, smärta och klåda i underlivet. Hon har läst om vestibulit och är orolig att hon drabbats av detta.

Det finns kriterier (Friedrichs) för att ställa diagnosen vestibulit. De är viktiga att tänka på både vid anamnestagning och undersökning. Vilka är kriterierna? (2 p)

Vilka differentialdiagnoser till vestibulit överväger du? (2 p)

Kod/Namn=

Sida 2 (4)

Elin 22 år söker för sveda och smärta i underlivet. Hon har läst om vestibulit och är orolig att hon drabbats av detta.

Kriterierna är: 1. Smärta vid penetration (samlag, gyn undersökning); 2. erythem baktill i vestibulum, kring Bartholinikörtlarnas mynningar 3. kraftig smärta vid beröring (swabtest) föreligger och 4. besvären skall ha varat i > 6 månader. Ofta uppvisar patienten också vaginism.

Du överväger före undersökningen (förutom vestibulit) svampinfektion, dermatit (eksem), kondylom, herpes, hidroadeniter, vulvasår.

Det visar sig dock att Elin endast haft besvär i en månad, och att hon dessförinnan kunnat ha samlag med pojkvännen utan problem. Undersökning går lätt att genomföra och du finner inga tecken på vestibulit. Huden i vulva är dock lätt förtjockad och rodnad. Du ser också rivmärken. I vagina ses en vit tjock flytning. Elin blir mycket lättad när du säger att hon inte har vestibulit.

Vilka diagnoser överväger du nu? (2 p)

Vilka undersökningar gör du och vilka prover tar du? (2p)

3 (4)

Elin 22 år söker för sveda och smärta i underlivet. Hon har läst om vestibulit och är orolig att hon drabbats av detta.

Kriterierna är: 1. Smärta vid penetration (samlag, gyn undersökning); 2. erythem baktill i vestibulum, där 3. kraftig smärta vid beröring (swabtest) föreligger och 4. besvären skall ha varat i > 6 månader.

Du överväger före undersökningen (förutom vestibulit) svampinfektion, dermatit (eksem), kondylom, herpes, hidroadeniter, vulvasår.

Det visar sig dock att Elin endast haft besvär i en månad, och att hon dessförinnan kunnat ha samlag med pojkvännen utan problem. Undersökning går lätt att genomföra och du finner inga tecken på vestibulit. Huden i vulva är dock lätt förtjockad och rodnad. Du ser också rivmärken. I vagina ses en vit tjock flytning. Elin blir mycket lättad när du säger att hon inte har vestibulit.

Du överväger svampinfektion och/eller dermatit (eksem). I första hand tittar du på ett wet smear i både NaCl och KOH, men hittar inga säkra tecken på svampinfektion. Du tar därför en odling från vagina med frågeställningen svamp? Man kan också göra en stansbiopsi för att få PAD och säkrare diagnos. Du tror nu mest på dermatit (eksem) men känner dig lite orolig för att det även kan finnas en svampinfektion med i bilden.

Föreslå patienten lämplig behandling! (2 p)

Kod/Namn=

4 (4)

Elin 22 år söker för sveda och smärta i underlivet. Hon har läst om vestibulit och är orolig att hon drabbats av detta.

Kriterierna är: 1. Smärta vid penetration (samlag, gyn undersökning); 2. erythem baktill i vestibulum, där 3. kraftig smärta vid beröring (swabtest) föreligger och 4. besvären skall ha varat i > 6 månader.

Du överväger före undersökningen (förutom vestibulit) svampinfektion, dermatit (eksem), kondylom, herpes, hidroadeniter, vulvasår.

Det visar sig dock att Elin endast haft besvär i en månad, och att hon dessförinnan kunnat ha samlag med pojkvännen utan problem. Undersökning går lätt att genomföra och du finner inga tecken på vestibulit. Huden i vulva är dock lätt förtjockad och rodnad. Du ser också rivmärken. I vagina ses en vit tjock flytning. Elin blir mycket lättad när du säger att hon inte har vestibulit.

Du överväger svampinfektion och/eller dermatit (eksem). I första hand tittar du på ett wet smear i både NaCl och KOH, men hittar inga säkra tecken på svampinfektion. Du tar därför en odling från vagina med frågeställningen svamp? Man kan också göra en stansbiopsi för att få PAD och säkrare diagnos. Du tror nu mest på dermatit (eksem) men känner dig lite orolig för att det även kan finnas en svampinfektion med i bilden.

Du ger patienten lokalbehandling med en kräm innehållande en medelstark/stark steroid (grupp 2-3) kombinerad med ett antimykotiskt medel. Du kan också överväga peroral behandling med antimykotiskt preparat (förutom steroid lokalt).

Gynekologi

Fråga 3

Sida 1 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nedtill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med urinvägsantibiotika och Losec i några omgångar utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken. (2p)

Kod/Namn=

2 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, endometriosis, Mb Crohn, ulcerös colit, IBS, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, kronisk cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament, etc

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt? (1p)

3 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Endometrios, dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, Mb Crohn, ulcerös colit, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament,

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt?

Typ av smärta? När har hon ont? Hur länge brukar smärtan vara? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Har smärtan en relation till menscykeln? Djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Smärta vid tarmtömning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilken typ av p-piller? Avföringsvanor? Periodvis blodig och/eller slemmig avföring? Busmärter i relation till kostintag? Rörelserelaterat? Sexuellt utnyttjad? Smärtutstrålning? Trötthet? etc....

Smärtan varierar både till intensitet och karaktär. Smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Ibland blir tarmen orolig när hon har som mest ont och ibland har hon då flera lösa avföringar utan blod eller slem. Ibland gör det mer ont när hon sitter eller sätter sig. Under de perioder hon använt p-piller har besvären möjligen inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre. Under mer besvärliga perioder har hon varit trött och orkeslös samt känt sig sjuk.

Vilken diagnos är mest sannolik med den anamnesen? (1p)

4 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Endometrios, dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, Mb Crohn, ulcerös colit, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament,

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt?

Typ av smärta? När har hon ont? Hur länge brukar smärtan vara? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Har smärtan en relation till menscykeln? Djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Smärta vid tarmtömning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilken typ av p-piller? Avföringsvanor? Periodvis blodig och/eller slemmig avföring? Busmärter i relation till kostintag? Rörelserelaterat? Sexuellt utnyttjad? Smärtutstrålning? Trötthet? etc....

Smärtan varierar både till intensitet och till karaktär. Smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Ibland blir tarmen orolig när hon har som mest ont och ibland har hon då flera lösa avföringar utan blod eller slem. Ibland gör det mer ont när hon sitter eller sätter sig. Under de perioder hon använt p-piller har besvären möjligen inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre. Under mer besvärliga perioder har hon varit trött och orkeslös.

Vilken diagnos är mest sannolik med den anamnesen?

Endometrios

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att orsaken till Lovisas buksmärter beror på endometrios? (1p)

5 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor ner till i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Endometrios, dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, Mb Crohn, ulcerös colit, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament,

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt?

Typ av smärta? När har hon ont? Hur länge brukar smärtan vara? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Har smärtan en relation till menscykeln? Djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Smärta vid tarmtömning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilken typ av p-piller? Avföringsvanor? Periodvis blodig och/eller slemmig avföring? Busmärtor i relation till kostintag? Rörelserelaterat? Sexuellt utnyttjad? Smärtutstrålning? Trötthet? etc....

Smärtan varierar både till intensitet och till karaktär. Smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Ibland blir tarmen orolig när hon har som mest ont och ibland har hon då flera lösa avföringar utan blod eller slem. Ibland gör det mer ont när hon sitter eller sätter sig. Under de perioder hon använt p-piller har besvären möjligen inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre. Under mer besvärliga perioder har hon varit trött och orkeslös.

Vilken diagnos är mest sannolik med den anamnesen?

Endometrios

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att orsaken till Lovisas buksmärtor beror på endometrios?

Fynd av blåskimrande eller röda några millimeter stora förändringar i vaginalslemhinnan i bakre fornix. Cervix ligger devierad åt endera sidan. Vid palpation är det ruckömt och ömt åt sidorna samt att det finns stråklighet och induration över septum rektovaginale, sidofornices, sakrouterinligament eller att hela bäckenbotten känns hård och stel. Vi vaginalt ultraljud ses ovarialcystor som har utseende som vid endometriom.

Du finner inga förändringar i vagina. Dock är hon palpationsöm i lilla bäckenet och det finns indurationer och stråklighet över övre delen av septum rectovaginale, sakrouterinligament och adnexa. Vaginalt ultraljud visar ett sannolikt ovarialendometriom på höger sida.

Kan du i detta läge vara säker på att Lovisa har endometrios? (1p)

6 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynnottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Endometrios, dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, Mb Crohn, ulcerös colit, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament,

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt?

