Nummer:

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

Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2016

Skrivningstid 10.00-15.00

OBS! Disponera er tid! Skrivningstiden kommer inte förlängas.
Endast kortsvar krävs.

Maxpoäng 120

Lycka till!

Nummer:

Fråga 1

Emma 38 år kommer till dig på kvinnoklinikens mottagning då cytologprov i screeningen visat lätt skivepitelatypi.

a) Vad vill du fråga Emma om vid besöket med tanke på provsvaret? (2p)

Svar: Sexualanamnes- antal partners, rökning, p-pillerbruk, ärftlighet.

b) Beskriv två handläggningsalternativ i Emmas fall. (2p)

Svar: Kolposkopi direkt eller först test för HPV då Emma är >35 år, om negativt HPV-test kan kolposkopi avstås men nytt prov tas om ett år.

c) Hur ofta och under vilket åldersspann screenas man för cervixcancer i Sverige? (2p)

Svar: Alla kvinnor 23-49 år vart 3:e år. Alla kvinnor 51-64 år vart 7:e år.

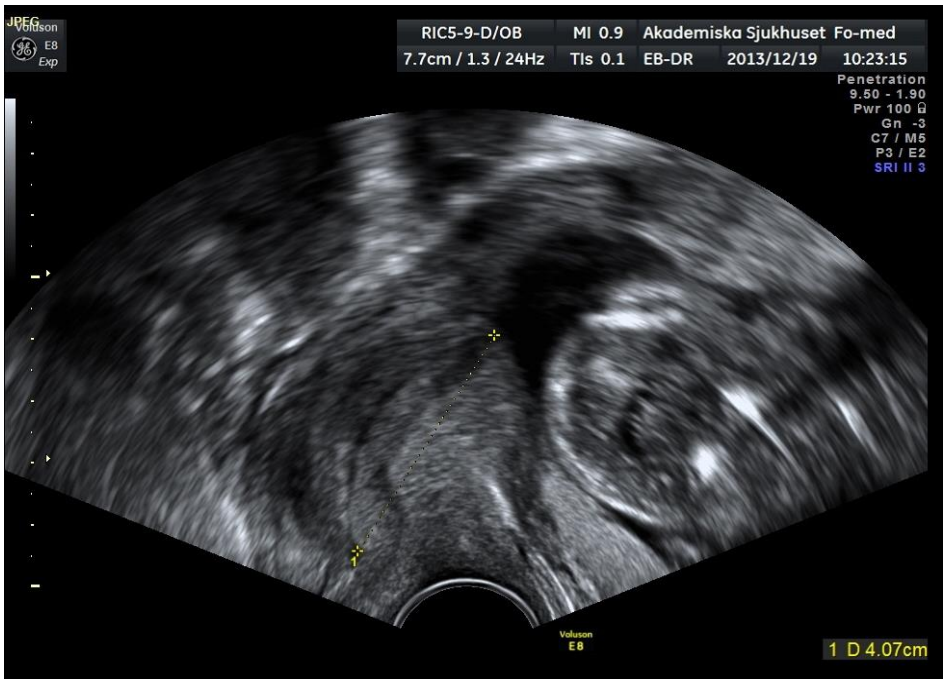
d) WHO har utarbetat kriterier för att man ska starta ett screeningprogram för en sjukdom. Ange 4 av dessa kriterier. (4p)

Svar: Sjukdomen skall vara vanlig och en börda för individ och samhälle, även ekonomiskt.
Förloppet från latent till klinisk sjukdom ska vara känt.
Det skall finnas en säker och känslig undersökningsmetod.
Det skall finnas en verksam behandling.
Tidigt ställd diagnos och tidigt insatt behandling skall leda till bättre prognos.
Undersökningen skall vara accepterad av den befolkningsgrupp som skall undersökas och vara kostnadseffektiv.

Fråga 2
Maja är tidigare frisk och 20 år gammal. Hon väntar sina första barn, då första ultraljudet visade dichoriota tvillingar. Hon söker i graviditetsvecka 22 med misstänkta sammandragningar. Du bestämmer dig för att undersöka livmodertappen med ultraljud.

a) **Beskriv hur man bör utföra ultraljud för bedömning av cervixlängd. (3p)**
Bedöm ultraljudsbilderna. (2 p)

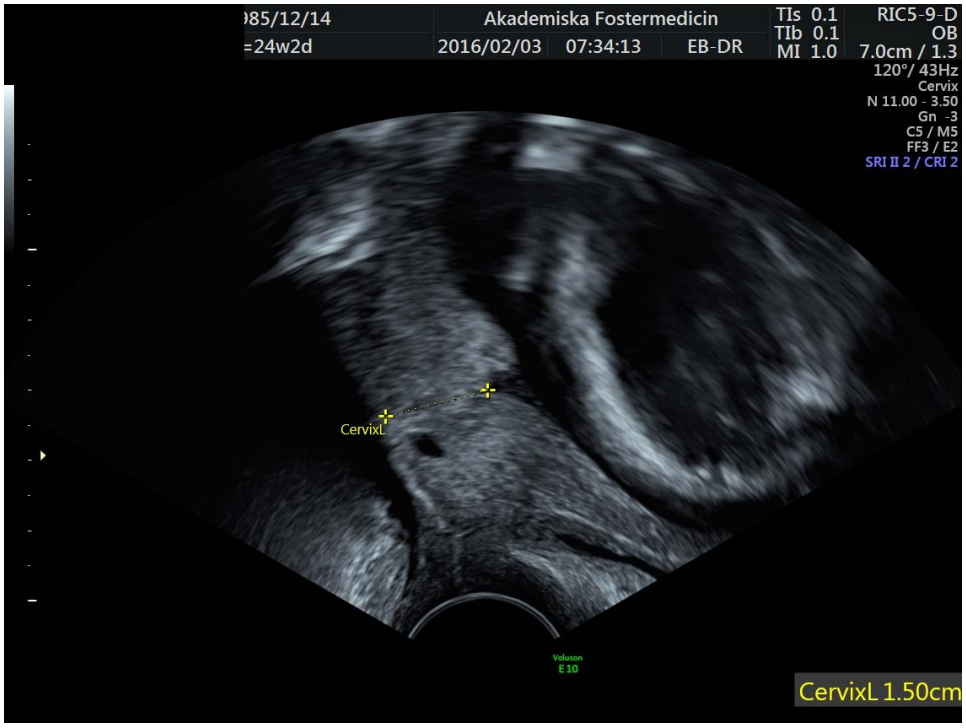
*Svar: Man utför helst ett vaginalt ultraljud (försiktighet vid misstänkt vattenavgång). Den gravida kvinnan skall ligga i **gynläge** för att få bra manövreringsmöjligheter med ultraljudsproben. **Urinblåsan skall vara tömd**. Cervix skall utfylla **75% av bilden**. Man skall i**nte trycka för hårt** med proben (cx skall vara lika bred på båda sidor om cx kanalen) utan istället backa något med proben när man har cx i bild. Mätningen skall utföras **fågelvägen** från den inre modermunnen till den yttre modermunnen. Man bör undersöka under några minuter och gärna under kontraktion eller krystning för att se om längden minskar. Man använder sedan den **kortaste** mätningen av minst 3 som referens.*



