



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

Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2022

Skrivningstid 10.00-15.00

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

Maxpoäng 108 p

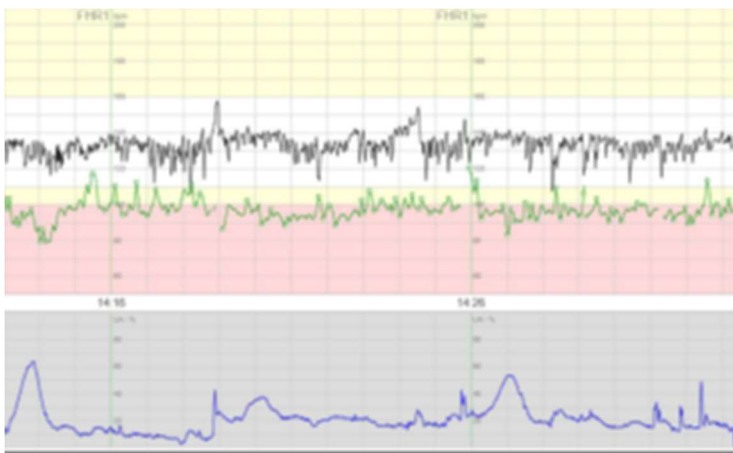
Lycka till!

Fråga 1

Lisa, 31 år gammal, väntar sitt tredje barn efter en normal graviditet. Hon har 2 PN sedan tidigare. Förra gången hann man inte med någon smärtlindring, berättar hon, och hon har blivit lovad på mödravården att få smärtlindring tidigt denna gång.

Hon har ett etablerad värkarbete, cervix är utplånad och öppen 5 cm.

Ni diskuterar smärtlindring. Lisa undrar över vilken smärtlindring hon skulle kunna få. Hon tänker inte bada och mår illa av lustgas.



a) Vilka farmakologiska smärtlindringsmetoder kan du rekommendera Lisa (ange tre) och varför (beskriv för- och nackdelar med de olika metoderna)? (3p)

Svar:

PCB – kan läggas direkt och bra under öppningskede.

Spinal – lägges men kan inte fyllas på. Bra vid förväntat snabba förlossningar.

Eda – narkosläkare lägger, påfyller kontinuerligt, bra under öppningsfas och nedträngande. Minskar inte värkar. Tar inte under krystvärkar och vulva/perineum.

Morfin – nackdel överföring till barnet, fördel enkel administration, vid ex hemostasrubbing

Lisa är väl påläst och efter en snabb information och diskussion kommer ni överens om epiduralanestesi.

b) Vilka indikationer resp kontraindikationer finns det för epiduralanestesi? (3p)

Svar:

Indikationer för eda?

Pats önskan

Hypertoni

Obesitas

Kontraindikationer?

Lokal infektion

Sepsis

Koagulationsrubbnigar

c) Biverkningar inkluderar hypotension och klåda. Vilka är de vanligaste komplikationerna i samband med en epiduralanestesi och ungefär hur vanliga är de? Ange 3 stycken (1p)

Svar:

Durapunktion (1%) – postspinal huvudvärk

Epidural nervskada/hematom (1/100 000)

Infektion/abscess (ovanligt)

Lisa föder snabbt barn efter eda-läggningen och får en perinealbristning.

d) Kan du undersöka och sy bristningen i epiduralblockad? Motivera anatomiskt (2p)

Svar:

Eda och pcb –Th10-L1

PDB – nervus pudendus - S2-S4 – perineum.

Fråga 2

Du har mottagning på specialistmödravården. Du träffar Linnéa 36 år som väntar sitt tredje barn. Hon är frisk, BMI 32. Hon är idag gravid i vecka 30+2. Hon har tidigare fött två barn vaginalt, okomplicerat i v 40 som vägde 3900g respektive 4000 g. Linnéa kommer nu till dig för att hon gjort en glukosbelastning för två veckor sedan som visat att hon har graviditetsdiabetes. Hon har därefter mätt sitt blodsocker och kommer nu för sitt första läkarbesök.

Nedan ser du Linnéas blodsocker och inser att hon behöver mer behandling än kost- och motion.

