



Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2018

Skrivningstid 10.00-15.00

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

Maxpoäng 120

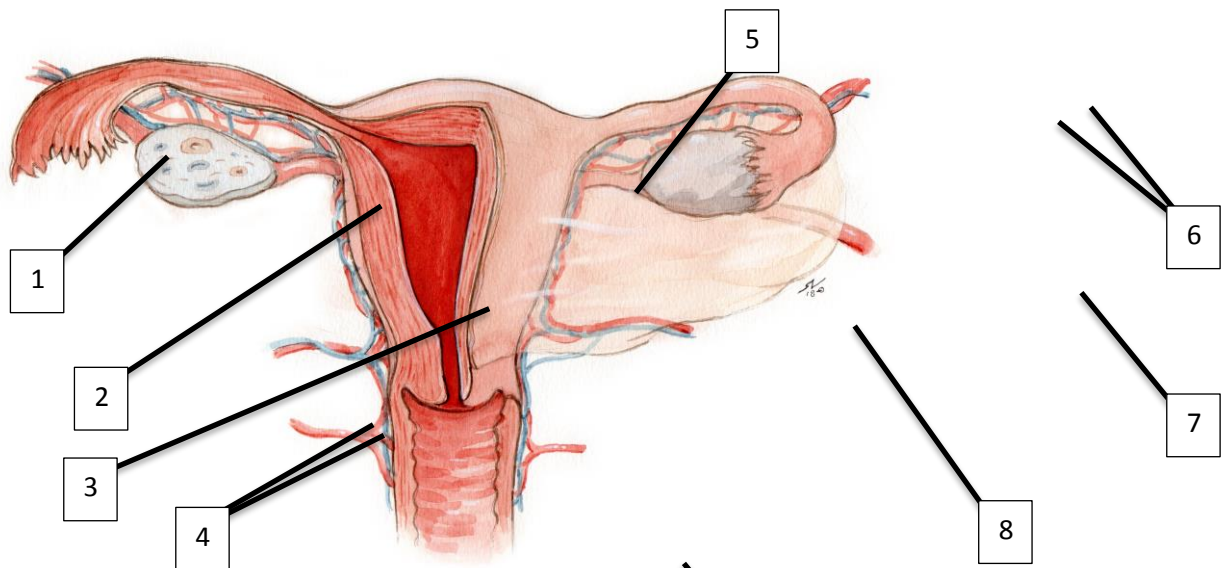
Lycka till!

Fråga 1

Mona 44-år ska genomgå en total laparoskopisk hysterektomi pga. menometrorragier och tyngdkänsla. Hon är frisk sedan tidigare, 2-para, 1 PN, 1 sectio pga. sätesläge, hon tar Tranexamsyra vid mens men inga andra mediciner.

När du opererar tar du hänsyn till anatomin.

a) Namnge de numrerade strukturerna nedan! Namnge även den artär som a. uterina avgår från (skriv under nr 10). Fem rätt svar krävs för 1 p, 7 rätt svar för 2 p och 10 rätt för 3 p. (3p)



1	2
3	4
5	6
7	8
9	10

Svar:

1. lig. suspensorium ovarii	2. lig. ovarii proprium
3. Tunica muscularis/myometrium	4. a./v. uterina
5. Tunica serosa/perimetrium	6. a./vv. ovarica(e)
7. Lig. teres uteri/ lig. rotundum	8. Lig. latum uteri
9. A. vaginalis	10. a. iliaca interna

Under operationen använder du dig av diatermi.

b) Beskriv skillnaden mellan monopolär och bipolär diatermi och vilka för- och nackdelar det finns med respektive metod? Vilka patienter skall inte diatermi användas på och varför? (3p)

Svar: Vid monopolär diatermi leds strömkretsen från ett handtag med en spetsig aktiv elektrod och tillbaka till diatermiapparaten via en stor neutral elektrod, som fästs på patienten. Används oftast för att skära genom vävnader.

Vid bipolär diatermi används en teknik där de båda elektroderna utgörs av en pincett där skänklarna är isolerade från varandra. Via den ena skänkeln leds strömmen från diatermiapparaten till patienten och via den andra skänkeln tillbaka till diatermiapparaten. Bipolär diatermi används framför allt för att koagulera blodkärl med, då man får en mycket lokal upphettning av vävnaden. Strömmen passerar alltså inte genom kroppen i övrigt och risken för skador på patienten minskar jämfört med monopolär diatermi.

Patienter med pacemaker pga. ström via diatermin.

Du tar dig in i buken med Verres nål. Mätaren visar ett buktryck på 15 mmHg.

c) Hur tolkar du detta? Vad vill du göra? (1p)

Svar: För högt för att vara intraabdominellt. Justera Verres nål.

Tre dagar efter operationen är du jour på gynakuten och Mona kommer in med buksmärta, sjukdomskänsla och feber. CRP är 220.

d) Vilka komplikationer tänker du på, vilka undersökningar vill du göra och vilka ytterligare prover vill du ta? (3p)

Svar: Inf prover, Hb, elektrolyter. SPU, bimanuellt palp, vag UL samt CT med frågeställningen tarmperforation? Abscess?

Fråga 2

Du sitter på MVC och har fått en "titt journal" av barnmorskan, d.v.s. kvinnan är inskriven på MVC men hon är inte där just nu. Barnmorskan vill att du skall ta ställning till ett par saker.