Bedömning bild 1

Svar: Normal cervixlängd > 25 mm.
Mätningen är utförd fågelvägen från inre modermunnen till yttre modermunnen.
(den endocervikala slemhinnan är väl synlig liksom cervixkanalen)

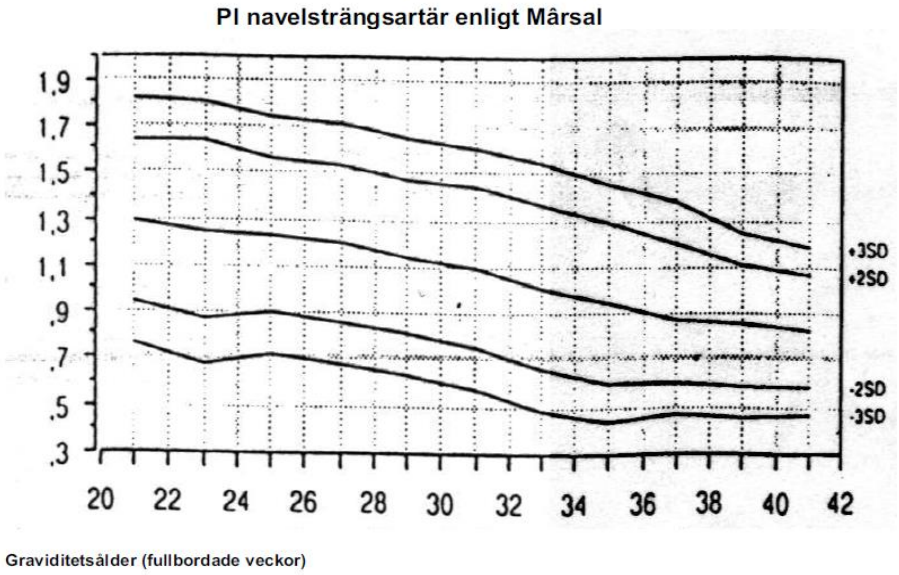
Nummer:

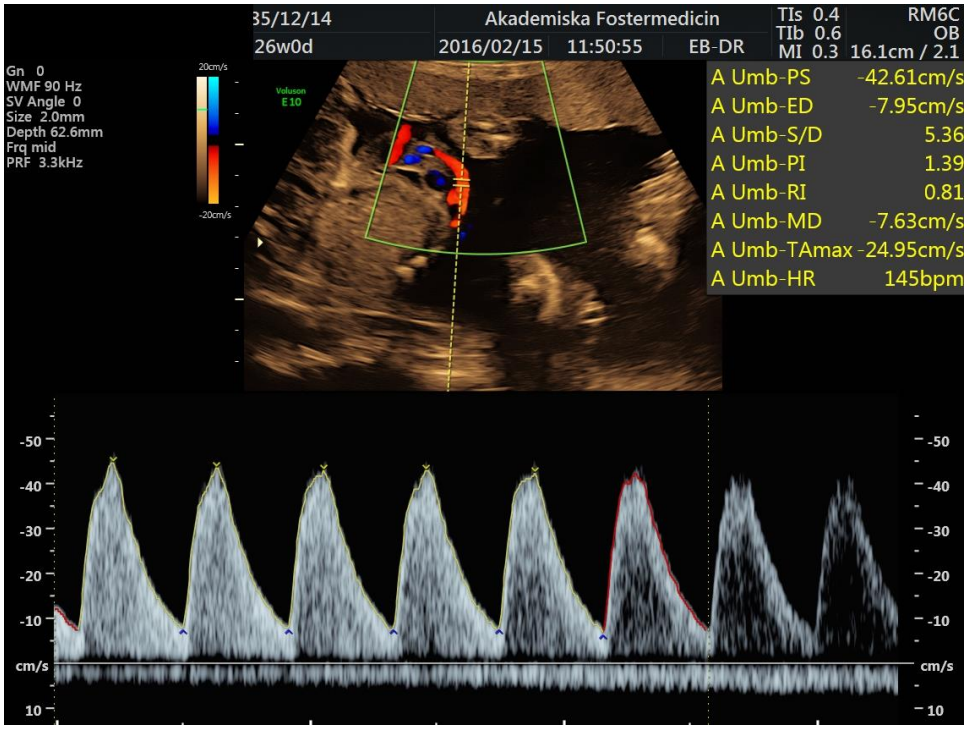


Bedömning bild 2

*<u>Svar</u>**:** Förkortad cervixlängd < 25 mm.*
(Cervixkanalen är inte lika väl synlig framför allt när mätningen är inlagd.)