	Fastande	Efter frukost	Efter lunch	Efter middag
Dag 1	5.5	6.2	5.5	6.0
Dag 2	5.4	7.0	5.9	7.5
Dag 3	5.6	7.0	5.9	7.2
Dag 4	5.0	6.8	7.2	6.9
Dag 5	5.2	5.9	6.3	7.0
Dag 6	5.8	6.5	6.2	6.5
Dag 7	6.0	8.1	5.5	5.9

a) Föreslå en lämplig behandling för Linnéa. Motivera ditt svar. (3p)

Svar:

Metformin – förhöjda fastevärden som ändå ligger på en nivå som kan förbättras an Metformin.

Långverkande insulin – förhöjda fastevärden men normalt postprandiellt.

Motivera behandlingen med höga fastevärden som är den största prediktorn dåliga neonatala utfall

Linnéa har under sina två tidigare graviditeter inte haft graviditetsdiabetes och ställer sig nu frågande inför att hon verkligen har det nu.

b) Förklara för Linnea hur det kan vara så att man inte har graviditetsdiabetes under en graviditet men har det under en annan. (2p)

Svar:

Högre ålder

Högre BMI

Ökad paritet

Ändrad screening och/eller diagnoskriterier

c) Nämn två olika screeningstrategier för graviditetsdiabetes (1p)

Svar:

Förenklad OGTT till alla

Risikfaktorbaserad där slumpsocker ingår.

d) Screening syftar till att identifiera personer med förhöjd risk för sjukdom. Vad kännetecknar ett tillstånd som lämpar sig väl för screening? (3p)

Svar:

Box 1. Wilson & Jungner's principles of screening

1. The condition should be an important health problem.
2. There should be an accepted treatment for patients with recognized disease.
3. Facilities for diagnosis and treatment should be available.
4. There should be a recognizable latent or early symptomatic phase.
5. There should be a suitable test or examination.
6. The test should be acceptable to the population.
7. The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood.
8. There should be an agreed policy on whom to treat as patients.
9. The cost of case-finding (including a diagnosis and treatment of patients diagnosed) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole.
10. Case-finding should be a continuous process and not a "once and for all" project.

Source: Wilson & Jungner (3).

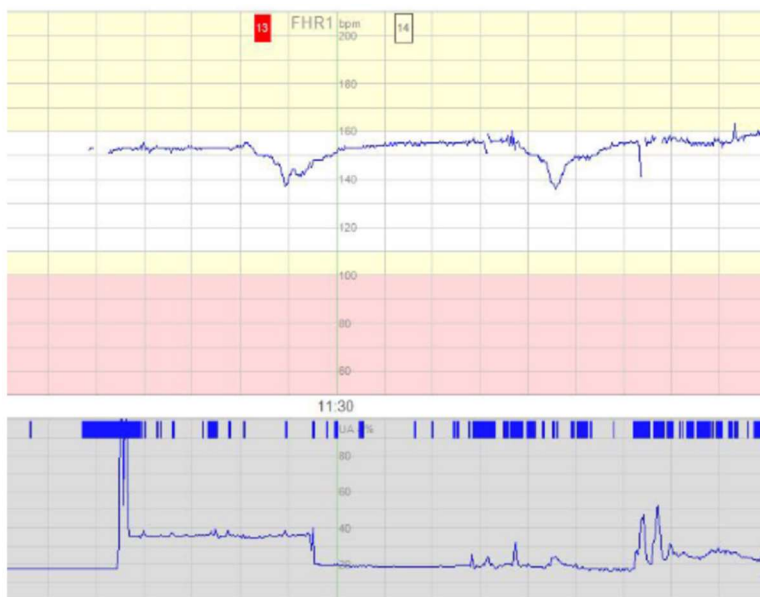
Fråga 3

Maja 32 år, väntar sitt första barn i vecka 39. Hon söker nu förlossningen för minskade fosterrörelser sedan igår. Aktuellt blodtryck är 155/95. Hon har inga aktuella mediciner.

a) Ange 4 orsaker till minskade fosterrörelser. (2p)

Svar: fetal hypoxi, sömnperiod, tillväxthämning, anemi, läkemedelspåverkan (opioider/bensodiazepiner)

Vid ankomst till förlossningen ser CTG ut så här och fortsätter med samma mönster i ytterligare 5 minuter innan du blir tillkallad till patienten.