Typ av smärta? När har hon ont? Hur länge brukar smärtan vara? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Har smärtan en relation till menscykeln? Djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Smärta vid tarmtömning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilken typ av p-piller? Avföringsvanor? Periodvis blodig och/eller slemmig avföring? Busmärta i relation till kostintag? Rörelserelaterat? Sexuellt utnyttjad? Smärtutstrålning? Trötthet? etc....

Smärtan varierar både till intensitet och till karaktär. Smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Ibland blir tarmen orolig när hon har som mest ont och ibland har hon då flera lösa avföringar utan blod eller slem. Ibland gör det mer ont när hon sitter eller sätter sig. Under de perioder hon använt p-piller har besvären möjligen inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre. Under mer besvärliga perioder har hon varit trött och orkeslös.

Vilken diagnos är mest sannolik med den anamnesen?

Endometrios

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att orsaken till Lovisas buksmärta beror på endometrios?

Fynd av blåskimrande eller röda några millimeter stora förändringar i vaginalslemhinnan i bakre fornix. Cervix ligger devierad åt endera sidan. Vid palpation är det ruckömt och ömt åt sidorna samt att det finns stråklighet och induration över septum rektovaginale, sidofornices, sakrouterinligament eller att hela bäckenbotten känns hård och stel. Vi vaginalt ultraljud ses ovarialcystor som har utseende som vid endometriom.

Du finner inga förändringar i vagina. Dock är hon palpationsöm i lilla bäckenet och det finns indurationer och stråklighet över övre delen av septum rectovaginale, sakrouterinligament och adnexa. Vaginalt ultraljud visar ett sannolikt ovarialendometriom på höger sida.

Kan du i detta läge vara säker på att Lovisa har endometrios?

Nej!

Hur säkerställer du diagnosen? (1p)

7 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynnottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen de senaste åren pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Vilka differentialdiagnoser ligger närmast till hands att verifiera eller förkasta med hjälp av en fördjupad anamnes och klinisk undersökning? Nämn minst åtta stycken.

Endometrios, dysmenorre, ovarialcysta, ovulationssmärta, Mb Crohn, ulcerös colit, psykosociala orsaker såsom våldtäkt eller tidigare sexuellt utnyttjad, myoma uteri, cystit, uterusmissbildning, njurstensbesvär, neurogen smärta, smärta utlöst från bäckenets muskler, leder eller ligament,

Vilka ytterligare frågor skulle du vilja ställa för att försöka verifiera eller förkasta de differentialdiagnoser DU nämnt?

Typ av smärta? När har hon ont? Hur länge brukar smärtan vara? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Har smärtan en relation till menscykeln? Djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Smärta vid tarmtömning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilken typ av p-piller? Avföringsvanor? Periodvis blodig och/eller slemmig avföring? Busmärter i relation till kostintag? Rörelserelaterat? Sexuellt utnyttjad? Smärtutstrålning? Trötthet? etc....

Smärtan varierar både till intensitet och till karaktär. Smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Ibland blir tarmen orolig när hon har som mest ont och ibland har hon då flera lösa avföringar utan blod eller slem. Ibland gör det mer ont när hon sitter eller sätter sig. Under de perioder hon använt p-piller har besvären möjligen inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre. Under mer besvärliga perioder har hon varit trött och orkeslös.

Vilken diagnos är mest sannolik med den anamnesen?

Endometrios

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att orsaken till Lovisas buksmärter beror på endometrios?

Fynd av blåskimrande eller röda några millimeter stora förändringar i vaginalslemhinnan i bakre fornix. Cervix ligger devierad åt endera sidan. Vid palpation är det ruckömt och ömt åt sidorna samt att det finns stråklighet och induration över septum rektovaginale, sidofornices, sakrouterinligament eller att hela bäckenbotten känns hård och stel. Vi vaginalt ultraljud ses ovarialcystor som har utseende som vid endometriom.

Du finner inga förändringar i vagina. Dock är hon palpationsöm i lilla bäckenet och det finns indurationer och stråklighet över övre delen av septum rectovaginale, sakrouterinligament och adnexa. Vaginalt ultraljud visar ett sannolikt ovarialendometriom på höger sida.

Kan du i detta läge vara säker på att Lovisa har endometrios?

Nej!

Hur säkerställer du diagnosen?

Laparoskopi eller laparotomi samt px av misstänkta lesioner för PAD.

Vilka smärtstillande läkemedel rekommenderar du och hur rekommenderar du att hon skall ta dem? (1p)

8 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen pga. smärtor ner till i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Har smärtan en relation till menscykeln? Har hon djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor?

Hennes svar blir att smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Under de perioder hon använt p-piller har besvären inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre.

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att det är endometrios?

Du finner inga förändringar i vagina. Dock är hon palpationsöm i lilla bäckenet och det finns indurationer och stråkheter över övre delen av septum rectovaginale samt över båda sakrouterinligamenten. Vaginalt ultraljud visar ett sannolikt ovarialendometriom på höger sida.

Paracetamol och NSAID kontinuerlig under några veckor för att försöka dämpa den inflammatoriska aktiviteten och på så sätt minska smärtan. Därefter kan de tas vid behov.

Det finns idag tre etablerade hormonellt baserade behandlingsalternativ för behandling av endometrios. Vilka är de? (1 p)

Vilka två mekanismer är det man vill uppnå med dessa läkemedel för att minska aktiviteten hos endometriosen och därmed den smärta patienten besväras av (1 p)

9 (9)

Lovisa 25 år söker dig på gynmottagningen. Hon har tidigare sökt upp sin husläkare vid ett flertal tillfällen pga. smärtor nertill i buken. Husläkaren vet inte säkert varför Lovisa har ont i magen. Lovisa har fått smärtstillande utskrivet samt försökt med några omgångar med urinvägsantibiotika och Losec utan att bli bättre.

Har smärtan en relation till menscykeln? Har hon djup smärta vid samlag? Smärta vid vattenkastning? Har hon använt p-piller och blev hon i så fall bättre då? Vilka smärtstillande mediciner har hjälpt? Hur länge har hon haft den här typen av smärtor?

Hennes svar blir att smärtan har en relation till var i menscykeln hon befinner sig. Hon har även djup smärta vid samlag och vid vattenkastning. Under de perioder hon använt p-piller har besvären inte varit lika stora. Ipren och Diklofenak hjälper ibland relativt bra mot smärtan. Hon har haft dom här besvären sedan ca 10 år, mer eller mindre.

Du gör nu gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud. Vilka undersökningsfynd skulle ge stöd för din misstanke att det är endometrios?

Du finner inga förändringar i vagina. Dock är hon palpationsöm i lilla bäckenet och det finns indurationer och stråklighet över övre delen av septum rectovaginale samt över båda sakrouterinligamenten. Vaginalt ultraljud visar ett sannolikt ovarialendometriom på höger sida.

p-piller, gestagener och GnRH-analoger

Amenorre och nedreglering av ovarierna

Gynekologi

Fråga 4

Sida 1 (8)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? (2 p)

Kod/Namn=

2 (8)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas? (1 p)

3 (8)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför? (2 p)

4 (8)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför?

*Gynekologisk undersökning + ultraljud – se behåring, vaginalslemhinnan normal?, mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, ovariernas storlek och follikelbild, cystor ?
Se om tecken på endometrios, PCO, cystor, endometrietillväxt (indirekt mått på östrogen)*

Labprover: TSH, fritt T4, FSH, LH, prolaktin, testosteron, SHBG; utsluta thyroideasjukdom, ovarialsvikt, prolaktinom och testosteronproducerande tumör

Gravtest; utsluta graviditet

Vid undersökningen finner Du en normalstor livmoder, för åldern normal vaginalslemhinna, ultraljudsmässigt endometrium 6 mm-homogen ekogenicitet, bilat ovarier som är multifollikulära (10-15 folliklar per ovarium ca 3-6 mm stora), inga randstående folliklar. Nyvaxad bikinilinje, lår och ben.

Thyroideaprover normala

FSH 6 (3-12 E/l)

LH 8 (1-20 E/l)

prolaktin 14 (0-15 ug/l)

testosteron 2,2 (0-6 nmol/l)

SHBG 22

gravtest negativ.

Hur tolkar du svaren? Kan Du ställa någon diagnos, och i så fall vilken? (1 p)

Kod/Namn=

5 (8)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför?

Gynekologisk undersökning + ultraljud – se behåring, vaginalslemhinnan normal?, mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, ovariernas storlek och follikelbild, cystor ?