Det rör sig om Maria 28 år, en tidigare frisk förstföderska, som var på inskrivning tillsammans med maken Johan för ett par dagar sedan. Hon var då i v 10+4 enligt datum för sista mens. Det framkommer av journalen att Maria har BMI 27, och att hon är 4gravida 0para. Hon gjorde en abort i tonåren och har sedan haft två missfall i vecka 8-10 tillsammans med Johan. Hon har hereditet för hypotyreos och därför har barnmorskan tagit TSH.

a) TSH visar 0.05 mIE/L. Barnmorskan undrar om Maria skall få behandling. Behöver hon ta nya prover? (2p)

Svar: TSH 0.05 mIE/L är ett normalvärde, ingen behandling behövs och proverna behöver inte tas om (se SFOGs riktlinjer "Tyroideasjukdom i samband med graviditet" på www.sfog.se).

b) Maria är också orolig för att få missfall igen och barnmorskan undrar om det finns något man kan göra för att förhindra detta? Vad svarar du? (2p)

Svar: Maria är en ung och frisk kvinna utan familjeanamnes som skulle inge misstanke om ökat risk för missfall. Man pratar om "upprepade missfall" först i fall av tre eller fler konsekutiva missfall eftersom tidiga missfall är väldigt vanliga hos oss människor (man räknar med att ca 1/3 av alla graviditeter slutar som tidigt missfall). I nuläget behövs ingen vidare utredning eller behandling (se SFOG riktlinjer "Behandling vid oförklarade upprepade missfall", ARG rapport "Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi" på www.sfog.se).

Graviditeten fortsätter därefter normalt men vid MVC besök i v 32+0 har SF måttet gradvis stigit så att det nu ligger på den övre kurvan som motsvarar plus 2 standardavvikelse.

c) Barnmorskan frågar dig igen om du tycker man skall vidta någon åtgärd pga. detta. Vad svarar du? (1p)

Svar: Att man bör göra en tillväxt kontroll med ultraljud (och efter svaret komma till ställning till behov av OGTT, specialistultraljud och eventuell ny tillväxtkontroll, se ARG rapport "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa" på www.sfog.se!).

I v 34+2 kommer barnmorskan igen till dig med journalen. Det framkommer att Maria berättat att hon tycker att hon har så mycket sammandragningar men att de försvinner i vila. Av denna anledning har de tagit en urinodling som visar E-coli >100 000 bakteriekolonier (signifikant växt) per ml och GBS 10 000 enheter per ml.

d) Vad gör du? (2p)

Svar: *Behandling (pga symtom) tex med pivmecillinam (Selexid) 200 mg x 3 xV och journalen skall märkas så att hon får GBS profylax vid partus. Antibiotikavalet kan variera, för poäng krävs att man skriver ngn form av antibiotika behandling som tar E-coli och att hon skall ha GBS profylax under partus, tex Benzyl PC. (se ARG rapport "Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa" och länk till Socialstyrelsen under SFOG råd obstetrik på www.sfog.se).*

När Maria är i v 37+0 kommer hon till dig så att du får träffa henne. Hon mår egentligen ganska bra men är orolig inför den kommande födseln. Barnet är efterlängtad och hon är nu rädd att något skall hända under förlossningen. Hon vill föda med ett planerat kejsarsnitt före värkstart. Hon har läst på sociala medier att det är hennes kropp och att hon har rätt att bestämma hur barnet skall komma.

e) Vad svarar du? Hur planerar du inför födseln? Vad säger lagen? (3p)

Svar: *Svaret skall innehålla att det inte finns någon medicinsk indikation för kejsarsnitt i hennes fall och att lagen ger patienten rätt att avstå behandling, men inte att kräva en behandling. Om två likvärdiga alternativ finns har patienten rätt att välja vilken behandling hen vill ha. Dock kan man inte hävda att vaginal födsel och kejsarsnitt är två likvärdiga behandlingar då det gäller friska kvinnor med normal graviditet utan tidigare allvarlig psykisk ohälsa (se ARG rapporterna "Kejsarsnitt" och "Förlossningsrädsla", samt länk till Socialstyrelsens "Kejsarsnitt på moderns önskan - NMI" under SFOG råd obstetrik på www.sfog.se).*

Fråga 3

En 75-årig kvinna söker för frekventa miktationer och nykturi sedan 3 år. Du bedömer att hon har en trängningsinkontinens. Miktionslista stödjer diagnosen.

a) Ange minst 5 påvisbara orsaker till trängningsinkontinens! (3p)

Svar: UVI, tumör (blåsa, uterus, ovarier), cystocele, östrogenbrist, stensjd, polyuri, interstitiell cystit

b) Hur vill du utreda patienten ytterligare? (3p)

Svar: Gyn undersökning (ev inklusive ultraljud), cystoskopi, urinsticka, urinodling

c) Ange minst 4 orsaker till polyuri/nykturi! (3p)

Svar: Abnormt vätskeintag, hjärtsvikt, sömnapné, upphävd dygnsrytm för vasopressin, diuretika, litium

d) Vad kan vi erbjuda för behandling av trängningsinkontinens om vi inte hittar en behandlingsbar orsak? (2p)

Svar: Antikolinergika, Betmiga, Botox

Fråga 4

Du har idag mottagning med inriktning mot endokrinologi. Din första patient är Emma, 17 år. Emma kommer tillsammans med sin mamma. Hon har ännu inte fått sin första menstruation. Emma är 173 cm lång och väger 63kg, BMI 21. Du bedömer hennes till stadium 4 enligt Tanner men utan behåring på de typiska kvinnliga lokalerna. Efter samtal med Emma och hennes mamma kommer ni överens om att göra en försiktig gynekologisk undersökning. Du finner då en kort 1,5 cm lång vagina, tillsynes utan någon fortsättning.