b) Tolka och bedöm CTG. (2p)

Svar: Patologiskt CTG. Normal basalfrekvens, uttalat nedsatt - möjligen upphävd - variabilitet, inga accelerationer, uniforma sena decelerationer, inga tydliga kontraktioner.

c) Namnge kärlen som går mellan fostret och placenta och vilken syremättnad dessa kärl har. (1p)

Svar: Navelsträngsvenen (v. umbilicalis) till fostret (0,25p), syremättnad 75% (0,25p), två navelsträngsartärer (a. umbilicales) från fostret (0,25p), syremättnad 25% (0,25).

d) Namnge och definiera de tre begrepp som används för att beskriva olika nivåer av syrebrist hos fostret. (1,5p)

Svar: Hypoxemi: syrehalten sjunker men påverkar enbart syremättnaden i blod (minskat syrgastrick i blod); hypoxi: syrehalten sjunker och påverkar perifer vävnad; asfyxi: en generell brist på syre med risk för sviktande organfunktion.

e) Hur snabbt sjunker pH vid totalt stopp av syretillförseln? (0,5 p)

Svar: 0,04enheter/minut

f) Hur kan fostret kompensera vid syrebrist? Ange fyra sätt. (1p)

Svar: Effektivare syreupptag (0,25p), minskad aktivitet och tillväxt (0,25p), insöndring av stresshormoner (0,25p), omfördelning av blodflödet (0,25p), anaerob metabolism (0,25p)

g) Vad är en trolig orsak till att CTG ser ut som det gör, och vad blir din nästa åtgärd relaterat till CTG-bilden samt hur snabbt tänker du göra denna åtgärd? (1p)

Svar: Uniforma decelerationer som ses vid en antenatal CTG-registrering bör tas på stort allvar. Återkommande uniforma sena decelerationer är i regel ett sent tecken på uttalad placentainsufficiens, som i Majas fall skulle kunna bero på en obehandlad preeklampsi (0,5p). Överväg omedelbar förlossning vid uniforma sena decelerationer i kombination med nedsatt variabilitet. (0,5p)

Fråga 4

Sandra, 16 år, kommer via ungdomsmottagningen till kvinnokliniken på grund av att hon är gravid och vill göra abort. Hennes jämnåriga väninna, Aysha, följer med. Sandra är frisk, hade menarke vid 12 års ålder och har aldrig haft regelbunden mens. Sedan ett halvår har hon haft sporadiskt sex med en några år äldre kille som nyligen gjort slut. Hon är osäker på när sista mens var men sannolikt för några månader sedan. Sandra har inte reagerat på att mensens dröjt eftersom det varit så även tidigare då och då. Graviditetstest togs på ungdomsmottagningen igår.

a) Vad är viktigast att ta reda på först inför fortsatt handläggning? Motivera. (1p)

Svar: Datering av graviditeten (0,5p). Om hon ligger nära gränsen 18 veckor kan det bli fråga om ansökan till SoS etiska råd (0,5p). (1p)

Din vaginala ultraljudsundersökning visar en viabel, singelgraviditet i vecka 8+2. Sandra är chockad över att vara gravid, vill helst ha abort idag och hon vill absolut inte att föräldrarna ska bli informerade. "Min pappa skulle bli vansinnig om han fick veta".

b) Vilka avvägningar bör göras med tanke på hennes ovilja att informera föräldrarna? Vilka lagar har du att ta hänsyn till, och förklara på vilket sätt du kan förhålla dig till dessa? (2p)

Svar: Sekretesslagen (0,5p) och Föräldrabalken (0,5p). I denna situation kolliderar dessa två olika lagar men om du gör bedömningen att Sandra är mogen att fatta ett eget beslut om sin hälsa kan du respektera hennes sekretess. Du gör en mognadsbedömning, och behöver du hjälp i denna kan du koppla in kuratorn. (1p).

c) Vilka åtgärder bör göras mer idag inför aborten? (1,5p)