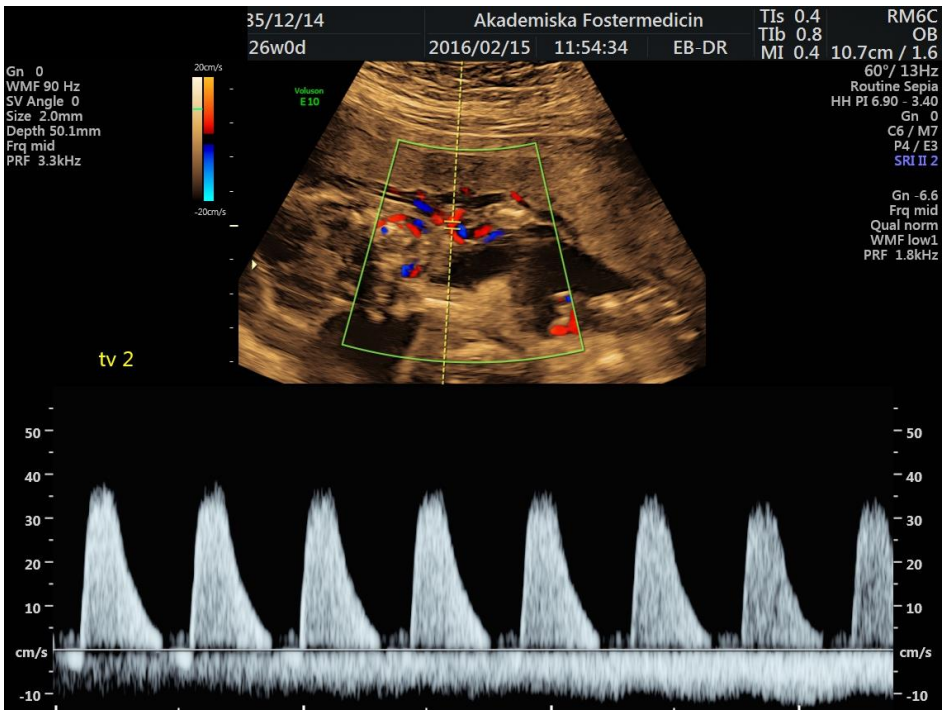
Maja är nu i graviditetsvecka 26 och har genomgått en tillväxtkontroll hos barnmorskan. Du får se dessa bilder från undersökningen. Använd bifogad kurva för bedömningen.





b) Hur tolkar du blodfödet i a umbilikalis på tvilling 1? (1 p)

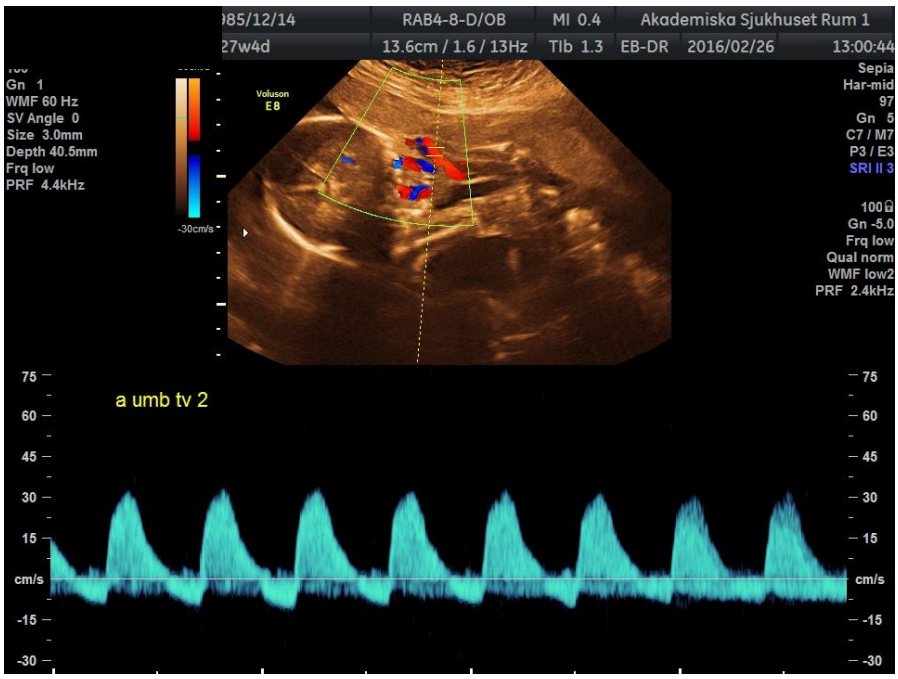
<u>Svar</u>: Detta är ett normalt blodflöde i graviditetsvecka 26. Värdet på pulsatilt index (PI) ligger under + 2 standarddeviationer.



c) Hur klassificerar du blodflödet i a umbilicalis hos tvilling 2? (1 p)

Det saknas helt blodflöde under diastole. Detta motsvarar ett klass 3A flöde i a umbilicalis.

Patienten erhåller Betapred och genomgår frekventa kontroller. Du finner vid senare kontroll detta blodflöde i a umbilicalis hos tvilling 2.



d) Hur benämner du detta blodflöde? (1p)

<u>Svar</u>: Blodflödet i navelsträngen backar under diastole. Detta kallas klass 3B flöde.

e) Vad är skillnaden mellan small for gestational age (SGA) och intrauterin tillväxthämning (IUGR- Intrauterine Growth Restriction)? (2p)

<u>Svar</u>: Small for gestational age, SGA beskriver att fostret/barnet har en vikt som ligger under en viss gräns i populationen. I Sverige oftast < - 2 SD. Internationellt oftast under 10e percentilen. Det räcker med en mätning för att ställa diagnosen. Intrauterin tillväxthämning indikerar att fostret inte uppnått sin tillväxtpotential. Någon enhetlig definition finns inte internationellt. Men det krävs mer än en mätning för att se hur tillväxten förändras över tid. Barnet/fostret ”följer inte sin kurva”. Praktiskt anser en del att ett litet barn/foster med blodflödesförändringar skall betraktas som tillväxthämmat.