Se om tecken på endometriosis, PCO, cystor, endometrietillväxt (indirekt mått på östrogen)

Labprover: TSH, fritt T4, FSH, LH, prolaktin, testosteron, SHBG

Gravtest

Vid undersökningen finner Du en normalstor livmoder, för åldern normal vaginalslemhinna, ultraljudsmässigt endometrium 6 mm-homogen ekogenicitet, bilat ovarier som är multifollikulära (10-15 folliklar per ovarium ca 3-6 mm stora), inga randstående folliklar. Nyvaxad bikinilinje, lår och ben.

Thyroideaprover normala, FSH 6, LH 8, prolaktin 14, testosteron 2,2 SHBG 22 och gravtest negativ.

Hur tolkar du svaren? Kan Du ställa någon diagnos, och i så fall vilken?

Pat har PCO. testosteron/SHBG > 0,05 stärker diagnosen. Inga prover för övrigt visar tecken på avvikelse.

Vilka diagnoskriterier krävs för att ställa diagnosen PCO? (1 p)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför?

Gynekologisk undersökning + ultraljud – se behåring, vaginalslemhinnan normal?, mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, ovariernas storlek och follikelbild, cystor ?

Se om tecken på endometriosis, PCO, cystor, endometrietillväxt (indirekt mått på östrogen)

Labprover: TSH, fritt T4, FSH, LH, prolaktin, testosteron, SHBG

Gravtest

Vid undersökningen finner Du en normalstor livmoder, för åldern normal vaginalslemhinna, ultraljudsmässigt endometrium 6 mm-homogen ekogenicitet, bilat ovarier som är multifollikulära (10-15 folliklar per ovarium ca 3-6 mm stora), inga randstående folliklar. Nyvaxad bikinilinjé, lår och ben.

Thyroideaprover normala, FSH 6, LH 8, prolaktin 14, testosteron 2,2 SHBG 22 och gravtest negativ.

Hur tolkar du svaren? Kan Du ställa någon diagnos, och i så fall vilken?

Pat har PCO. testosteron/SHBG > 0,05 stärker diagnosen. Inga prover för övrigt visar tecken på avvikelse.

Vilka diagnoskriterier krävs för att ställa diagnosen PCO?

2 av 3 följande:

1. Oligo- eller anovulation

2. Klinisk och/eller biokemiska tecken på hyperandrogenism*

3. PCO bild på ultraljud**

*= hirsutism, acne eller androgen alopeci, förhöjt testosteron, sänkt SHBG, testosteron/SHBG kvot >0,05, ev LH/FSH kvot >2

**= 12 eller fler folliklar och/eller ovarialvolym > 10 ml (behövs inte vara randställda eller ha ökat stroma)

Du berättar för Anna vid återbesöket att hon har PCO. Hon vill veta "allt" och frågar om vad det innebär nu? Kan man sätta igång menssen? Vad innebär det för fertiliteten nu och på sikt? Vad innebär det för framtiden?

Vad svarar Du henne? (2 p)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är ”jättestressad” över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, ”kanske lite oregelbunden”. Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite ”hårig”. Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att ”allt fungerar”.

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför?

Gynekologisk undersökning + ultraljud – se behåring, vaginalslemhinnan normal?, mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, ovariernas storlek och follikelbild, cystor ?

Se om tecken på endometriosis, PCO, cystor, endometrietillväxt (indirekt mått på östrogen)

Labprover: TSH, fritt T4, FSH, LH, prolaktin, testosteron, SHBG

Gravtest

Vid undersökningen finner Du en normalstor livmoder, för åldern normal vaginalslemhinna, ultraljudsmässigt endometrium 6 mm-homogen ekogenicitet, bilat ovarier som är multifollikulära (10-15 folliklar per ovarium ca 3-6 mm stora), inga randstående folliklar. Nyvaxad bikinilinje, lår och ben.

Thyroideaprover normala, FSH 6, LH 8, prolaktin 14, testosteron 2,2 SHBG 22 och gravtest negativ.

Hur tolkar du svaren? Kan Du ställa någon diagnos, och i så fall vilken?

Pat har PCO. testosteron/SHBG > 0,05 stärker diagnosen. Inga prover för övrigt visar tecken på avvikelse.

Vilka diagnoskriterier krävs för att ställa diagnosen PCO?

2 av 3 följande:

1. Oligo- eller anovulation
2. Klinisk och/eller biokemiska tecken på hyperandrogenism*
3. PCO bild på ultraljud**

*= hirsutism, acne eller androgen alopeci, förhöjt testosteron, sänkt SHBG, testosteron/SHBG kvot >0,05, ev LH/FSH kvot >2

**= 12 eller fler folliklar och/eller ovarialvolym > 10 ml (behöver inte vara randställda eller ha ökat stroma)

Du berättar för Anna vid återbesöket att hon har PCO. Hon vill veta ”allt” och frågar om vad det innebär nu?

Kan man sätta igång menssen? Vad innebär det för fertiliteten nu och på sikt? Vad innebär det för framtiden?

Vad svarar Du henne?

Troligen kommer hon ha en tendens att ha glesa eller oregelbundna menstrationer framöver. Med hänsyn till detta svårare att ”pricka” ovulation och bli gravid. Amenorrén i nuläget är dock ingen säker preventivmetod. Det går inte att ”trigga” igång ovulationen, man kan dock ge clomifen för enstaka ovulationer såsmåningom om det behövs vid graviditetsönskan. PCO kvinnor behåller fertiliteten länge och har oftast en god ovarialreserv, med tilltagande ålder ofta mer regelbundna menstruationer.

Viktigt att ha minst 4 blödningar per år (annars risk för endometrieförändringar), därför viktigt med cykliskt gestagen eller p-piller om inte blödningar inträffar.

Trots låg vikt finns risk för diabetes typ 2 och graviditet diabetes. Därför är det viktigt att inte bli överviktig, samt träna regelbundet.

Anna har också hört att det ”kan vara farligt för skelettet” att vara utan mens och undrar över bentäthetsmätning. Vad säger och gör Du? (1 p)

Anna 32 år kommer för första gången till din mottagning. Hon har precis förlovat sig och slutat med p-piller för 6 månader sedan, men inte fått tillbaka menssen. Hon jobbar som jurist på en stor juristfirma och är "jättestressad" över att menssen inte kommit igång.

Vad vill Du veta mer i anamnesen?

Det framkommer att hon arbetar ca 60 timmar i veckan. Hon har aldrig blivit opererad. Hon har lättare pollenallergi och tar bricanyl vid behov. Anna var gravid för 10 år sedan och gjorde då medicinsk abort, inga kända könssjukdomar. Hon har haft p-piller sedan dess och minns inte riktigt hur menssen var innan, "kanske lite oregelbunden". Hon tränar regelbundet 3 gånger i veckan (joggar), inte haft några stora svängningar i vikt. Hon väger 55 kg och är 170 cm (BMI 19). Hon upplever att hon alltid varit lite "hårig". Hon har graviditetsönskemål om ca 1 år, efter bröllopet, (viktiga uppgifter på jobbet nu). Anna gjorde uppehåll med p-piller nu för att se att "allt fungerar".

Vilken är definitionen av sekundär amenorré och när skall den utredas?

Mensuppehåll mer än 3 månader, utredning tidigast efter 6 månader.

Vad vill Du göra utredningsmässigt, och varför?

Gynekologisk undersökning + ultraljud – se behåring, vaginalslemhinnan normal?, mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, ovariernas storlek och follikelbild, cystor ?

Se om tecken på endometrios, PCO, cystor, endometrietillväxt (indirekt mått på östrogen)

Labprover: TSH, fritt T4, FSH, LH, prolaktin, testosteron, SHBG

Gravtest

Vid undersökningen finner Du en normalstor livmoder, för åldern normal vaginalslemhinna, ultraljudsmässigt endometrium 6 mm-homogen ekogenicitet, bilat ovarier som är multifollikulära (10-15 folliklar per ovarium ca 3-6 mm stora), inga randstående folliklar. Nyvaxad bikinilinje, lår och ben.

Thyroideaprover normala, FSH 6, LH 8, prolaktin 14, testosteron 2,2 SHBG 22 och gravtest negativ.

Hur tolkar du svaren? Kan Du ställa någon diagnos, och i så fall vilken?

Pat har PCO. testosteron/SHBG > 0,05 stärker diagnosen. Inga prover för övrigt visar tecken på avvikelse.

Vilka diagnoskriterier krävs för att ställa diagnosen PCO?

2 av 3 följande:

1. Oligo- eller anovulation
2. Klinisk och/eller biokemiska tecken på hyperandrogenism*
3. PCO bild på ultraljud**

*= hirsutism, acne eller androgen alopeci, förhöjt testosteron, sänkt SHBG, testosteron/SHBG kvot >0,05, ev LH/FSH kvot >2

**= 12 eller fler folliklar och/eller ovarialvolym > 10 ml (behöver inte vara randställda eller ha ökat stroma)

Du berättar för Anna vid återbesöket att hon har PCO. Hon vill veta "allt" och frågar om vad det innebär nu?