Svar: Gynundersökning inkl. diagnostik av ev. bakteriell vaginos (0,25p). Klamydiaprov (0,25p) om detta inte är gjort på ungdomsmottagningen. Diskutera preventivmedel (0,25p). Ta i beaktande att Sandras mensrubbnings (0,25p) kan behöva utredas innan ett hormonellt preventivmedel sätts in. Tänk på att hon även kan ha behov av att dölja preventivmedelsanvändning. Koppla in kurator (0,5p). (1,5p)

d) Hur planerar du att aborten och uppföljningen ska genomföras? (1p)

Svar: Abortdagen: Medicinsk abort (0,25p) planeras på sjukhuset på grund av ålder (0,25p), t.ex. kvinnoklinikens dagvård. Hon bör ha någon vuxen person med sig, vän, släkting, som hon litar på, annars försök avsätta extra personal (0,25p). Uppföljning på ungdomsmottagningen eller kvinnokliniken (0,25p). (1p)

Sandra genomförde aborten utan komplikationer.

Du träffar sedan Sandra och hennes vän Aysha några år senare. De är nu båda 23 år gamla. Nu har ungdomsmottagningen bokat in Aysha för preventivmedelsrådgivning hos dig då hon har stark ärftlighet för bröstcancer. Aysha är frisk, menarke vid 13 års ålder, regelbunden mens. Hon har en fast relation och önskar kombinerade p-piller. Tidigare har hon haft både mellandosgestagen och p-stav men fått mycket blödningstrassel.

e) Hur definieras stark ärftlighet för bröstcancer? (1,5p)

Svar: Mor/syster som är bärare av känd genmutation som kan medföra en ökad risk för bröstcancer (0,5p). Mor som insjuknat i premenopausal bröstcancer (före 45 års ålder)(0,5p). En syster/flera systrar som insjuknat i premenopausal bröstcancer (före 45 års ålder) (0,5p).

f) Hur handlägger du fallet med hänsyn till Ayshas önskemål om kombinerade p-piller? Motivera utifrån vilka olika typer av ärftlig bakgrund som kan finnas. (2p)

Svar:

- Kunskapsläget avseende bröstcancerrisken, utöver den genetiska risken, med hormonell antikonception till kvinnor med stark ärftlighet är oklart. Inget talar entydigt för påtagligt ökad risk men inte heller finns någon säkert påvisad skyddseffekt. (0,5p)
- Kvinnor med känd mutation (BRCA1 & BRCA2) har en ökad risk också för ovarialcancer där p-pillerbruk har en dokumenterad skyddseffekt. (0,5p)
- Nettoeffekten av p-pillerbruk för denna grupp kan alltså mycket väl vara gynnsam med tanke på skyddseffekten avseende ovarialcancer. -> vilket innebär att du inte bör avråda kvinnor med stark ärftlighet eller känd mutationsbärare från att använda hormonell antikonception (1p)

Fråga 5

Karin, 55 år opereras med en total abdominell hysterektomi pga stora myom. Hon är tidigare frisk, röker inte och har BMI 29. Du har varit med som assistent på operationen som gått utan komplikationer och ska nu få sluta buken.

a) Vilka lager syr du? Beskriv vilka suturmaterial du använder och vilka principer du tar hänsyn till när du väljer dessa? (3p).

Svar: Fascian – monofil med lång resorbtionstid, ex PDS för hållbarheten.(1p)

Ev subcutana suturer om subcutis över 2,5 cm – enstaka Vicryl, enbart för att motverka serom kortvarigt. (1p)

Huden – monofil, ex monocryl, med halvsnabb resorbtionstid, huden läker spontant snabbt. (1p)

Karin undrar hur länge stygnen från operationen sitter kvar.

b) Vad svarar du henne utifrån de suturtyper du valde att suturera lagren med intialt? Förklara även skillnaden mellan sårstöd och resorbtionstid, och vilken av dem du beskrivit. (2p):

Svar: Fasciesutur ex PDS, resorbtion 180d. +/- 20d

Hudsutur ex Monocryl, resorbtion 90-120d.