Nummer:

Fråga 3

En 67-årig kvinna söker för klåda och sveda i underlivet sedan något år. Du ser följande:

a) Vad är den troligaste diagnosen? (2p)

Svar: (Erosiv) Lichen ruber planus, plasmacellsvulvit.

b)Vilka differentialdiagnoser har du ha i åtanke? (2p)

Svar: Vulvacancer, lichen sclerosus, herpes simplex.

c) Hur sätter du en säker diagnos? (1p)

Svar: Stansbiopsi

d) Kan det finnas någon annan manifestation någon annanstans på kroppen? Motivera. (2p)

Svar: Förändringar i munslemhinnan, rodnad eller vita stråk i kindslemhinnan eller gingivan. Hud, platta blåvioletta papler.

e) Beskriv hur du behandlar. (2p)

Svar: Potenta steroider lokalt (Dermovat) och ev Colifoam intravaginalt, nedtrappningsschema.

f) Vad finns det mer för behandlingar? (1p)

Svar: Retinoider, Cyklosporin A, Tacrolimus

Fråga 4

Ebba Larsson, en 20-årig läkarstudent söker på mottagningen på grund av rikliga menstruationer och preventivmedelsbehov. Ebba hade menarche som 14-åring och har regelbundna men rikliga menstruationer av typ 7/28-30. Som tur är har hon inte speciellt mycket mensvärk. De första dagarna behöver hon ha dubbla skydd och det händer att hon trots detta ”blöder igenom” nattetid. Hon har testat receptfritt Cyklo-F (tranexamsyra) som hjälper en del men blir dyrt och ger henne dålig mage. Hon är i övrigt fullt frisk och använder inga övriga mediciner. Såvitt hon vet finns inga sjukdomar i släkten och ingen har haft blodpropp.

Ebba är sedan några månader tillsammans med Pelle, en kurskompis, och de har använt kondom. Det fungerar rätt bra men behöver något mer effektivt preventivmedel. Du finner inget avvikande vid undersökningen och funderar på om inte hormonspiral eller kombinerade p-piller skulle kunna vara bra metoder för Ebba.

a) Vilken information ger du henne om effekter på hennes blödningar med dessa metoder? (3p)

Svar: Med kombinerade p-piller minskar blödningsmängden i genomsnitt med dryga 50 %. Med Qlaira upp till närmare 90 %. Blödningsmängden, och effektiviteten, kan ökas ytterligare om man använder det kontinuerligt, dvs inte gör regelbundna uppehåll utan enbart ett kort uppehåll (4 dagar) vid blödning. Med Mirena är den genomsnittliga blödningsmängden reducerad med ca 90 %. 25 % får amenorré (50 % efter 5-8 år) och det stora flertalet en avsevärd minskning av blödningsmängden. Med Jaydess är trenden densamma men färre (12-13%) får amenorré. Spottings vanligt under de första 3-4 månadernas användning.

Efter din noggranna information känner Ebba att hon gärna vill prova p-piller. Hon tror inte att hon ska ha några problem att komma ihåg att ta sina piller. Du ordnar ett recept och Ebba är nöjd.

Härefter träffar du din nästa patient, Sara. Hennes anamnes och historia är närmast helt identisk med Ebbas med ett undantag – hon är adopterad från Indien och har ingen kännedom om eventuell ärftlighet.

b) Påverkar detta din handläggning? (1p)

Svar: Nej – när vi inte känner till familjehistorien utgår vi från att den är ”blank”. Sara ska ha samma rådgivning som Ebba.

Nu tillbaka till Ebba

Det har nu blivit september. Ebba jobbade under sommaren på medicinmottagningen på det lokala sjukhuset. Hon hade i slutet av föregående termin läst om koagulation och tänkte att det skulle vara kul att testa om hon bar på några avvikelser. Hon bad sin kompis att ta prov för ”trombosutredning”. Svaret visade att hon var heterozygot bärare av faktor V Leidenmutationen. Hon känner ju till detta och blev så rädd att hon slutade med sina p-piller. Hon kommer nu för rådgivning.

c) Vad ger du henne för information? (1p)

Svar: Att vara heterozygot bärare av faktor V Leidenmutationen innebär en ca 4-8 gånger ökad DVT-risk. Detta gör att man, trots avsaknad av DVT-historia i familjen bör undvika förskrivning av kombinerade hormonella metoder.

d) Varför har vi valt att inte screena för dessa mutationer före förskrivning av p-piller? (2p)

Svar: Mutationen är mycket vanlig (ca 10% i Sverige) men en venös tromboembolism i samband med p-pilleranvändning är ovanligt och det prediktiva värdet för att med pos test kunna förutsäga risken för DVT är mkt lågt. Det absoluta flertalet med mutationen kommer inte att drabbas av tromboembolism. Det kan dessutom få konsekvenser i andra sammanhang, ex försäkringsfrågor.

När du gett information till Ebba undrar det om det är något mer du kan göra för henne. Hon berättar då att hon inte fått sin mens än. Den borde ha kommit för tio dagar sedan. Det har inte gått mer än knappa två veckor sedan hon slutade med sina p-piller och hon berättar att det hänt att hon missat ett piller vid några tillfällen. Graviditetstestet är positivt vilket Ebba känt på sig. Hon har redan funderat kring en eventuell abort och är

övertygad om att hon vill avbryta graviditeten, helst så snabbt som möjligt. Din nästa patient har uteblivit så ni ordnar med detta på en gång. Det blir så åter dags för preventivmedelsrådgivning.

e) Hur resonerar du avseende detta i Ebbas fall? Beskriv och motivera!(3p)

Svar: Ebba har som så många andra svårt att komma ihåg att ta sina piller. Därför är perorala metoder inget bra alternativ för henne. Hon bör inte använda kombinerad hormonell metod pga kontraindikation. Hon har menorragi och behöver hjälp med detta. Hormonspiral har hög effektivitet, minskar blödningsmängden och är ihop med kopparspiral (till kvinnor utan menorragi) och implantat ett betydlige bättre alt för kvinnor som gjort abort (färre upprepade aborter). Implantat kan vara ett alternativ men kanske inte i första hand med tanke på det lite mer svårförutsägbara blödningsmönstret.