Förutom vidare anatomisk kartläggning initierar du en laboratorieutredning

a) Ange relevanta blodprover som du vil kontrollera? Motivera. (2p)

Svar: Kromosomanalys, FSH, LH, SHBG, Testosteron.

Bland dina differentialdiagnoser finns bland annat androgenokänslighet (androgen insensitivity syndrome - "testikulär feminisering") och Mullersk agenesi (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrom)

b) Vilka är de två vanligaste orsakerna till androgen insensitivity syndrome (Testiculär feminisering)? (2p)

Svar: a) Mutation i androgen receptorn så receptorn inte fungerar, b) Mutation i 5-alpha-reduktaset som gör att testosteron inte omvandlas till dihydrotestosteron som är den steroid som huvudsakligen verkar i androgenreceptorn. (2p)

c) Hur är vanligtvis kromosomuppsättningen och ovariefunktionen hos patienter med Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrom? (1p)

Svar: Kvinnor med MRKH har normal kromosomuppsättning, och har vanligtvis normal fungerande äggstockar. (2p)

Din nästa patient på mottagningen är 26-åriga Maja som kommer för kontroll på grund av diagnosticerad PCOS. Hon har för närvarande behandling med bland annat Metformin 500mg 1x3 då hon har uppvisat hyperinsulinemi och hyperandrogenemi vilka är några av de karakteristiska egenskaperna hos kvinnor med PCOS. Behandling med Metformin reducerar insulinresistensen och minskar fastande nivåer av insulin och bioaktiv androgen men associationen mellan dessa symtom är oklar.

d) Ange två möjliga mekanismer för hur hyperinsulinemi vid PCOS kan orsaka hyperandrogenism? (2p)

Svar: 1) Insulin och LH synergiskt ökar androgen utsöndringen från ovarier. 2) Insulin ökar både ACTH stimulation och enzym aktiviteten för androgen produktion i binjuren. 3) Insulin reducerar produktionen av hepatic SHBG. (2p)

Ni avslutar besöket och överenskommer att Maja fortsätter med sin metforminbehandling.

Din nästa patient är Klara, 23 år. Klara kommer för uppföljning efter provtagning pga hirsutism. Eftersom de initiala fynden inte riktigt stämde med din bild av PCOS och vad du fått för svar vid den första provtagningen, har du kompletterat din provtagning och kan nu informera Klara om att hon har sent debuterande kongenital adrenal hyperplasi (non-Classical Congenital Adrenal Hyperplasi, NCCAH) som ger liknande symtom som polycystisk ovariesyndrom (PCOS).

e) Vilken är bakgrunden till NCCAH och vilket hormonprov används för att utesluta NCCAH hos unga kvinnor med misstanke PCOS? (3p)

Svar: NCCAH innebär en defekt i enzymet 21-hydroxylas. Defekten är inte fullständig (dessa fall upptäcks vanligen vid PKU-screeningen) och symtomen debuterar vanligen i puberteten i form av hirsutism. Enzymet katalyserar omvandlingen av 17-OH-progesteron till 11-OH-deoxykortisol och en enzymdefekt leder till en ansamling av 17-OH-progesteron.

En normal Serum 17-OH-progesteron nivå utesluter NCCAH

Fråga 5

Malin 25 år väntar sitt första barn i v 33+2. Hon är tidigare frisk och tar inga mediciner. Hon har nu hänvisats av sin barnmorska i mödravården akut till kvinnokliniken på grund av tilltagande bensvullnad sedan några veckor. I status finner du en opåverkad patient, BT 120/80, puls 110/minut, saturation 98 %, svullna ben nedom knät bilateralt. Höger ben mer svullet än vänster samt ömhet vid palpation över höger vad som även känns lite konsistensökad. Ingen rodnad. På direkt fråga varför hon sökte idag svarar Malin att hon de två senaste dagarna fått tilltagande besvär med gång då hon är öm i benet och lätt andfådd.

a) Du känner att trombos inte kan uteslutas i Malins fall. Det finns dock ingen bilddiagnostik för DVT förrän nästa dag. Hur handlägger du henne vidare initialt? (2p)

Svar: Prover inklusive koagulationsutredning / trombofiliprover , LMWH, ulj ben, Auskultation hjärta och lungor, andningsfrekvens, EKG, anamnes avseende andningsbesvär.

b) Du får en misstanke om lungemboli och funderar på om du ska beställa undersökning för att utesluta detta. Hur resonerar du kring detta i det aktuella fallet? (2p)

Svar: Om man har misstanke om lungemboli ska adekvat utredning inte avstås på grund av graviditet.

Malin hade en DVT i vena poplitea på höger ben.

c) Vilken läkemedelsbehandling är aktuell och hur vill du monitorera denna? Ange typ av dos och tidsplan. Finns det någon ytterligare åtgärd att rekommendera? (2p)

Svar: LMWH i behandlingsdos initialt som efter minst en månad kan sänkas till högdosprofylax. Fortsatt behandling minst 6 veckor post partum.