Andra suturer utifrån BB-utbildning.se

Två dagar efter operationen beskriver sköterskan på avdelningen under rondan att de fått lägga om såret flera gånger under natten för att det kommit så mycket vätska ur såret. Ni avvaktar, men detta fortsätter även nästkommande dag. När du undersöker Karin i sängen på avdelningen är förbandet helt mättat med guldfärgad klar vätska igen.

c) Vilken komplikation misstänker du huvudsakligen (ange en)? (1p) Vad undersöker du?(2p) Hur åtgärdar du komplikationen? (1p)

Svar: Fascieruptur. (1p)

Undersöker fascian med sond. Utesluter serom med ultraljud ev. Utesluter infektion (2p)

Åtgärd – resuturering på op. (1p)

Fråga 6

Anna, 41 år, söker till gynakuten pga buksmärta samt rikliga blödningar. Hennes vitalparametrar är BT 150/90, puls 100, saturation 100% på luft samt temperatur 37,6 grader. Patienten till prio gul enligt RETTS. Sjuksköterskan ringer dig och informerar om patienten, men du står upptagen på Förlossningen.

a) Vilken fråga är relevant för att ställa till sjuksköterskan för att kunna avgöra hur snabbt du behöver bedöma henne (enligt RETTS-systemet) (0,5p)?

Svar: Är patienten smärtpåverkad?

b) Beskriv hur RETTS- och NEWS-systemen skiljer sig och hur de är tänkta att användas (0,5p)

Svar: RETTS-systemet är ett beslutsstöd för triagering på akutmottagning och innehåller, förutom direkt fysikalisk undersökning enligt en algoritm (innehållande bl a kontroll av vitalparametrar) även en strukturerad anamnes utgående ifrån aktuella primära och huvudsakliga sökorsaken.

NEWS är framtaget för att kunna följa förlopp hos patienter (ffa inneliggande på avdelningar), där tattare bedömningar krävs vid försämring och utglesade bedömningar vid förbättring.

Efter att du är klar med sugklockan på Förlossningen, tar du dig till gynakuten. Du tar in Anna till undersökningsrummet. Hon berättar att hennes buksmärta började för 3 timmar sedan. Hon har aldrig tidigare känt så här. De senaste månaderna har hennes blödningar varit kraftigare än vanligt. Hon har tidigare fött två barn vaginalt samt medicinerar nu med Omeprazol vid behov på grund av dyspepsi.

c) Vilka anamnestiska uppgifter är av intresse hos patienter med buksmärta och vilka är de första labprover du efterfrågar hos patienter i Annas åldersgrupp med olaga blödningar och buksmärta ? (2p)

Svar: Anamnestiska uppgifter: Sidoskillnad i smärtan, smärtdebut, smärtintensitet, typ av smärta, utstrålning, relation till menstruationsblödningar, relation till rörelse eller matintag? Blödningsmönster, coitusblödningar? Gastrointestinala symtom? Preventivmedel? Uvisymtom? Feber? Tidigare opererad?

Lab: u-hcg, u-sticka, Hb, CRP, Lpk, STD-prover, cellprov.

Du undersöker Anna. Vaginal spekulumundersökning visar vulva och vagina ua, ur portio ses en buktande blödande rundad struktur på 3 cm i diameter med jämn yta som vid palpation känns fast.

d) Vad misstänker du i första hand och varför? (2p)

Svar: Myom i framfödande eftersom förändringen palperas fast och Anna också har smärtor (jämfört med polyp som oftast är smärtfri och är mjukare i konsistensen)

Du tar hand om de akuta symtomen och nästa morgon tar ansvarig överläkare på avdelningen över patienten.

e) Beskriv hur du rekommenderar att de går vidare i handläggning av Annas fall (2p)

Svar: Palpation för att bedöma om myomet har en stjälk. U-ljud för att bedöma uterus och förekomst av ev. andra myom samt bedömning av stälken tjocklek och ursprung (om möjligt). Biopsi generellt inte rekommenderat (förutom om uterusarkom misstänks).

Planera för operation i form av vaginal myomektomi (för PAD och behandling av symtomen), vilket kan göras antingen antingen på op eller enligt rutin för office-hysteroskopi beroende på myomets storlek och stälkens beskaffenhet, blödningsmängd och lokala förhållanden på arbetsplatsen.

f) Patientens Hb är 82, hur tänker du kring blodtransfusion i Annas fall och beskriv också generella principer för när och hur blodprodukter bör ordinerars? (2p)

Svar: Ordinerar 1 enhet i taget till en stabil patient. Stabil patient kan få blod om Hb <70. Målvärde Hb 80-90. Hb ≤ 80-90 hos patient med kardiovaskulär sjukdom, målvärde Hb 90-100 g/L. Om elektiv operation önskvärt med Hb 120 preoperativt hos kvinnor. Uppskatta en Hb-ökning av 10 g/L per transfunderad enhet hos en vuxen 60-80kg. Källa: Svenska Blodalliansen (Swedish Blood Alliance, SweBa), en ideell förening som verkar för samarbete mellan blodcentralerna i Sverige.