Fråga 5

Lina 19 år kommer till dig på ungdomsmottagningen på grund av tilltagande problem med ytlig samlagssmärta.

a) Vad vill du fråga Lina för att ytterligare klarlägga problemet? (4p)

*Svar: När kommer smärtan, vid penetration, senare? Hur **karakteriseras smärtan**? Förvärrande faktorer? Hur länge har problemet funnits? **Sexualanamnes**, partners, debut? Alltid samma problem eller relaterat till partner? Har hon varit utsatt för **psykiskt eller fysiskt övergrepp**? Hur är hennes nuvarande relation om hon har någon? **Hygienvanor**? **Infektioner** med lokalbehandling? **Psykiska problem** såsom nedstämdhet och ångest? Tar hon läkemedel som kan påverka?*

Du har fått en klarare bild av situationen och ska undersöka Lina.

b) Vad är viktigt att tänka på vid gynekologisk undersökning av en patient med samlagssmärta? (2p)

Svar: Informera om vad du kommer göra och varför. Inte avbryta undersökningen när det är som smärtsammast då det kan förstärka kontraktionsreflexen, hjälp patienten att slappna av och avbryt sedan undersökningen.

Du summerar anamnes och undersökningsfynd för Lina. Ni kommer tillsammans fram till en strategi hur problemet ska hanteras. Innan Lina går vill hon passa på att fråga om hennes lillasyster som är 14 år skulle kunna komma till mottagningen eftersom hon är i behov av ett preventivmedel. Hon vill dock bara komma om hon kan lita på att deras föräldrar inte får veta någonting.

c) Hur ställer du dig till detta? Vad säger lagen? Resonera och motivera. (4p)

Svar: Alla sexuella handlingar med en person under 15 år är att klassa som våldtäkt enligt lagen men det finns inget hinder att skriva ut preventivmedel till någon under 15 år. Det är viktigt att göra en mognadsbedömning av personen vid besöket. Fråga vem hon har sex med och om det är frivilligt. Föräldrarna behöver inte informeras om detta om mognadsbedömning gjorts.

Fråga 6

Lisa är 36 år gammal och väntar sitt första barn. Hon kommer i graviditetsvecka 11 till dig, som arbetar som läkare inom mödrahälsovården. Lisa röker ca 20 cigaretter per dag och har gjort det sedan hon var 13 år gammal. Hennes BMI vid inskrivningen i tidig graviditet hos barnmorska var 38. Lisa klagar på smärta i längdryggen och sura uppstötningar samt illamående. Hon använder regelbundet diklofenak mot smärtan i ländryggen. Lisa vill bli sjukskriven då hon anser sig inte klara av sitt arbete som sanerare av toxiska ämnen inom byggbranschen.

a) Utifrån ovanstående anamnes, vilka medicinska riskfaktorer som har betydelse för hennes graviditet vill du ta upp med henne och varför (kortsvar i punktform)? (2p)

Svar: Rökning, ålder - fosterdiagnostik, övervikt, läkemedelsanvändning – både avseende fosterpåverkan samt orsak/förvärra illamående och sura uppstötningar, yrke sanerare.

b) Vilka anamnestiska och statusmässiga fynd är viktiga avseende prognosen för hennes ryggbesvär i framtiden? (2p)

Svar: Lumbalsmärta ofta kvar efter grav och symfysiolys försvinner oftast. SLR (straight leg raising test i liggande) kontra P4-test (posterior pelvic pain provocation test). Anamnestiskt hur länge smärtan funnits kan bidra till prognos. Högt BMI och rökning kan påverka prognosen.

c) Hur ställer du dig till sjukskrivning i detta läge och vilka faktorer avseende hennes arbetsmiljö behöver du ta hänsyn till? (3p)

Svar: Se http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/graviditetsrelateradrygg-ochba.

Arbetsgivarens ansvar att bedöma graden av exponering för potentiellt farliga ämnen och andra risker under graviditet. Det är inte tillåtet att arbeta med kemiska ämnen som påverkar den gravida kvinnans eller fostrets hälsa. Ta hjälp av arbets- och miljömedicin.

Lisa önskar diskutera fosterdiagnostik.

d) Vilka fosterdiagnostiska metoder kan vara aktuella för denna patient. (3p)

*Svar: KUB, NIPT, **RUL**, (AMC/CVB).*

Fråga 7

En 56-årig kvinna söker för tilltagande besvär av trängningsinkontinens. Hon får gå upp och kissa 3-4 gånger på natten.

a) Ange minst 4 orsaker till trängningar och trängningsinkontinens. (4p)

Svar: UVI, tumör, östrogenbrist, prolaps (cystocele), interstitiell cystit, främmande kropp (sten), polyuri.

b) Hur vill du utreda henne? (3p)

Svar: Gyn undersökning, cystoskopi, urinodling, urinsticka, resturin, miktionslista.

c) Om du inte hittar någon förklaring, vad finns det för behandlingar att erbjuda? Vad väljer du? Motivera. (3p)

Svar: Antikolinergika (Detrusitol, Tolterodin, Toviaz, Vesicare, Kentera, Ditropan)

Beta3-agonist (Betmiga)

Uroterapi

El-stimulering

Akupunktur

Botox

Fråga 8

Emma, 32 år, och hennes sambo Per, 34 år, kommer till dig på en planerad gynmottagning med problematiken ofrivillig barnlöshet. Emma har ett barn på 4 år från ett tidigare förhållande, men Per har inga barn och har såvitt han vet aldrig ”åstadkommit” en graviditet. Paret berättar att de har försökt att få barn under de senaste 1,5 åren, där Emma haft tre missfall. Nu är de desperata och har massa frågor och sätter stor tillit till din hjälp. De har läst en del på nätet och önskar främst IVF så att de snabbt kan få ett barn. Utifrån denna sparsamma information bedömer du att det rör sig om habituell abort av sekundär typ.

a) Hur definieras detta? (1p)

Svar: Tre konsekutiva missfall < gestationsvecka 22, utan barn mellan. Primär habituell abort när kvinnan aldrig tidigare fött barn och sekundär habituell abort när kvinnan har fött barn innan de tre missfallen.