Monitorera med Anti-faktor X a. Kompressionsstrumpa rekommenderas till och med 2 år efter sjukdomstillfället.

d) Malin hade tur och hade bara trombos i benet. Om hon däremot hade haft lungemboli med så mycket cirkulationspåverkan att det på en icke-gravid patient finns indikation för trombolys hur hade du agerat i hennes fall? Motivera ditt svar. (2p)

Svar: Kontakt med narkosjour. Trombolysbehandling skall ges vid hemodynamisk instabil lungemboli på samma indikation som till icke-gravida

e) Malin kommer tre år senare för inskrivning till mödravården för ny graviditet. Hon har efter förra graviditeten gjort en koagulationsutredning som var normal. Hur ska hon handläggas den här graviditeten med tanke på hennes anamnes? (2p)

Svar: Insättning av trombosprofylax i normaldos om normal koagulationsutredning så snart som möjligt vid konstaterad graviditet. Kvarstår minst till och med 6 veckor post partum.

Fråga 6

Du träffar Magdalena Berg, en 23-årig student på din mottagning. Magdalena är frisk, normalviktig och har ett normalt blodtryck. Hennes mamma hade för ett par år sedan en blodpropp (DVT) men annars inget anmärkningsvärt avseende hereditet. Magdalena använde kombinerade p-piller en kort period i tonåren men har sedan varit utan preventivmedel under flera år. Hon har nu en ny partner och har behov av ett effektivt preventivmedel. Hon har regelbundna men rikliga menstruationer.

Du informerar henne om hormonspiralen Mirena[®], p-stav (Nexplanon[®]) och "mellanpiller" (Cerazette[®] eller generika).

a) Hur beskriver du för Magdalena förväntat blödningsmönster avseende dessa olika metoder? (3p)

Svar: Cerazette[®]: Man kan inte förvänta sig ett regelbundet blödningsmönster. Ca 20-25% får amenorré, ca 20 tätare, oregelbundna blödningar. Övrig vanligtvis inte fler blödningsdagar men oftast oregelbundna intervall

Nexplanon[®]: samma som för cerazette

Mirena[®]: Vanligt med spottingar de första 2-4 månaderna. Härfter minskade blödningar (i genomsnitt ca 90% minskning). Ca 25% får amenorré. Ca 5 % har efter 1 år fortsatta rel täta oregelbundna blödningar

Magdalena väljer att prova Cerazette[®]. Efter 4 månader träffar du Magdalena igen. Hon tycker att hon fått mer acne sedan hon började med Cerazette[®]. Hon är "skapligt nöjd" med blödningsmönstret. Hon undrar om det kan vara idé att skifta till p-stav (Nexplanon[®]) istället.

b) Vad svarar du? Motivera (2p)

Svar: Det är ingen mening då de innehåller samma gestagen. Cerazette[®] innehåller Desogestrel. Gestagenet i Nexplanon[®] benämns etonogestrel men det kemiskt korrekta namnet är 3-keto desogestrel vilket är den aktiva metaboliten av desogestrel. Observera att detta gäller denna typ av biverkningar. För blödningsmönster kan man inte överföra effekten av den ena metoden till den andra då metoderna har olika farmakokinetik.

Magdalena bestämmer sig trots allt för att "ge tablettarna ytterligare lite tid" men hon återkommer efter några månader och vill nu istället diskutera hormonspiral. Hon har ett par kompisar som har detta och är mycket nöjda. Hon har dock hört att det finns flera olika hormonspiraler och undrar lite kring detta.

c) Vilka principiellt olika hormonspiraler finns idag och vad skiljer dem åt, även avseende vad Magdalena kan förvänta sig? Berätta för Magdalena. Vi förutsätter att hon förstår ett medicinskt språkbruk (3p)

Svar: *Mirena®: Godkänd för 5 år. Den mest beprövade och den äldsta. Innehåller 52mg levonorgestrel och frisätter 20µg/24 tim första året, 10µg efter 5 år. Ca 25% amenorré. Bäst effekt av blödningar.*

Kyleena®: *Godkänd för 5 år. Innehåller 19,5mg levonorgestrel. Frisätter 17,5 µg/24 tim första året, 7,5 µg/24 tim efter 5 år. Ca 22% får amenorré. Spiralen är något mindre än mirena och insättning skattas något lättare av patienterna. Dock ingen stor skillnad jfr Mirena*

Jaydess®: *Godkänd för 3 år. Innehåller 13,5mg levonorgestrel. Frisätter 14 µg/24 tim efter insättning och 6 µg/24tim efter 3 år. Samma storlek som Kyleena. Ca 12% amenorré*

Även Levosert® finns reg men krävs inte för rätt svar

Magdalena väljer en Mirena® och kommer till barnmorska för insättning. Efter ett halvår kontaktas du av den barnmorska som satte in Magdalenas Mirena. Magdalena har hört av sig. Hon har nu en nydebuterad epilepsi och har blivit insatt på oxakarbamazepin (Trileptal®). Barnmorskan undrar över om detta föranleder någon åtgärd.

d) Vad svarar du barnmorskan? Motivera(2p)