Kan man sätta igång menssen? Vad innebär det för fertiliteten nu och på sikt? Vad innebär det för framtiden?

Vad svarar Du henne?

Troligen kommer hon ha en tendens att ha glesa eller oregelbundna menstrationer framöver. Med hänsyn till detta svårare att "pricka" ovulation och bli gravid. Amenorrén i nuläget är dock ingen säker preventivmetod. Det går inte att "trigga" igång ovulationen, man kan dock ge clomifen för enstaka ovulationer såsmåningom om det behövs vid graviditetsönskan. PCO kvinnor behåller fertiliteten länge och har oftast en god ovarialreserv, med tilltagande ålder ofta mer regelbundna menstruationer.

Viktigt att ha minst 4 blödningar per år (annars risk för endometrieförändringar), därför viktigt med cykliskt gestagen eller p-piller om inte blödningar inträffar.

Trots låg vikt finns risk för diabetes typ 2 och gravidetsdiabetes. Därför är det viktigt att inte bli överviktig, samt träna regelbundet.

Anna har också hört att det "kan vara farligt för skelettet" att vara utan mens och undrar över bentäthetsmätning. Vad säger och gör Du?

Det stämmer att långvarig amenorré är en riskfaktor för osteoporos. Bentäthetsmätning görs tidigast efter 1 års amenorré. Rekommenderar bra kost inkluderande mjölkprodukter. Inte indikation för tillskott av calcium och D-vitamin i så unga år.

Reproduktion

Fråga 5

1 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med Ppiller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu.

Vilken anamnes tar du på Emma respektive Per? (2p)

2 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med P-piller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu.

Du frågar Emma efter hennes livsstil, bruk av alkohol och tobak, tidigare sjukdomar, barnlöshet eller sjukdomar i närmaste familjen, menscykel, tidigare graviditeter, tidigare preventivmedel och nuvarande samliv.

Du frågar Per om samma saker. (utelägna menscykeln)

Emma är frisk och jobbar heltid som sjukgymnast. Hon röker inte och har tagit kombinerade piller sedan 20 års ålder. Hon hade regelbunden mens före 20 årsåldern och har aldrig varit gravid. Sedan hon slutade med pillerna har mensintervallen varierat mellan 25 och 35 dagar. Regelbundenheten i samlivet har också växlat. Både mamma och moster har haft någonting med sköldkörteln.

Per är frisk men har haft påssjuka som barn. Han arbetar heltid som säljare och reser mycket i sitt arbete. Han har inga syskon. Han har inte gett upphov till några graviditeter tidigare.

Hur startar du utredningen på Emma resp Per ? Innebär Pers genomgångna påssjuka någon risk? (2p)

3 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med p-piller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu. Emma är frisk och jobbar heltid som sjukgymnast och har tagit kombinerade piller sedan 20 års ålder. Hon hade regelbunden mens före 20 årsåldern och har aldrig varit gravid. Sedan hon slutade med pillerna har mensintervallen varierat mellan 25 och 35 dagar. Regelbundenheten i samlivet har också växlat. Både mamma och moster har haft någonting med sköldkörteln. Per är frisk men har haft påsjuka som barn. Han har aldrig haft några besvär från underlivet. Så vitt han vet har han inte gett upphov till några graviditeter. Han arbetar heltid som säljare och reser mycket i sitt arbete. Han har inga syskon.

Du gör gynundersökning inklusive ulj och tar s-TSH, fritt T4 samt s-Prolaktin och s-progesteron i lutealfas. Ett FSH i follikelfas är aldrig fel.

Du undersöker Pers genitalia och ber honom återkomma med ett spermprov.

Påsjuka före puberteten ger inte några skador på genitalia.

Gynekologiskt status inklusive ultraljud är normalt hos Emma. S-TSH 4.5 mIU/l (0,4-4,0), T4 12 nmol/l (12-22) Prolaktin 150 mIU/l (< 350), s-progesteron cykeldag 21 är 15 nmol/l .FSH är normalt.

Vid undersökning av Per finner man att båda testiklarna är något mindre än normalt men oömma. Och utan förändringar i övrigt. Svaret på Pers spermprov har ännu inte kommit .

Hur fortsätter du utredningen ? (2p)

4 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med p-piller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu. Emma är frisk och jobbar heltid som sjukgymnast och har tagit kombinerade piller sedan 20 års ålder. Hon hade regelbunden mens före 20 årsåldern och har aldrig varit gravid. Sedan hon slutade med pillerna har mensintervallen varierat mellan 25 och 35 dagar. Regelbundenheten i samlivet har också växlat. Både mamma och moster har haft någonting med sköldkörteln.

Per är frisk men har haft påsjuka som barn. Han har aldrig haft några besvär från underlivet. Så vitt han vet har han inte gett upphov till några graviditeter. Han arbetar heltid som säljare och reser mycket i sitt arbete. Han har inga syskon.

Gynekologiskt status inklusive ultraljud är normalt hos Emma. S-TSH = 4.5 mIU/l (0,4-4,0), T4 = 11.5 nmol/l (12-22) Prolaktin 150 mIU/l (< 350), s-progesteron cykeldag 21 är 15 nmol/l.

Vid undersökning av Per finner man att båda testiklarna är något mindre än normalt men oömma. Svaret på Pers spermaprov har ännu inte kommit.

Du misstänker att Emma har en subklinisk hypothyreos som kan inverka på fertiliteten så du tar antikroppar mot tyreperoxidas TPO. Då hennes progesteron ligger i underkant tar du 3 progesteron under lutealfas efter att ha verifierat LH insöndringpeak med LH sticka.

Emma uppvisar kraftigt förhöjd titer av TPO antikroppar.

S-progesteron kurva i lutealfas efter utslag av LH-sticka cd 14 visar på cykeldag 20, 22 och 24: 12, 14 respektive 8 nmol/l.

Per spermaprov uppvisar totalt 9 miljoner rörliga spermier i standardanalysen Ejakulatmängd 3 ml och sammanfattningsvis grav oligoastenospermi .

Vad gör du nu ? (2p)

5 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med p-piller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu. Emma är frisk och jobbar heltid som sjukgymnast och har tagit kombinerade piller sedan 20 års ålder. Hon hade regelbunden mens före 20 årsåldern och har aldrig varit gravid. Sedan hon slutade med pillerna har mensintervallen varierat mellan 25 och 35 dagar. Regelbundenheten i samlivet har också växlat. Både mamma och moster har haft någonting med sköldkörteln.

Per är frisk men har haft påssjuka som barn. Han har aldrig haft några besvär från underlivet. Så vitt han vet har han inte gett upphov till några graviditeter. Han arbetar heltid som säljare och reser mycket i sitt arbete. Han har inga syskon.

Gynekologiskt status inklusive ultraljud är normalt hos Emma. S-TSH 4.5 mIU/l (0,4-4,0), T4 12 nmol/l (12-22) Prolaktin 150 mIU/l (< 350), s-progesteron cykeldag 21 är 15 nmol/l.

Vid undersökning av Per finner man att båda testiklarna är något mindre än normalt men oömma. Emma uppvisar kraftigt förhöjd titer av TPO antikroppar.

S-progesteron kurva i lutealfas efter utslag av LH-sticka cd 14 visar på cykeldag 20,22 och 24: 12, 14 respektive 8 nmol/l.

Per spermprov uppvisar totalt 9 miljoner rörliga spermier i standard analysen. Ejakulatmängd 3 ml och sammanfattningsvis grav oligoastenozoospermi.

Du startar behandling med Levaxin 50 mikrogram

(eventuellt efter konsultation av endokrinolog) med kontroll av TSH och fritt T4 och dos höjning vid behov. Förhoppningsvis normaliseras också lutealfasen med detta.

Paret informeras om att de med största sannolikhet behöver hjälp av provrörsbefrukning och sätts på väntelista.

Vård garantin är fullt utförd så väntetiden förväntas bli c:a 3 mån.

Är det någon mer hänsyn som skall tagas till fynden i utredningen. Någon mer analys eller undersökning som bör utföras på Per eller Emma ? (Överkurs 1p generös rättning)

Per undrar över betydelsen av sin kromosomavvikelse och över riskerna i stort med IVF behandling ? (Överkurs: 1 p om du kan något om detta)

6 (6)

Emma 32 och Per 37 har bott ihop i ett par år och vill nu ha barn tillsammans. Emma slutade med p-piller för 2 år sedan. Då hon hört att det kan ta lång tid att bli gravid efter p-piller har ingen av dem oroat sig förrän nu. Emma är frisk och jobbar heltid som sjukgymnast och har tagit kombinerade piller sedan 20 års ålder. Hon hade regelbunden mens före 20 årsåldern och har aldrig varit gravid. Sedan hon slutade med pillerna har mensintervallen varierat mellan 25 och 35 dagar. Regelbundenheten i samlivet har också växlat. Både mamma och moster har haft någonting med sköldkörteln.