Du berättar för Emma och Per om hur du betraktar deras tillstånd. Hon vill genast veta vad orsaken till hennes tidigare missfall är och när hon kan få IVF.

b) Vilka olika orsaker finns till detta tillstånd? (3p)

Svar:

Livsstilsfaktorer (regelbundet alkoholintag, rökning, kaffe >300g koffein/dag, fetma)
Genetiska (aneuploida, translokalisation)
Anatomiska (uterussepta, myom)
Endokrina (obehandlad eller icke välreglerad diabetes eller thyreoideasjukdom),
Immunologiska
Trombofili (APC-resistens-Faktor V Leiden, protein C-brist, protein S-brist, antitrombin III-brist ökad homocysteinnivå- vid folsyra-, vitamin B6-eller vitamin B12-brist eller ärftlig mutation i enzym som påverkar folsyrametabolismen (drygt 10% av Sveriges befolkning!))
Antifosfolipidsyndrom (antikardiolipid antikroppar och eller lupusantikoagulans)
Okänd orsak(50%).

0,5p per rätt svar

c) Hur vill du nu utreda paret? (3p)

*<u>Svar</u>: **UL** av uterus med kartläggning av kaviteten, **Genetisk utredning** med karyotyp på kvinnan och mannen, **Blodprov:** Thyreoideaprov inklusive TPO-antikroppar, Antikardiolipidantikroppar, Lupus antikoagulans, Antithrombin III, Protein C och S, APC resistens (Faktor V Leiden), Protrombingenmutation, Homocystein (Svar trombosutredning är ok), fasteblodsocker för att utesluta DM.*

Efter några veckor möter du paret igen på ett återbesök för uppföljning av utredningen. Det visar sig att mannen har en translokation.

d) Hur förklarar du vad detta är för paret och kan paret få friska barn? (2p)

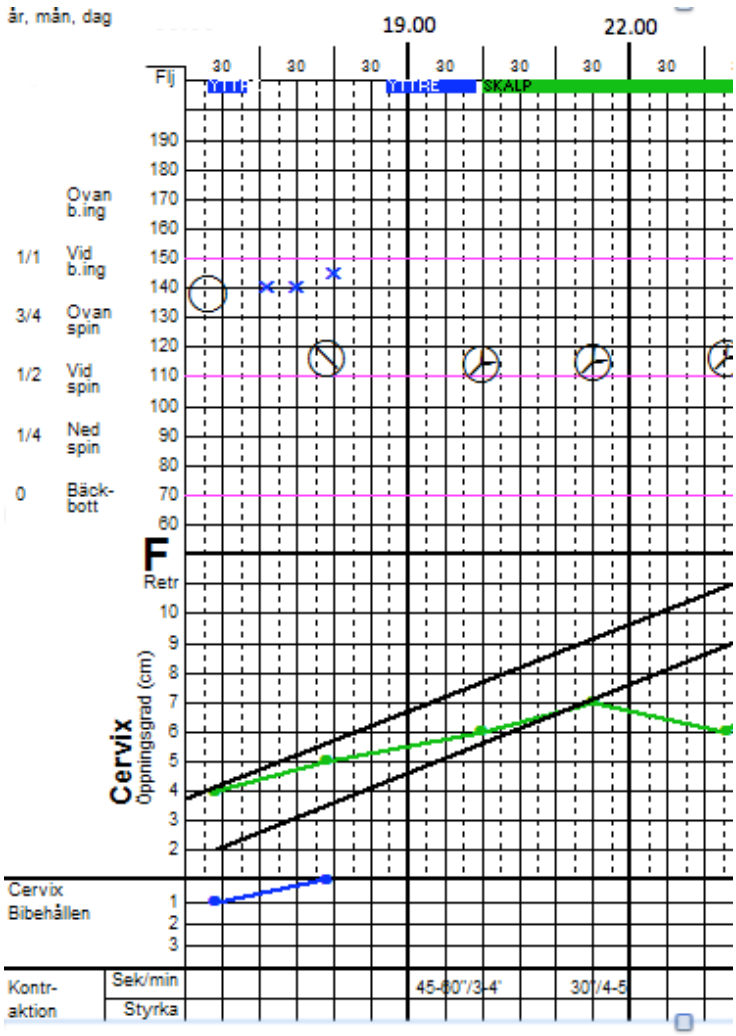
Translokation är en genetisk mutation där det skett en utväxling av arvsmassa mellan två kromosomer, och kallas balanserad om ingen arvsmassa har lagts till eller förlorats. Är man bärare av en balanserad translokation har man en normal fenotyp. (1p)
Barn till förälder med balanserad translokation kan bli friskt, bli bärare av balanserad translokation, få obalanserad translokation med varierande grad av utvecklingsförsening, inlärningssvårigheter och andra funktionshinder. Graviditeten kan även sluta i missfall vilket det är en ökad risk för. (1p)

e) Diskutera om paret kan bli aktuellt för IVF eller om det finns annan behandling att erbjuda? Vilken information ger du?(1p)
Svar: IVF är inte nödvändigt. (0,5p)
Spermadonation vid insemination är en behandlingsmöjlighet. Alternativt genetisk rådgivning där PGD (pregenetisk diagnostik) kan bli aktuellt. (0,5p)

Fråga 9

Mia Andersson, en frisk 31-årig förstföderska med en okomplicerad graviditet som har kommit till v 42+1. Hon blev inducerad med en BARD-kateter och därefter gjordes amniotomi.