Fråga 7

Elina fick sin första menstruation vid elva års ålder. Så småningom märkte hon att det kunde gå flera månader utan att blöda för att därefter få en extremt tung menstruationsblödning. Menstruationsblödningar fortsatte att vara så och hon trodde bara att det var normalt för henne. När Elina gick tvåan i gymnasiet började hon få andra symtom som ökad hårväxt i ansiktet och mörk sammetslen missfärgning på vissa områden i kroppens rynkor och hudveck. Viktökning har också varit ett annat besvär för henne. Slutligen, vid arton års ålder, efter ett år utan mens, kontaktade hon sin läkare och fick recept på p-piller. Efter några månader blev hennes menstruationer reglerade och övriga symtom minskade. Hennes BMI har dock alltid legat strax över 30kg/m².

a) Vilken är den mest sannolika diagnosen för hennes besvär? (1p) Motivera ditt svar. (1p)

Svar: PCOS. (1p)

Patienten har oligomenorré samt kliniska tecken på hyperandrogenism så hon uppfyller kriterier enligt Rotterdam consensus för diagnos av PCOS. Fynd av Acanthosis Nigricans kan förstärka diagnosen. (1p)

b) Ange minst fyra differentialdiagnoser och specifika hormonprover för att kunna utesluta de diagnoserna. (0.25p/diagnos, 0.25p/prov, totalt 2p)

Svar: 1) Sent debuterande kongenital adrenal hyperplasi (LCAH): 17-OH-progesteronhormon

2) Androgenproducerande tumör: Testosteronhormon, ofta >5nmol/L

3) Cushing syndrom: Kortisol i ett dygns urin.

4) Hypotyreoos: Tyreoideastimulerande hormon (TSH)

5) Hyperprolaktinemi: Prolaktinhormon (PRL)

6) Hypotalam amenorré: Ingen specifik hormon

Tre år senare har Elina gift sig och nu önskar hon barn. Hon har försökt att bli gravid i drygt 10 månader utan resultat, därför söker hon nu hjälp hos läkare på fertilitetsmottagning.

c) Med tanke på Elinas tidigare anamnes, vilken förstahandsåtgärd är lämplig att rekommendera? (1 p) Motivera ditt svar (1 p)

Svar:

Viktnedgång (> 5%) (1p) kan återställa ovulationer (1 p).

Efter att Elina har provat olika åtgärder och behandlingar beslutar Elinas läkare att hon ska genomgå behandling med in-vitro fertilisering (IVF) och beställer förberedande prover.

d) Vilket/vilka prov är enligt Socialstyrelsens föreskrifter obligatoriskt att kontrolleras inför assisterad befruktning? (1 p)

Svar:

Infektionsprover (HIV, HBV, HCV, HTLV, Syfilis). HTLV provet är inte obligatorisk vid låg risk för sjukdomen. (1 p)

Elina har nu genomgått IVF-behandling med FSH stimulering i en GnRH-antagonistprotokoll. Efter embryotransfer har läkaren ordinerat vaginalt mikroniserat progesteron fram till graviditetstest.

e) Vilken effekt har GnRH-agonist/antagonist vid IVF-behandlingar? Förklara kort den fysiologiska mekanismen. (2p)

Svar:

GnRH-agonister eller antagonister ges i syfte att kontrollera patientens endogena gonadotropinutsöndring för att förhindra en för tidig LH ökning, vilket kan uppstå vid utveckling av flera dominerande folliklar.

Fråga 8

Du har mottagning på en gynekologisk klinik i en medelstor svensk stad och din andra patient för dagen, Samia 25 år, söker pga smärta i underlivet.