Per är frisk men har haft påsjsjuka som barn. Han har aldrig haft några besvär från underlivet. Så vitt han vet har han inte gett upphov till några graviditeter. Han arbetar heltid som säljare och reser mycket i sitt arbete. Han har inga syskon.

Gynekologiskt status inklusive ultraljud är normalt hos Emma. S-TSH 4.5 mIU/l (0,4-4,0), T4 12 nmol/l (12-22) Prolaktin 150 nmol/l (< 350), s-progesteron cykeldag 21 är 15 nmol/l.

Vid undersökning av Per finner man att båda testiklarna är något mindre än normalt men oömma. Svaret på Pers spermaprov har ännu inte kommit.

Emma uppvisar kraftigt förhöjd titer av TPO antikroppar.

S-progesteron kurva i lutealfas efter utslag av LH-sticka cd 14 visar på cykeldag 20,22 och 24: 12, 14 respektive 8 nmol/l.

Per spermaprov uppvisar totalt 9 miljoner rörliga spermier i standard analysen. Ejakulatmängd 3 ml och sammanfattningsvis grav oligoastenozoospermi

Du startar behandling med Levaxin 50 mikrogram

(eventuellt efter konsultation av endokrinolog) med kontroll av TSH och fritt T4 och dos höjning vid behov.

Paret informeras om att de med största sannolikhet behöver hjälp av provrörsbefrukning och sätts på väntelista för IVF/ICSI.

Vård garantin är fullt utförd så väntetiden förväntas bli c:a 3 mån.

Då Per har en grav oligozoospermi bör kromosom analys utföras.

Den visar en mindre deletion på Y-kromosomen. Preparation inför provrörsbefrukning visar lågt antal rörliga spermier efter såkallad "swim up".

Emma bör genomgå rutinmässig kavitetsundersökning av livmodern (alternativt högkvalitativt ultraljud i follikelfas utföras) men det är inte fel att avstå från kontrastundersökning av äggledarna då IVF med ICSI, intracytoplasmal spermieinjektion är planerad.

Man bör avvakta med behandling c:a ett halvår efter att Emmas värden på TSH och T4 normaliserats.

Pers kromosom avvikelse kan innebära att hans son ärver svårigheten att få barn i övrigt känner man inte till några risker med avvikelsen. När det gäller IVF generellt finns alltid en risk (c:a 5-8 %) för OHSS, överstimulering vid äggstocksstimuleringen av Emma och när det gäller barnet en ökad risk för födsel före fullgången tid. När det gäller ICSI behandlingen har den kopplats till lättare missbildningar av typen hypospadi. Detta bedöms dock ej orsakat av metoden som sådan utan av genetisk belastning hos den manliga parten.

Obstetrik

Fråga 6

Sida 1 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-para med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Vad gör Du? (2p)

Kod/Namn=

2 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-påra med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och är ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Vilken diagnos måste uteslutas? (1p)

3 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-para med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

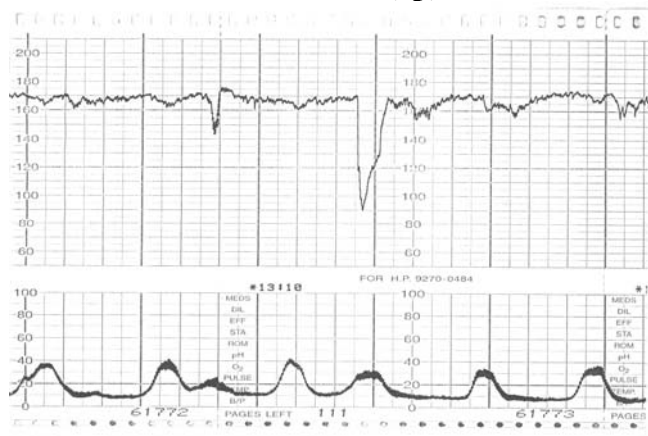
Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Ablatio placentae.

Efter 40 minuter blir Du tillkallad av barnmorskan då hon oroar sig över att CTG har ändrat karaktär. När Du kommer in på förlossningsrummet ser Du att Sofia ser mera allmänt påverkad ut och klagar över smärtor i buken. Barnmorskan berättar att hon sett rent blod på bindan.

Hur tolkar Du detta CTG? (2p)



Vilka åtgärder vidtar Du? (1p)

Kod/Namn=

4 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-på med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Ablatio placentae.

Efter 40 minuter blir Du tillkallad av barnmorskan då hon oroar sig över att CTG har ändrat karaktär. När Du kommer in på förlossningsrummet ser Du att Sofia ser mera allmänt påverkad ut och klagar över smärtor i buken. Barnmorskan berättar att hon sett rent blod på bindan.

CTG visar tachycardi, nedsatt variabilitet och decelerationer. Gör yttre och inre palpation. Tar skalp PH eller laktat.

Vid den yttre palpationen känns inga segment utifrån. Vaginalundersökning: Cervix utplånad, modermunnen öppen för 9 cm. Föregående fosterdel huvud nedom spine. Blodigt fostervatten rinner. Ph 7,16 (laktat 5,0). Du palperar buken som nu är hård och ömmande. Uterus slappar ej mellan värkarna.

Vad gör Du nu? (1p)

5 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-para med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Ablatio placentae.

Efter 40 minuter blir Du tillkallad av barnmorskan då hon oroar sig över att CTG har ändrat karaktär. När Du kommer in på förlossningsrummet ser Du att Sofia ser mera allmänt påverkad ut och klagar över smärtor i buken. Barnmorskan berättar att hon sett rent blod på bindan.

CTG visar tachycardi, nedsatt variabilitet och decelerationer. Gör yttre och inre palpation. Tar skalp PH eller laktat.

Vid den yttre palpationen känns inga segment utifrån. Vaginalundersökning: Cervix utplånad, modermunnen öppen för 9 cm. Föregående fosterdel huvud nedom spine. Blodigt fostervatten rinner. Ph 7,16 (laktat 5,0). Du palperar buken som nu är hård och ömmande. Uterus slappar ej mellan värkarna.

Vill avsluta förlossningen. Då cervixstatus är gynnsam beslutas om att förlösa med sugklocka.

Efter tre dragningar med sugklocka framskaffas barnet som initialt är något taget men hämtar sig snabbt. Placenta kommer strax efter att barnet är ute. Vid inspektion av placenta ser Du ett handstort koagel i ena kanten som talar för att det föreläggat en placenta avlossning. När Du är på väg därifrån kommer barnmorskan springande och säger att patienten har börjat blöda kraftigt.

Vilka orsaker till post partum blödning bör Du ha i åtanke när Du undersöker patienten? (2p)

Kod/Namn=

6 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-på med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Foster vattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Ablatio placentae.

Efter 40 minuter blir Du tillkallad av barnmorskan då hon oroar sig över att CTG har ändrat karaktär. När Du kommer in på förlossningsrummet ser Du att Sofia ser mera allmänt påverkad ut och klagar över smärtor i buken. Barnmorskan berättar att hon sett rent blod på bindan.

CTG visar tachycardi, nedsatt variabilitet och decelerationer. Gör yttre och inre palpation. Tar skalp PH eller laktat.

Vid den yttre palpationen känns inga segment utifrån. Vaginalundersökning: Cervix utplånad, modermunnen öppen för 9 cm. Föregående fosterdel huvud nedom spine. Blodigt fostervatten rinner. Ph 7,16 (laktat 5,0). Du palperar buken som nu är hård och ömmande. Uterus slappar ej mellan värkarna.

Vill avsluta förlossningen. Då cervixstatus är gynnsam beslutas om att förlösa med sugklocka.

Efter tre dragningar med sugklocka framskaffas barnet som initialt är något taget men hämtar sig snabbt. Placenta kommer strax efter att barnet är ute. Vid inspektion av placenta ser Du ett handstort koagel i ena kanten som talar för att det förelegat en placenta avlossning. När Du är på väg därifrån kommer barnmorskan springande och säger att patienten har börjat blöda kraftigt.

Uterus atoni. Ruptur av cervix, vagina eller perineum. Koagulationsrubbning hos mamman (med tanke på ablatio att hon redan blött en del).

Du bedömer placenta fullständig och misstänker att det föreligger en uterus atoni.

Vilka åtgärder vidtager Du? (1p)

7 (7)

Sofia, 37 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin sambo p g a värkar. Hon är II-gravida, I-på med PN -03. Tidigare frisk. Nu gravid i grav.vecka 37 + 0. Värkarna har pågått i en timma och hela tiden ökat i styrka och kommer nu allt tätare. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Sofia tycker att det gör ont hela tiden.