Nu är klockan 23.15 och du blir tillkallad till Mias rum för att diskutera progress av förlossningen. Mia har kvarstående feber på 38,8° trots att hon för 1 timme sedan fått paracetamol intravenöst. Hon har mycket ont trots att hon andas lustgas och hon vill ha ett kejsarsnitt NU. Du bedömer CTG som normalt. Du undersöker Mia vaginalt och finner status enligt partogram nedan, klart fostervatten rinner och du får en fin acceleration i samband med IU.



a) Hur bedömer du situationen: hur planerar du för Mia och vilka ordinationer ger du barnmorskan? (2p)

<u>Svar</u>: Du bedömer att det finns gott hopp för en vaginal förlossning och berättar för Mia hur du kan hjälpa henne med smärtan och förlossningsprogressen.

Smärta -> Rekommenderar EDA innan oxytocindropp ska kopplas.

Progress -> Ingen progress i förlossningsförloppet på mer än 3 timmar. Du ordinerar oxytocindropp.

Feber trots paracetamol -> Du ordinerar antibiotika.

Klockan är 02.55 och du blir tillkallad till Mias rum igen för att diskutera progressen. Oxytocindroppet har höjts enligt klinikens PM och enligt barnmorskan har Mia varit retraherad i två timmar. När du kommer till rummet, ser du följande CTG.

b) Hur skall man klassificera CTG? (Gå genom samtliga parametrar och sammanfatta som normal, avvikande eller patologisk) Behöver du göra någonting? (4p)

<u>Svar</u>: Avvikande pga värkfrekvens.

7 värkar/10 min, basalfrekvens 140-150, inga (möjligtvis enstaka okomplicerade variabla) decelerationer, inga säkra accelerationer, bra variabliltet.

-> Överstimulering, stäng av/sänk oxytocindroppet.

En timme senare står huvudet mot bäckenbotten, värkarna är korta och ineffektiva, fostervattnet mekoniumfärgat. Du lägger en okomplicerad sugklocka. När Mias barn kommer ut andas det inte, är helt slappt. Hjärtfrekvens 80. Trots att ni torkar av och stimulerar barnet, piggnar det inte till. Det finns ingen i huset du kan tillkalla och din bakjour har 30 minuters inställelsetid.

c) Vad gör du nu? Gå igenom ABC i neonatal HLR (beskriv vad du gör och hur länge). (4p)

Svar: Ni navlar av och du tar ut barnet till barnrummet.

A: fri luftväg: kroppsläge, avlägsna ev mekonium

B: ventilera: 60 inblåsningar/min , kontrollera bröstkorgsrörelse
säkerställ effektiv ventilation: koppla O2 mätare och EKG, mät SaO2 på höger hand!

Om hjärtfrekvens j<60 trots minst 60 sekunders effektiv ventilation

C: Säkerställ effektiv ventilation och gör thoraxkompressioner (3:1) 90/min + 30 inblåsningar/min

När du har ventilerat barnet i fem min börjar det dra egna andetag och röra på sig. Efter 15 minuter kan ni gå in till Mia med en pigg pojke!

Fråga 10

Du är jour på gyn akuten. Sjuksköterskan hämtar dig för att hon har en 45-årig patient som ”inte mår bra”. Sköterskan fick hjälpa maken att bära ut kvinnan från bilen, eftersom hon blev svimfärdig vid ankomst till sjukhuset. Maken berättar att hon för 7 dagar sedan opererade bort livmodern pga blödningsbesvär. I morse vaknade hon av att hon låg i en blodpöl. Kvinnan har ett blodtryck 95/60, puls på 115, temp 35.5, andningsfrekvens runt 20. Hon ger adekvat kontakt och uppger att hon egentligen endast ömmar lite ovan symfysen.

a) Hur bedömer du kvinnans vitalparametrar enligt MEWS och vad blir dina akuta åtgärda? (4p)

<u>Svar</u>: Förutom att hon ger adekvat kontakt, så är samtliga parametrar avvikande enligt MEWS.

Modified Early Warning Score (MEWS)

Score	3	2	1	0	1	2	3
Af/min		<9		9–14	15–20	21–29	>30
Puls/min		<40	41–50	51–100	101–110	111–129	>130
Syst bltr	<70	71–80	81–100	101–199		>200	
Temp °C		<35	35,1–36	36,1–38	38,1–38,5	>38,5	
Vakenhet			Ny-tillkommen förvirring	Adekvat	Slö, reagerar på tilltal	Reagerar endast på smärt-stimulering	Reagerar ej
Urin/dygn	Ingen dures	ca 500 ml	ca 1 000 ml	ca 1 500 ml	>2 500 ml		

Du bedömer att du har en akut sjuk patient framför dig.

Du ordinerar chockläge, 2 stora infarter och en liter Ringer acetat snabbt in, orienterande blodprover (Hb, CRP, LPK…), BAS test, syrgas på mask.

Abdominellt ultraljud för att utesluta stor intraabdominell blödning.

Kontaktar narkosjour/IVA.

Kvinnans tillstånd stabiliseras någorlunda efter dina första åtgärder. Du får nu tid att prata med henne, läsa hennes journal och göra fler undersökningar. Kapillärt Hb ligger på 75 g/l, saturation 94%.

Buken är mjuk och diffust ömmande i nedre delen. När du kommer till den gynekologiska undersökningen, så ser du att patienten ej längre blöder ifrån slidan men det sitter en lite koagel i vaginaltoppen. Ultraljud visar en avgränsad förändring i anslutning till vaginaltoppen på ca 10-15 cm i diameter som har en blandad ekogenicitet.

b) Vad kan det vara du ser med ultraljud? (2p)

Svar: Stort vaginaltoppshematom eller abscess.