Svar: *Visserligen finns en känd interaktion mellan oxakarbamazepin och gestagener men i detta fallet är den utan betydelse. Mirena® har en lokalt verkande effekt och interaktionen, som sker på levernivå genom enzyminduktion, är då utan betydelse. Magdalena kan alltså tryggt ha kvar sin Mirena®*

Fråga 7

Sara 21 år inkommer med ambulans till gynakuten på grund av vaginala blödningar. Hon är så pass påverkad att hon inte kan stå på grund av yrsel och hjärtklappning. I ambulansen har uppmätts blodtrycket 80/50, puls 125 slag per minut, saturation 97 %, Hb 89. Du får veta att Sara är tidigt gravid, sista mens ca 6 veckor sedan, är i grunden frisk, tar inga mediciner.

a) Vad vill du göra momentant på plats? Motivera! (3p)

Svar: Nya vitalparametrar (1p), två venösa infarter, iv dropp (1p) blodgruppering, bastest(1p)

Vid spekulumundersökning ser du måttligt med färsk blödning i vagina och cervix. När du gör ultraljudsundersökningen ser du ingen uppenbar intrauterin graviditet men ett förtjockat, heterogent innehåll i uterus som mäter 24 mm, 2cm fri vätska i fossa Douglassi.

b) Vilka diagnoser överväger du, vilken bestämmer du dig för att det troligast är? Motivera ditt svar. (2p)

Svar: Överväger extrauterin graviditet och missfall. Troligast med missfall med tanke på att patienten är cirkulatoriskt påverkad men endast har 2 centimeter fri vätska i buken och blöder vaginalt.

Sara vårdas 2 dygn inläggande och skrivs sedan ut till hemmet. En vecka senare kommer Sara in till akuten med feber 39 grader, låga buksmärtor, puls 115 slag per minut samt blodtryck 95/50. Du misstänker att hon drabbats av en infektion.

c) Vilka agens är vanligast vid endometrit i Saras fall? (2p)

Svar: Betahemolytiska streptokocker, gramnegativa bakterier, anaeroba STI-agens, framför allt *Chlamydia trachomatis*.

Du lägger in Sara

d) Vad ordinerar du till sjuksköterskan på avdelningen avseende övervakning och behandling? Vad ger du Sara för antibiotika?(3p)

Svar: Sepsis måste misstänkas. Ordinerar kontroller enligt MEWS, tidsintervall beroende på hur kontrollerna utfaller. .

Piperacillin/tazobaktam 4 g x 3 iv eller cefotaxim 1g iv x 3 i kombination med metronidazol.

Fråga 8

En 25-årig kvinna söker för smärta i vulva sedan 2 dagar. Du finner följande:



a) Vad tror du detta är? Vad är prognosen och vad tror man om etiologin? (4p)

Svar: *Ulcus vulvae acutum (Lipschüts ulcer)*

Spontanläkning inom 2-3 veckor

Oklar etiologi, möjligen Epstein Barr virus

b) Ange minst 4 differentialdiagnoser (4p)

Svar: *Syfilis, Aftae, Lichen sclerosus, Lichen Planus, Herpes, Dermatit, Mb Bechet, Mb Crohn*

c) Vilka prover vill du ta för att försöka komma närmare en diagnos? (2p)

Svar: *Herpes prov, stansbiopsi*

Fråga 9

Fariba 22 år kommer till en gynekologisk öppenvårdsmottagning för preventivmedelsrådgivning. Hon träffar först en barnmorska och får recept på p-piller, och är herefter uppsatt till gynekolog då hon vill diskutera cellprovsscreeningen.

a) Hur ser Socialstyrelsens nya riktlinjer för cellprovsscreening ut? Svara utifrån åldersgrupper: analys och intervall. (2p)

Svar: Var tredje år 23-29 år, Analys för cytologi. Var tredje år 30-49 år, HPV analys, samt kompletterande analys med cytologi vid ca 41 års ålder. Vart sjunde år 50-64 år, HPV analys (0,5p per delsvår)

(<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/livmoderhalscancer-screeningme>)

b) Varför ser det olika ut i de olika åldersgrupperna? (3p)

Svar: Med cellprov för att analysera HPV kan fler fall upptäckas i ett tidigare skede, jämfört med analys av enbart cytologi. Infektioner som skulle kunna utvecklas till cellförändringar eller cancer hittas med större säkerhet med HPV.

Med det rekommenderade screeningprogrammet går det att konstatera uppskattningsvis ytterligare cirka 1 000 fall av medelsvåra till svåra dysplasier (CIN 2–3), det vill säga cellförändringar som innebär ökad risk för utveckling av cancer, jämfört med befintliga program.

Andelen kvinnor i åldern 23–29 år som bär på HPV är mycket hög. Det finns därmed en risk för överdiagnostik om HPV-test används för denna grupp. Detta kan exempelvis medföra ytterligare undersökningar som inte är nödvändiga samt sänkt livskvalitet till följd av oro hos kvinnorna. Vidare är HPV-infektioner också oftast självläkande för personer under 30 år och behöver inte få några negativa konsekvenser. Det är därför inte ändamålsenligt att testa denna grupp för HPV, för att sedan gå vidare med undersökning av eventuella cellförändringar.

Fariba berättar att hon har fått ett gynekologiskt vaccin i tidiga tonåren, men är osäker på vilket vaccin det var.

c) Vilka alternativa vaccin finns och vad skiljer dem åt? (2p)

Svar: Gardasil (HPV 16 och 18), Cervarix (HPV 6,11,16,18) och Gardasil 9 (HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58).