Bedöma AT, sätta infartskanyl, kontrollera fosterljud, palpera buken och konstatera fosterläge, speculumundersökning, ultraljud för att kontrollera placentaläget, CTG.

Du bedömer att Sofia är cirkulatoriskt stabil. Med ultraljud ser Du ett foster med god hjärtaktivitet (150 slag/min). Vid palpation ömmar Sofia till höger i buken som är mjuk mellan värkarna. Föregående fosterdel huvud i bäckeningången. Placenta sitter i fundus och ej föreliggande. Rikligt med blodblandat fostervatten ses vid speculumundersökningen. CTG normalt.

Ablatio placentae.

Efter 40 minuter blir Du tillkallad av barnmorskan då hon oroar sig över att CTG har ändrat karaktär. När Du kommer in på förlossningsrummet ser Du att Sofia ser mera allmänt påverkad ut och klagar över smärtor i buken. Barnmorskan berättar att hon sett rent blod på bindan.

CTG visar tachycardi, nedsatt variabilitet och decelerationer. Gör yttre och inre palpation. Tar skalp PH eller laktat.

Vid den yttre palpationen känns inga segment utifrån. Vaginalundersökning: Cervix utplånad, modermunnen öppen för 9 cm. Föregående fosterdel huvud nedom spine. Blodigt fostervatten rinner. Ph 7,16 (laktat 5,0). Du palperar buken som nu är hård och ömmande. Uterus slappar ej mellan värkarna.

Vill avsluta förlossningen. Då cervixstatus är gynnsam beslutas om att förlösa med sugklocka.

Efter tre dragningar med sugklocka framskaffas barnet som initialt är något taget men hämtar sig snabbt. Placenta kommer strax efter att barnet är ute. Vid inspektion av placenta ser Du ett handstort koagel i ena kanten som talar för att det förelegat en placenta avlossning. När Du är på väg därifrån kommer barnmorskan springande och säger att patienten har börjat blöda kraftigt.

Uterus atoni. Ruptur av cervix, vagina eller perineum. Koagulationsrubbning hos mamman (med tanke på ablatio att hon redan blött en del).

Du bedömer placenta fullständig och misstänker att det föreligger en uterus atoni.

Aortakompression, uterus massage, förstärkt oxytocin dropp.

Obstetrik

Fråga 7

Sida 1 (6)

En 26-årig I-gravida i vecka 27 intas på förlossningsavdelningen med intervallsmärtor i buken. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar vart 10:de minut. Fosterkurvan är normal.

Vilka undersökningar vill du göra för att avgöra om det föreligger hotande prematur förlossning? (2p)

Kod/Namn=

2 (6)

En 26-årig kvinna i graviditetsvecka 27 som har intervallsmärtor i buken intas på förlossningsavdelningen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar varje 10:de minut. Fosterkurvan är normal.

Vid speculumundersökning ser du inget fostervatten i vagina. Cervix palperas mjuk, kort, men sluten. Ultraljudsmässigt mäts cervix till 1 cm.

Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka? (2p)

Kod/Namn=

3 (6)

En 26-årig kvinna i graviditetsvecka 27 som har intervallsmärtor i buken intas på förlossningsavdelningen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar vart 10:de minut. Fosterkurvan är normal. Vid speculumundersökning ser du inget fostervatten i vagina. Cervix palperas mjuk, kort, men sluten. Ultraljudsmässigt mäts cervix till 1 cm.

Kvinnans temperatur är 38°C. CRP = 45 mg/L. Du tar odlingsprov för Grupp B streptokocker från vagina. Du antar patienten har chorioamnionit.

Vad talar för och vad talar emot att försöka få värkarna att upphöra? (2p)

4 (6)

En 26-årig kvinna i graviditetsvecka 27 som har intervallsmärtor i buken intas på förlossningsavdelningen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar vart 10:de minut. Fosterkurvan är normal. Vid speculumundersökning ser du inget fostervatten i vagina. Cervix palperas mjuk, kort, men sluten. Ultraljudsmässigt mäts cervix till 1 cm. Kvinnans temperatur är 38°C. CRP = 45 mg/L. Du tar odlingsprov för Grupp B streptokocker från vagina. Du antar att patienten har chorioamnionit

Talar för: om förlossningen kan utsättas vinner man tid och kan uppnå bättre lungmognad innan barnet föds.

Talar emot: fostret riskerar få hjärnskada (periventrikulär leukomalaci) om det ligger kvar i uterus vid chorioamnionit

Hur vill du behandla patienten och varför? (2p)

5 (6)

En 26-årig kvinna i graviditetsvecka 27 som har intervallsmärtor i buken intas på förlossningsavdelningen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar vart 10:de minut. Fosterkurvan är normal. Vid speculumundersökning ser du inget fostervatten i vagina. Cervix palperas mjuk, kort, men sluten. Ultraljudsmässigt mäts cervix till 1 cm. Kvinnans temperatur är 38°C. CRP = 45 mg/L. Du tar odlingsprov för Grupp B streptokocker från vagina. Du antar att patienten har chorioamnionit. Du bedömer att risken för omogna lungor överväger.

Du ordinerar kortison-injektioner för att påskynda lundmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att stanna värkarna. Antibiotika ges för att minska risken för barnet att få GBS-sepsis efter eventuell vaginal förlossning om modern är koloniserad.

Trots dina ansträngningar fortskrider förlossningen och cervix öppnar sig. Vid förnyad undersökning upptäcker barnmorskan att fostret ligger i sätesbjudning och cervix är 5 cm.

Vad vill du göra nu? (2p)

6 (6)

En 26-årig kvinna i graviditetsvecka 27 som har intervallsmärtor i buken intas på förlossningsavdelningen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. CTG-kurvans utseende tyder på sammandragningar vart 10:de minut. Fosterkurvan är normal. Vid speculumundersökning ser du inget fostervatten i vagina. Cervix palperas mjuk, kort, men sluten. Ultraljudsmässigt mäts cervix till 1 cm. Kvinnans temperatur är 38°C. CRP = 45 mg/L. Du tar odlingsprov för Grupp B streptokocker från vagina. Du antar att patienten har korioamnionit. Du bedömer att risken för omogna lungor överväger. Du ordinerar kortisoninjektioner för att påskynda lungmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att stanna värkarna. Antibiotika ges för att minska risken för barnet att få GBS-sepsis efter eventuell vaginal förlossning om modern är koloniserad.

Du gör akut kejsarsnitt

Kod/Namn=

Obstetrik

Fråga 8

Obstetrik

Sida 1 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec[®] (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

Vilken viktig information vill Du ge patienten i samband med hennes besök? (1p)

Vill Du utreda denna patient inför eventuell kommande graviditet? I så fall hur? (2p)

2 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec[®] (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos. lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Föranleder resultaten av provtagningen för c:a tre månader sedan någon åtgärd? I så fall vilken? (1p)

3 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras (kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos. lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Hur vill Du mot bakgrund av den information Du nu har fortsättningsvis övervaka denna graviditet? (1p)

4 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos. lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan vecka från grav.vecka 20). Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK 0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Hur blir Din fortsatta handläggning? (1p)

Kod/Namn=

5 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos.lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer AA till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan v. från grav.vecka 20). Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28.. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK 0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Nytt u-ljud efter två v. beroende på obstetrisk anamnes och antifosfolipidsyndrom.

U-ljud i grav. v. 30 visar viktdeviation på -29 %, AFI 65, Doppler BFK0, CTG u.a. BT 145/95, urinsticka visar protein 2+. Pat uppvisar inga subjektiva preeklampsisymtom.

Vilken/vilka åtgärder vidtar Du nu? (2p)

6 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos. lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan v. från grav.vecka 20). Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28.. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Nytt u-ljud efter två v. beroende på obstetrisk anamnes och antifosfolipidsyndrom.

U-ljud i grav v. 30 visar viktdeviation på -29 %, AFI 65, Doppler BFK0, CTG u.a. BT 145/95, urinsticka visar protein 2+. Pat uppvisar inga subjektiva preeklampsisymtom.

Patienten inlägges eftersom hon uppfyller kriterierna för PE diagnosen. Dessutom förefaller nu fostertillväxten ha påverkats. Du kontrollerar leverenzym, njurprover, Hb koagulationsprover (i 1:a hand trombocyter) samt albuminutsöndring över dygnet. Täta kontroller av BT, fortsatt övervakning av fostret med CTG, AFI, Doppler. Överväg att ge steroider för induktion av fostrets lungmognad.