Provsvaren anländer och du ser ett CRP på >300 mg/l, LPK $24x10^9$/l.

c) Hur tänker du nu? Vad vill du göra? (4p)

Svar: Infekterat hematom, sepsis?
Odling från vaginaltopp och urin, blododling. Lägg till laktat, blodgas.
Ordinera MEWS kontroller var 15 min. Ordination på vätsketillförsel och urinmätning.
Koppla bredspektrumantibiotika (t ex piperacillin-tazobactam 4g x3 iv).

Kontakta bakjouren.

Ev CT buk med frågeställning abcess, intraabdominell blödning?

Re-operation i fall att patienten fortsätter att sjunka i Hb?

Fråga 11

Stina Larsson, 48 år, söker på mottagningen pga. långdragna blödningar. Hon sökte dig på kvinnokliniken för några år sedan pga. liknande besvär. Hon har inte fött några barn och hon hade fram till episoden för tre år sedan haft relativt glesa menstruationer genom åren, kanske 3-4 gånger per år.

Stina fick sin första mens vid 10 års ålder. Hon har alltid haft en kvinnlig partner och har därför inte haft något preventivmedelsbehov. Förutom episoden för tre år sedan har hon varit gynekologiskt besvärsfri och är frisk i övrigt. Hon använder inga mediciner. Hon har gått på sina cellprovskontroller när hon blivit kallad, men minns inte riktigt när det senaste provet togs. Hon väger 89 kg och är 158 cm lång. Hon röker inte, men medger att hon periodvis har haft ett lite väl högt alkoholintag även om det aldrig orsakat henne sociala problem.

Du går nu vidare med undersökning.

a) Vad gör du? Motivera! (3p)

*Svar: **Gynekologisk undersökning**. Inspektion. Synl tumör/polyp? Pågående blödning? Infektionstecken? Palpation. **Resistenser**? **Tar cytologprov**. **Ultraljud** med avseende på **endometriets tjocklek** och ovariernas utseende (Folliklar? Tumörmisstänkt förändr? **Hydrosonografi***

b) Vad talar för att du behöver vara lite extra uppmärksam med tanke på en ev. Corpuscancer? (2p)

Svar: Stina har multipla riskfaktorer. Tidig menarche, inte varit gravid eller ammat, Högt BMI, Oligomenorré, inte använt p-piller etc

Inget avvikande framkom i samband med besöket, men Stina behöver hjälp för sina långdragna menstruationer.

c) Vilka strategier för behandling kan du tänka dig? (3p)

Svar: behandlingen behöver dels inrikta sig på symtomen, dels minska risken för ev endometirieatypier. Cyklisk gestagenbehandling eller hormonspiral är bra alternativ. Symtomatisk behandling i form av tranexamsyra kan övervägas beroende på blödningens storlek

Efter några veckor får du svar på PAD (endometriebiopsi), som visar ”komplex hyperplasi utan atypi”.

d) Hur handlägger du detta? (2p)

*Svar: Stärker indikationen för **gestagenbehandling**. Om detta redan är insatt är det viktigt att följa upp. Gestagenbehandling, cyklisk eller kontinuerlig, ska ges 3-6 månader och därefter **följas upp med ultraljud och ev kontrollbiopsi.***

Fråga 12

Karin är gravid med sitt första barn i v 37+2. Hon blev inducerad pga ett stigande BT till 150/90 och 3 + proteinuri för 16 timmar sedan. Hon har fått Trandate 200 mg x 3 po och BT är nu 140/100. Hon har fått 8 doser misoprostol utan att starta upp i förlossning, men pga tilltagande högt sittande buksmärtor, huvudvärk, sprittiga reflexer och försämrade lab prover beslutar du att avsluta med ett kejsarsnitt.

Hennes lab värden tagna för 30 minuter sedan visar Hb 90, TPK 90, ASAT 1.50, ALAT 2.3 och LD 5.0 (förhöjt).

Du har diagnostiserat att hon har en HELLP och tillsammans med narkosläkaren planerar du inför snittet.

a) Vilken anestesimetod förordar du för narkosläkaren? Motivera (2p)

Svar: Spinal TPK >80, undvika sövning vid hypertoni och HELLP.

b) Förutom antibiotika pga akut operation, vilka andra läkemedel vill du ge Karin före op start? (2p)

Svar: Magnesium och tranexamsyra.

Du börjar operera, och det är lite lättblödande men går bra att förlösa barnet och stänga uterus. Uterus känns slapp och står ovan navelplan trots rutinmässig administration av 8,3 mikrogram oxytocin.

c) Vad gör du? (1p)

Svar: Kopplar 50 mikrogram oxytocin i 500 ml NaCl på 4 timmar. Alt 2 tabletter misoprostol/Cytotec vag, rektalt.

Initialt svarar på patienten på din behandling. Vid operationens slut bedöms blödningsmängden till ca 2000 ml. En arteriell blodgas visar Hb 70, Laktat 1.0. Koagulationsstatus på postop visar stigande APTT, sjunkande TPK och fibrinogen på 1.5. Karin är dessutom takykard, 120/min men blodtryck ligger fortsatt ca 130/80 mmHg. Uterus står ovan navelplan och när barnmorska masserar den så blir den hård men det tömmer sig ca 300 ml koagler.

d) Hur värderar du Hb svaret? (2p)

Svar: Karin har ett sjunkande Hb pga HELLP i kombination med blodförlust vid operation.

e) Vad ordinerar du? (3p)

Svar: Fibrinogen, erytrocytkoncentrat och färskfrusen plasma samt eventuellt trombocyter.

Läget stabiliseras med denna behandling.

f) Vilka läkemedel skall hon ha första 24 timmarna postpartum, ange tre. (2p)

***Svar**: Magnesium 24 timmar postpartum, lågmolekylärt heparin och blodtrycksmedicin.*