För 2 p krävs Gardasil och Cervarix med HPV typerna.

d) Fariba undrar hur vaccinet fungerar. Förklara på ett sätt som du förklarar för en läkarstudent (2p)

Svar: Vaccinet innehåller renade viruslika partiklar(1p) från L1-kapsidproteinet, och leder till ett humoralt antikroppssvar. Det innehåller alltså inget viralt DNA och kan inte infektera celler, föröka sig eller orsaka sjukdom. Icke-levande vaccin. (1p)

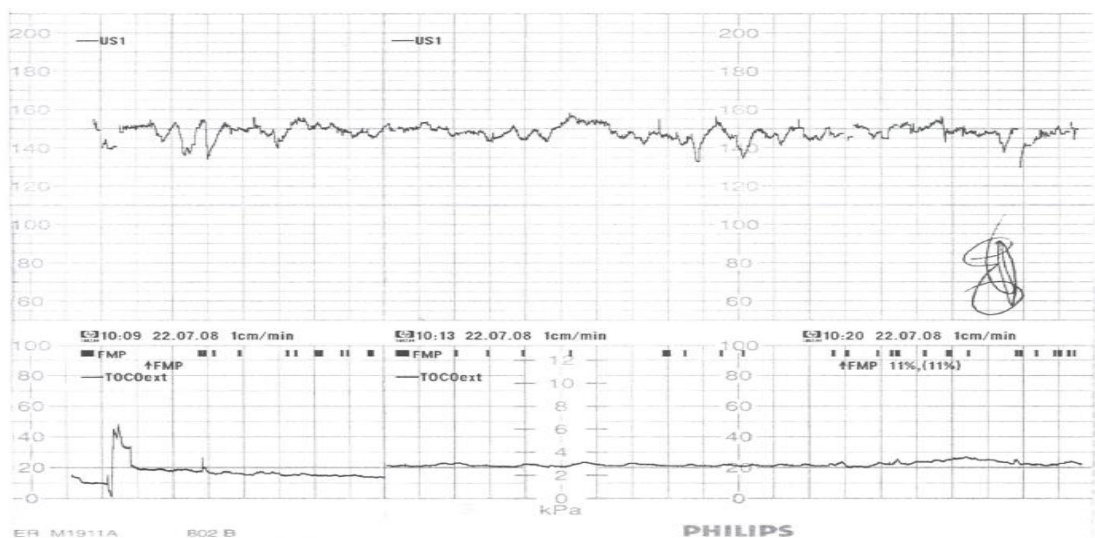
e) Bör Fariba som är vaccinerad rekommenderas att gå på cellprovskontroller som vuxen? Motivera. (1p)

Svar: Ja, för att upptäcka cellförändringar som orsakats av andra HPV.

Fråga 10

Petra väntar sitt första barn. Hon inkommer till förlossningen pga. smärtor i nedre delen av buken i graviditetsvecka 30+3. Hon är tidigare frisk, icke rökare och äter inga mediciner. Graviditeten har varit normal. Hon vaknade av smärtan för 2 timmar sedan, kl 03:00. Den satt till vänster i buken långt ned. Den var konstant. Hon har inte kräkts. Kommer inte ihåg när hon sist hade avföring. Miktion u a.

Status: Afebril. Opåverkad Buk: uterus någonstans mellan navel och processus xiphoideus, uterus är mjuk ingen ömhet över buk eller njurloger. VU: cervix svår att nå men verkar fast och slutet. Ingen blödning på handsken. BT:120/80, temp 37.



a) Bedöm CTG avseende samtliga kriterier inklusive klassificering! (2p)

Svar: Inga värkar. Normal basalfrekvens. Decelerationer? Inga accelerationer. Nedsatt variabilitet? Ej godkänd i nuläget men registreringen är bara 30 minuter.

Registreringen bör fortsätta. (1 p om samtliga kriterier rätt 0,5 om något är felbedömt. 0,5 för rätt klassificering 0,5 p för att fortsätta registrera)

b) Vad kan vara anledning till CTG:s utseende och vad kan vara den fysiologiska bakgrunden? Ange tre anledningar och motivera. (3p)

Svar: Gestationsveckan (0,5 p) - CNS påverkan på kardiovaskulära systemet.(0,5 p)

Fostret sover?(0,5 p) CNS påverkan på kardiovaskulära systemet(0,5 p)

Hypoxi?(0,5 p) Aktivering av det sympatiska nervsystemet och oförmåga hos fostret att svara.(=,5 p)