Under två veckors vistelse på avdelningen är patienten fortfarande asymtomatisk. BT har varierat mella 140-150/85-100. Proteinuri: 1.6 g-2.0 g/dygn. Övriga blodprover har ej nämnvärt förändrats under vårdtiden och var senast (grav.längd 31+5 d.): ASAT 0.45 µkat/L (<0.60), ALAT 0.51µkat/L (<0.60), p-kreatinin 68 µmol/L (45-84), urat 435 µmol/L (155-350), Hb 108 g/L (115-145), trombocyter 125 10⁹/L (165-387). Övriga koagulationsprover u.a. CTG och AFI har vid upprepade mätningar varit normala. Senaste Doppler visade BFK1. P.g.a viktig familjeangelägenhet har patienten beviljats permission under 24 tim.då tillståndet har förefallit stabilt. När hon återkommer från permission vid grav. längd 32+4. klagar hon över tilltagande huvudvärk och lätt illamående. BT efter vila 180/115. Har en mycket livlig ankelreflex med antydd klonus. Urinsticka visar maximalt utslag för proteinuri.

Vad vill Du göra i detta läge? (1p)

Kod/Namn=

7 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos.lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan v. från grav.vecka 20). Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28.. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Nytt u-ljud efter två v. beroende på obstetrisk anamnes och antifosfolipidsyndrom.

U-ljud i grav v. 30 visar viktdeviation på -29 %, AFI 65, Doppler BFK0, CTG u.a. BT 145/95, urinsticka visar protein 2+. Pat uppvisar inga subjektiva preeklampsisymtom.

Patienten inlägges eftersom hon uppfyller kriterierna för PE diagnosen. Dessutom förefaller nu fostertillväxten ha påverkats. Du kontrollerar leverenzym, njurprover, Hb koagulationsprover (i 1:a hand trombocyter) samt albuminutsöndring över dygnet. Täta kontroller av BT, fortsatt övervakning av fostret med CTG, AFI, Doppler. Överväg att ge steroider för induktion av fostrets lungmognad.

Under två veckors vistelse på avdelningen är patienten fortfarande asymtomatisk. BT har varierat mella 140-150/85-100. Proteinuri: 1.6 g-2.0 g/dygn. Övriga blodprover har ej nämnvärt förändrats under vårdtiden och var senast (grav.längd 31+5 d.): ASAT 0.45 µkat/L (<0.60), ALAT 0.51µkat/L (<0.60), p-kreatinin 68 µmol/L (45-84), urat 435 µmol/L (155-350), Hb 108 g/L (115-145), trombocyter 125 10⁹/L (165-387). Övriga koagulationsprover u.a. CTG och AFI har vid upprepade mätningar varit normala. Senaste Doppler visade BFK1.

P.g.a viktig familjeangelägenhet har patienten beviljats permission under 24 tim.då tillståndet har förefallit stabilt. När hon återkommer från permission vid grav. längd 32+4. klagar hon över tilltagande huvudvärk och lätt illamående. BT efter vila 180/115. Har en mycket livlig ankelreflex med antydd klonus. Urinsticka visar maximalt utslag för proteinuri.

Sänk Blodtryck (Nepresol eller kalciumhämmare förslagsvis). Beslutas om förlossning ffa på maternell indikation (svår PE) med sectio eftersom hon är kejsar snittad tidigare och ej fött vaginalt tidigare. Kontrollera koagulationsstatus preoperativt. Bör ha magnesiumsulfatinfusion som krampprofylax.

8 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret). Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos.lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan v. från grav.vecka 20). Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28.. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Nytt u-ljud efter två v. beroende på obstetrisk anamnes och antifosfolipidsyndrom.

U-ljud i grav v. 30 visar viktdeviation på -29 %, AFI 65, Doppler BFK0, CTG u.a. BT 145/95, urinsticka visar protein 2+. Pat uppvisar inga subjektiva preeklampsisymtom.

Patienten inlägges eftersom hon uppfyller kriterierna för PE diagnosen. Dessutom förefaller nu fostertillväxten ha påverkats. Du kontrollerar leverenzym, njurprover, Hb koagulationsprover (i 1:a hand trombocyter) samt albuminutsöndring över dygnet. Täta kontroller av BT, fortsatt övervakning av fostret med CTG, AFI, Doppler. Överväg att ge steroider för induktion av fostrets lungmognad.

Under två veckors vistelse på avdelningen är patienten fortfarande asymtomatisk. BT har varierat mella 140-150/85-100. Proteinuri: 1.6 g-2.0 g/dygn. Övriga blodprover har ej nämnvärt förändrats under vårdtiden och var senast (grav.längd 31+5 d.): ASAT 0.45 µkat/L (<0.60), ALAT 0.51µkat/L (<0.60), p-kreatinin 68 µmol/L (45-84), urat 435 µmol/L (155-350), Hb 108 g/L (115-145), trombocyter 125 10⁹/L (165-387). Övriga koagulationsprover u.a. CTG och AFI har vid upprepade mätningar varit normala. Senaste Doppler visade BFK1.

P.g.a viktig familjeangelägenhet har patienten beviljats permission under 24 tim.då tillståndet har förefallit stabilt. När hon återkommer från permission vid grav. längd 32+4. klagar hon över tilltagande huvudvärk och lätt illamående. BT efter vila 180/115. Har en mycket livlig ankelreflex med antydd klonus. Urinsticka visar maximalt utslag för proteinuri.

Operation och postop. Förlopp u.a. Barnet mår bra från början och vägde 1 450 g (32+4 d) återkommer till Dig efter tre veckor. BT sänkande behandling utsatt före hemgång. Vid återbesök. är BT 130/70. Mår utmärkt.

Pat. undrar om sin egen och barnets framtida hälsa kan påverkas. Vad gäller ? (1p)

9 (9)

Anna Panna är 35 år III gravida, I-para med sectio v.26 pga. svår preeklampsi 1998. Barnet vägde 650 gram. Två spontana missfall 2001 och 2003 i grav. vecka 9 resp.12. Kommer till Dig på spec. MVC för rådgivning inför ny graviditet. P.g.a hypertoni sedan två år behandlas hon f.n. med Renitec® (ACE-hämmare). Uppger sig vara frisk i övrigt.

ACE hämmare utsättes vid besked om graviditet (ger oligo/anuri hos fostret).

Tidig och svår PE samt 2 spontana aborter leder tanken till ett misstänkt antifosfolipidsyndrom. Därför bör kardiolipin antikroppar samt lupusantikoagulans kontrolleras. Pga underliggande kronisk hypertoni bör även njurfunktionen kontrolleras(kreatinin, urea, urat, albuminutsöndring). Pat. uppmanas kontakta spec. MVC vid bekräftad graviditet

Utredning visar pos.lupusantikoagulans samt en måttlig stegring av IgG mot kardiolipin. Njurfunktion u.a. Utsöndrar ej albumin. Tre månader senare ringer Anna Panna till spec. MVC och berättar att hon är gravid i v. 10+2 och att hon har satt ut Renitec. Hon får en tid till Dig 2 v. senare. Vid detta besök mår patienten litet illa men i.ö. väl. BT vid besöket hos Dig 135/80.

Ja, hon har en svår och tidig PE i anamnesen samt Ak mot kardiolipin och lupusantikoagulans och således sannolikt ett antifosfolipidsyndrom och skall därför behandlas med Heparin/lågmolekylärt heparin i komb. med ASA 50-100 mg dagl.

Regelbundna kontroller av BT och urin(cirka varannan v. från grav.vecka 20).

Fosterviktuppskattning med u-ljud v. 28-32. Ev. uterinartärdoppler v.20-24.

Anna Panna återkommer till Dig i v.28.. Hon mår subjektivt väl. Hennes BT har varit normalt hittills under graviditeten och är idag 140/85. Urinsticka visar spår av proteinuri. Ultraljud visar viktdeviation på -20 %. AFI 70 mm, Doppler visar BFK0. CTG svårbedömt pga livligt foster.

Nytt u-ljud efter två v. beroende på obstetrisk anamnes och antifosfolipidsyndrom.

U-ljud i grav v. 30 visar viktdeviation på -29 %, AFI 65, Doppler BFK0, CTG u.a. BT 145/95, urinsticka visar protein 2+. Pat uppvisar inga subjektiva preeklampsisymtom.

Patienten inlägges eftersom hon uppfyller kriterierna för PE diagnosen. Dessutom förefaller nu fostertillväxten ha påverkats. Du kontrollerar leverenzym, njurprover, Hb koagulationsprover (i 1:a hand trombocyter) samt albuminutsöndring över dygnet. Täta kontroller av BT, fortsatt övervakning av fostret med CTG, AFI, Doppler. Överväg att ge steroider för induktion av fostrets lungmognad.