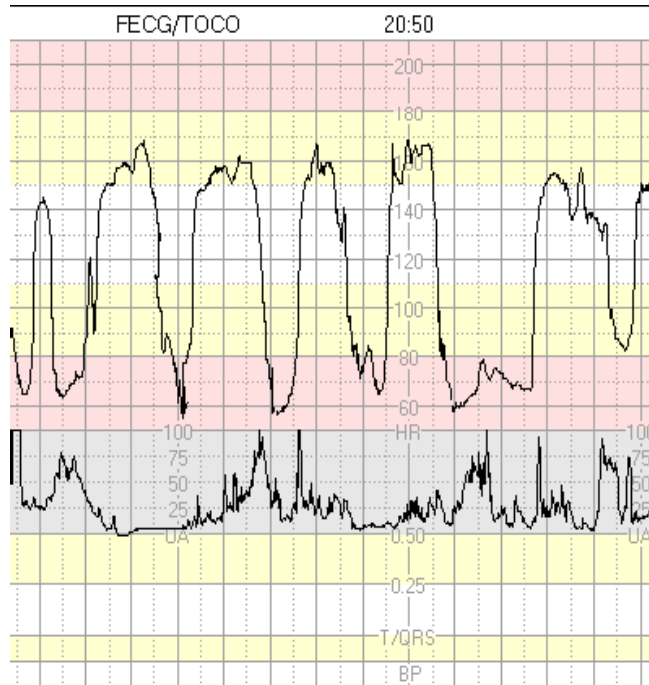
c) Vad gör du och varför? (2p)

Svar: Hör efter hur det är med fosterrörelser (0,5p) Försöker väcka fostret (0,5p)

Fortsätter CTG registrering (kanske redan fått poäng för detta annars kan man få 0,5 p här)r Urinprov(0,5 p) Avvakta, kan vara förstoppning (0,5 p)

Petras besvär upphörde spontant och hon blev så småningom hemskickad från förlossningen.

Sedan kom hon in med regelbundna värkar i fullgången tid. CTG var initialt helt normalt men efter några timmer ser det ut så här:



d) Bedöm CTG! Vad kan CTG förändringarna bero på? nämna två! Vad är den fysiologiska bakgrunden? (3p)

Svar: Bedömning: Normal basalfrekvens, nedsatt variabilitet, repetitiva variabla komplicerade decelerationer, patologiskt CTG. (0,5p för rätt på alla kriterier 0,5 p för klassifikationen)

Orsaker: Kontraktioner med kompression av navelsträngen, ökat tryck mot fostrets ögonklober vid deflektionsläge, sätesbjudning, vattenavgång när trycket mot fostret plötsligt ökar, oligohydramnios, tidigt tecken på navelsträngskomplikation, under utdrivningskedet med kontraktioner som tilltar i styrka, fysiologisk bakgrund(0,5 p för varje korrekt orsak).

Fysiologisk bakgrund: Vid tryck mot navelsträngen ökar trycket på venen och flödet från placenta till fostret minskar. För att behålla hjärtminutvolymen ökar fostret pulsen. När trycket från kontraktionen ökar ytterligare och även artärerna komprimeras, ökar den perifera resistensen vilket registreras av baroreceptorer i aorta och en reflexmässig sänkning (vagus-parasympatikus) av hjärtfrekvensen uppkommer. Detta ses som en deceleration på CTG-registreringen. För 1 p krävs att åtminstone tryck på foster kärl leder till initial ökning och sedan sänkning av fostrets puls.

Fråga 11

Emma 41 år kommer in till gynekologiska mottagningen för kontrollundersökning eftersom läkaren tidigare har sagt att hon har adenomyos. Emma har 3 barn från ett tidigare förhållande och en ny partner. Hon använder p-piller även som preventivmedel, har inga besvär och är färdig med sitt barnafödande.

a) Hur fastställs den *definitiva* diagnosen adenomyos? (1p)

Svar: Vid en histopatologisk undersökning

b) Vilka är de främsta symtomen vid adenomyos? (ange fyra symtom) (2 p)

Svar: Smärtor i form av sekundär dysmenorre, dyspareuni, känsla av tyngd i underlivet, blödningsrubbningsar i form av menorrhagi, (undersökningsfynd: lätt symmetrisk förstörd livmoder, palpationsömhet).

Emma har googlat på adenomyos och har då fått många träffar även på endometriosis och undrar nu om hon kan ha det också och om hon i så fall fått fel behandling. Du förklarar att hon kan vara lugn då behandlingen i princip är den samma för båda tillstånden.

c) Vad är behandlingsmålet vid hormonell behandling av endometriosis? (1p)

Svar: Målet är som regel amenorrhé och anovulation.

d) Vilken typ av p-piller är förstahandsval för behandling av endometriosis och hur ska det användas? (2p)

Svar: Vanligen ges ett gestagendominerat monofasiskt p-piller kontinuerligt.

e) Vilka är mekanismerna bakom smärtor vid endometrios? (2p)

Svar: Smärtan kan ha underliggande nociceptiva, inflammatoriska eller neuropatiska mekanismer. Det finns evidens för att alla dessa tre mekanismer är relevanta för endometriosassocierade bäckensmärter. Som vid andra kroniska smärttillstånd är endometrios ofta förknippad med psykisk distress och utmattning, vilka båda kan förstärka smärta.

f) Hur behandlas ett akut smärtgenombrott hos endometriospatienter? (2p)

Svar: Målet skall vara en smärtfri patient så snart som möjligt.

- Opioider ges i form av injektion eller infusion samtidigt med fulldos NSAID och paracetamol.
- Som alternativ kan epiduralblockad övervägas med till exempel kontinuerlig infusion med Narop®. Fördelen med Narop-EDA är att man samtidigt kan ge opioider vilket gör att man kan få en bättre övergång till annan smärtbehandling när EDA skall avvecklas.
- Paracervikalblockad med till exempel Marcain® med adrenalin eller Chirocaine® kan försökas.
- Ketalarinfusion är också ett alternativ.

För 2 poäng krävs "smärtfri så snabbt som möjligt", opioider som första steg och ett förslag på mera avancerad smärtlindring.

Fråga 12

Matilda och Johan väntar sitt första barn. Du träffar henne på MVC under första trimestern därför att hon fått höga poäng på AUDIT vid inskrivningen hos barnmorskan. Det framkommer att Matilda jobbar som mäklare och att det ofta varit sena nätter med mycket fest och alkohol efter jobbet tillsammans med arbetskamrater. Ibland har hon också provat partydroger som hon säger, när du försöker fördjupa anamnesen så framkommer att hon tagit kokain ca en gång per månad det senaste året. Johan har samma livsstil. Matilda försäkrar att hon inte tagit några droger eller har druckit alkohol sedan hon förstått att hon väntade barn. Däremot har det varit svårt att sluta röka. Tidigare i livet har Matilda haft perioder när hon "inte varit på topp" men hon har aldrig sökt sjukvård eller haft någon behandling för nedstämdhet. Sömnen och aptiten fungerar bra, och hon ser fram emot att bilda familj och börja en ny fas i livet som mamma.

a) Matilda har hört att det är farligt att röka när man väntar barn. Vad svarar du henne avseende risker med rökning, och vad råder du henne till? (2p)

Svar: Rökning under graviditet är associerat med en ökad risk för IUGR, IUFD, ablatio, previa, prematurbörd, missfall, extrauterin graviditet, läpp-käk-gomspalt. Om kvinnan slutar röka tidigt i graviditeten har hon generellt sett samma risker som icke-rökare. Risken för preeklampsi är minskad vid rökning, men om preeklampsi utvecklas hos kvinnor som röker är riskerna för ablatio, SGA och perinatal död högre än hos icke-rökare. Det bästa för barnet och henne är att sluta röka helt. Generellt sett finns det ett dos-respons samband där riskerna ökar ju mer man röker, men även någon enstaka cigarett per dag är skadligt. Att bara minska på antalet cigaretter brukar innebära att man röker dessa mer effektivt och det är stor risk att man gradvis ökar rökningen igen för att komma upp till sin "vanliga dos". Snus under graviditet är inte ett säkrare alternativ för fostret. Det innebär ökad risk för IUFD, prematurbörd, läpp-käk-gomspalt och neonatal apné. Det verkar inte påverka risken för preeklampsi. Det finns få studier på nikotinersättning under graviditet. Socialstyrelsen skriver att det kan rekommenderas i undantagsfall, det vill säga till gravida kvinnor som inte lyckas sluta på annat sätt. (referens: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-11-3-kunskapsunderlag.pdf>)

För poäng bör två negativa utfall vid rökning finnas med i svaret, patienten ska rådas att helt sluta röka, inte endast trappa ner.

b) Vilka åtgärder avseende hennes livsstil initierar du nu vid det första besöket? Vad planerar du för henne under graviditet? (3p)

Svar: Information om alkohol och droger. Stöd att sluta röka. Erbjuder kontakt med missbruksvården inom tex psykiatrin. Erbjuder kontakt med kurator, frågar vilket stöd hon själv vill ha. Tidig kontakt med BVC, denna familj kommer att behöva extra stöd.

Graviditeten flyter på bra för Matilda men när hon kommer på kontroll i v 32 är hon ledsen. Johan vill inte följa med henne till MVC och det framkommer att han fortsätter att festa som tidigare och är ute sent, kommer hem berusad flera gånger i veckan. Matilda är orolig för att han inte kan sluta festa eller ta droger och har bett honom att ändra beteende. Hon har också bett honom söka hjälp, hon tycker att han har ett alkohol- och drogberoende. Johan förnekar detta och säger att han skall sluta helt med festandet när barnet kommer, men att han vill passa på nu, innan bebisen är född.

d) Vilka åtgärder vidtar du? Vad säger lagen? (2p)

Svar: Kontakt med socialtjänsten för oros anmälan pga misstanke att en av föräldrarna har ett missbruksproblem.

Offentlighets- och sekretesslagen 10 kap hindrar inte att personal bryter sin tystnadsplikt för att kunna lämna uppgifter om missbruk i familjen innan barnet är fött, om det behövs nödvändig insats för skydd till det väntade barnet. Så snart barnet är fött inträder den sedvanliga anmälningsplikten enligt kap 1 #Socialtjänstlagen.

Matilda berättar också att hon har så svårt att sova, mycket oro och tankar på hur det skall gå när barnet är fött rusar i huvudet på natten. Hon önskar en sömntablett.

e) Vad svarar du, vad kan du erbjuda henne? (2p)

Svar: Sömntabletter är olämpliga när man är gravid, men att god sömn är viktigt. Rekommenderar antingen ngn antihistamin som kan vara ångestdämpande och rogivande (Lergigan) eller en ren sömntablett (Propavan) som hon dock ej kan fortsätta med efter barnet är fött. Erbjuder henne samtalskontakt.

Matilda har hört att det bästa för barnet är att ammas.

f) Vad råder du henne till med tanke på hennes tidigare missbruksbeteende? (1p)

Svar: Amning är ett bra sätt att mata sitt barn men inte det enda. Det är viktigt att man inte använder några läkemedel eller andra substanser som kan passera till barnet via modersmjölken. Om hon vill prova att amma och inte tar några substanser så kan hon göra det.

Amning rekommenderas även om mamman röker eller snusar.