Under två veckors vistelse på avdelningen är patienten fortfarande asymtomatisk. BT har varierat mella 140-150/85-100. Proteinuri: 1.6 g-2.0 g/dygn. Övriga blodprover har ej nämnvärt förändrats under vårdtiden och var senast (grav.längd 31+5 d.): ASAT 0.45 µkat/L (<0.60), ALAT 0.51µkat/L (<0.60), p-kreatinin 68 µmol/L (45-84), urat 435 µmol/L (155-350), Hb 108 g/L (115-145), trombocyter 125 10⁹/L (165-387). Övriga koagulationsprover u.a. CTG och AFI har vid upprepade mätningar varit normala. Senaste Doppler visade BFK1.

P.g.a viktig familjeangelägenhet har patienten beviljats permission under 24 tim.då tillståndet har förefallit stabilt. När hon återkommer från permission vid grav. längd 32+4. klagar hon över tilltagande huvudvärk och lätt illamående. BT efter vila 180/115. Har en mycket livlig ankelreflex med antydd klonus. Urinsticka visar maximalt utslag för proteinuri.

Operation och postop. Förlopp u.a. Barnet mår bra från början och vägde 1 450 g (32+4 d) återkommer till Dig efter tre veckor. BT sänkande behandling utsatt före hemgång. Vid återbesök. är BT 130/70. Mår utmärkt.

Anna Panna själv löper en ökad risk för kardiovaskulär sjd. senare i livet och bör därför kontrollera sitt BT någon gång per år. Barnet som föddes tillväxthämmat löper risk för en påverkad psykomotorisk utveckling samt senare i livet ökad risk för typ 2 diabetes, hyperlipidemi, hypertoni (metabolt syndrom)

Statistik

Fråga 9

Sida 1 (5)

Två stora kliniska studier angående risker och fördelar med hormonbehandling i klimakteriet har de senaste åren rönt stor uppmärksamhet, nämligen ”WHI (Women’s Health Initiative)”, som är en randomiserad kontrollerad studie (RCT) och ”Million Women Study (MWS)”, som är en observationsstudie (i detta fall kohortstudie). Det finns vissa principiella skillnader mellan dessa två sorters kliniska studier.

Hur avgörs om patienterna skall erhålla aktiv behandling (eller placebo) i dessa två typer av studier? (2p)

Vilken av studierna tror du innebär mest etiska problem? Varför? (2p)

2 (5)

Två stora kliniska studier angående risker och fördelar med hormonbehandling i klimakteriet har de senaste åren rönt stor uppmärksamhet, nämligen ”WHI (Women’s Health Initiative)”, som är en randomiserad kontrollerad studie (RCT) och ”Million Women Study (MWS)”, som är en observationsstudie (i detta fall kohortstudie). Det finns vissa principiella skillnader mellan dessa två sorters kliniska studier.

Vid en randomiserad kontrollerad studie (RCT) lottas patienterna slumpvis till aktiv behandling (eller placebo). I en kohortstudie avgör patienterna själva om de skall ha aktiv behandling. Randomiseringsförfarandet vid en RCT (ex WHI) innebär ju ett etiskt problem eftersom behandlingen med HRT förmodas ha betydelse för patienternas hälsa och sjukdomsrisk. Eftersom patienterna själva avgör om de skall behandla eller ej vid observationsstudier föreligger ju inget etiskt problem.

Fortsätt till nästa sida!

3 (5)

Nedan ser du en sammanställning av risk-ratios (RR) och 95% konfidensintervall (CI) från den del av WHI studien som avsåg kombinerad behandling med östrogen och gestagen. Från början presenterades de (nominala) konfidensintervall som du ser i den vänstra kolumnen. Senare presenterades även de justerade (adjusted) konfidensintervallen som du ser till höger. Dessa är vidare och anledningen är att man vill kompensera för att man gjort multipla jämförelser.

Health event	RR (nominal CI)	(Adjusted CI)
● CHD:	1.29 (1.02-1.63)	● (0.85-1.97)
● Breast cancer:	1.26 (1.00-1.59)	● (0.83-1.92)
● Stroke:	1.41 (1.07-1.85)	● (0.86-2.31)
● VTE:	2.11 (1.58-2.82)	● (1.26-3.55)
● Colon cancer:	0.63 (0.43-0.92)	● (0.32-1.24)
● Hip fracture:	0.66 (0.45-0.98)	● (0.33-1.33)
● Total fractures:	0.76 (0.69-0.85)	● (0.63-0.92)
● Total cancer:	1.03 (0.90-1.17)	
● Total mortality:	0.98 (0.82-1.18)	
● Global index:	1.15 (1.03-1.28)	

2:1 Hur kan du med hjälp av konfidensintervallen avgöra om det finns en signifikant riskökning eller riskminskning (på 95 % sannolikhetsnivå)? (1p)

2:2 Vilka slutsatser om risker/fördelar kan man dra av data i den vänstra kolumnen? (2p)

2:3 Vilka slutsatser om risker/fördelar kan man dra av data i den högra kolumnen? (2p)

4 (5)

Två stora kliniska studier angående risker och fördelar med hormonbehandling i klimakteriet har de senaste åren rönt stor uppmärksamhet, nämligen ”WHI (Women’s Health Initiative)”, som är en randomiserad kontrollerad studie (RCT) och ”Million Women Study (MWS)”, som är en observationsstudie (i detta fall kohortstudie). Det finns vissa principiella skillnader mellan dessa två sorters kliniska studier.

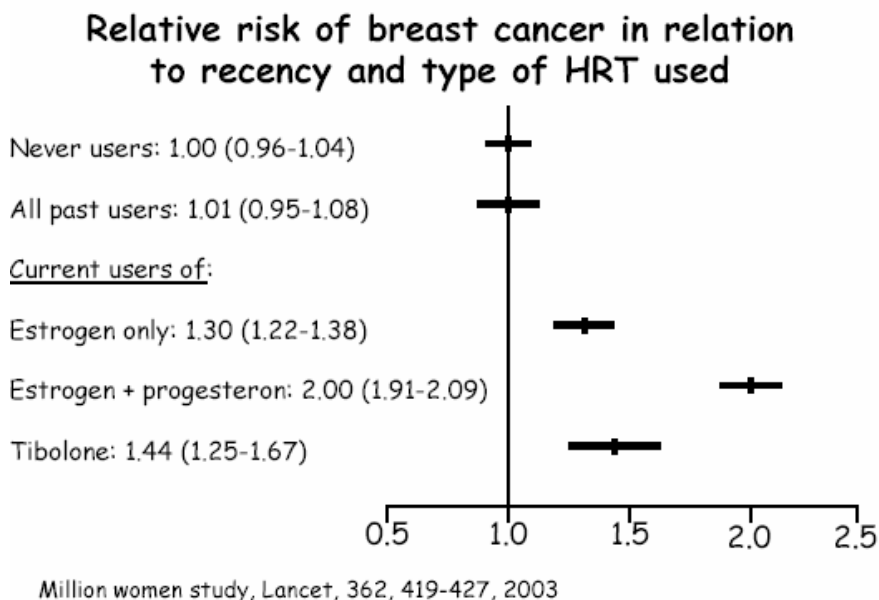
Vid en randomiserad kontrollerad studie (RCT) lottas patienterna slumpvis till aktiv behandling (eller placebo). I en kohortstudie avgör patienterna själva om de skall ha aktiv behandling. Randomiseringsförfarandet vid en RCT (ex WHI) innebär ju ett etiskt problem eftersom behandlingen med HRT förmodas ha betydelse för patienternas hälsa och sjukdomsrisk. Eftersom patienterna själva avgör om de skall behandla eller ej vid observationsstudier föreligger ju inget etiskt problem.

Konfidensintervallet får inte innefatta '1' för att skillnaden skall vara signifikant.

Om man använder de nominala konfidensintervallen medför kombinerad behandling med östrogen och gestagen ökad risk för: CHD (koronarsjukdom), stroke och VTE (venös tromboembolism), samt minskad risk för coloncancer, höft- och totala frakturer. Globalt index visar också ökad risk.

Om man justerar (breddar) konfidensintervallen kvarstår endast ökad risk för VTE och minskad risk för totala frakturer.

Nedan ser du en presentation av resultat från Million Women study (MWS):



3:1 Med anledning av dessa resultat skrev Organons medicinske chef ett brev till Sveriges alla gynekologer och hävdade att vi borde överväga att skriva ut Tibolon istället för kombinerade preparat med östrogen och gestagen, som visat sig öka risken för bröstcancer. Håller du med honom eller inte? Motivera! (1p)

5 (5)

Bortsett från att det finns mycket allmän kritik mot Million Women Study (MWS), så ser man ju att även Tibolon ger ökad risk för bröstcancer, låt vara att den är mindre än för kombinationsbehandling med östrogen och gestagen. Därför bör man vara kritisk mot brevets innehåll.