Hon har besvär med IBS och behandlades för tre år sedan för depression. I övrigt är hon frisk, medicinfri och aldrig opererad. Hon arbetar heltid inom räddningstjänsten, har fast partner och vill gärna bli gravid inom kort.

Smärta och ömhet i underlivet har hon haft av och till länge men symtomen har försämrats de senaste månaderna och är nu så besvärliga att hon beslutat sig för att söka hjälp.

a) Vilka anamnestiska uppgifter saknar du i beskrivningen ovan (2p)?

Svar: Psykosociala förhållanden, i aktuell eller tidigare relation utsatt för sexuella övergrepp eller våld? Sexuell hälsa (dvs finns lust, orgasmförmåga)?

Debut? Provocerande faktorer för smärtan? Lokalisation? Samlagssmärta? Rädsla för smärta? Ångest, stress och oro i övrigt? Klåda? Hygienrutiner?

Gynekologisk anamnes och symtom i övrigt - preventivmedel, blödningsmönster, avvikande flytningar, hudförändringar, genomgångna svampinfektioner, funktion i tarm och blåsa? Hudproblem? Allergier?

Övriga smärttillstånd?

Du misstänker utifrån den informationen du skaffat dig i anamnesen att Samia har lokaliserad provocerad vestibulodyni.

b) Hur kan du ställa diagnosen (utredning och förväntade undersökningsfynd) (2p)?

Svar: Inspektion av hud i vulva: blåsor, hudförändringar, sår? (för att utesluta andra diagnoser) - rodnad och sprickbildning? (stärker misstanken)

VSU + wetsmear + sniffstest (bakteriell vaginos, cervicit och candidavulvovaginit eller kronisk svampinfektion?) Provtagning för STD.

Undersökning av bäckenbotten för att känns på tonus, styrka, förmåga till avspänning, stramhet mm. Vanligt fynd är en svag, anspänd och känslig bäckenbotten och yttlig smärta i slidans bakre omfång.

c) Vilka är de rekommenderade behandlingarna vid Annas tillstånd (första linjen och andra linjen) och hur är evidensläget gällande behandlingar (3p)?

Svar: I första hand multimodalt omhändertagande inkluderande psykosocial behandling (information till patienten och utbildning i smärtfysiologi och sexualfysiologi). Kroppskännedom/avspänningströning, bäckenbottenträning (evidensläge B).

Utifrån beprövad erfarenhet rekommenderas desensibilisering med smörjövningar, allmänna råd om hygien och sexualvanor.

Andralinjens behandlingar: botulinumtoxin A, Capsaicin (evidensläget svagt) och vestibulektomi (sistahandsalternativ).

d) Vad känner du till om fertilitet och förlossningsutfall hos patienter med lokaliserad provocerad vestibulodyni(2p)?

Svar: En svensk kohortstudie har dokumenterat att kvinnor med lokaliserad provocerad vestibulodyni och/eller vaginism föder färre barn. Bland de som föder barn är andelen kejsarsnitt högre, liksom andelen svåra förlossningsskador (perinealbristning grad 3 och 4). Andelen barn födda efter genomgången IVF är högre (7% jmf med 4%) hos kvinnor med lokaliserad provocerad vestibulodyni.

Ref: Kartläggning av vestibulit, SoS (artikelnr 2018-6-16), ARG-rapport Vulv-Arg 2013, internetmedicin.se

Fråga 9

Karin, 62 år, en lite lätt överviktig dam, kommer på remiss till gynekologmottagningen från sin läkare på vårdcentralen pga globuskänsla, skav vid rörelse och ständiga läckagebekymmer. Menopaus för drygt 10 år sedan och det var då som hon började få mer besvär. Hon har inte velat söka då hon tycker att det känns jobbigt men nu är problemen stora. Hon känner att något är i vägen och hon tycker att det är svårt att klara jobbet. Det luktar ofta urin i underlivet och hon har försökt att knipträna men tycker att det är svårt att hitta rätt. Hon opererades för minst 15 år sedan för inkontinens men den har kommit tillbaka. Hon är 3-para, 3 PN där det första barnet förlöstes med sugklocka och klipp.

a) Vad vill du mer veta i anamnesen angående hennes läckage och prolapsbekymmer? Skriv minst 3 olika uppgifter du vill fråga om för att få veta mer om hennes symtom (0.5p/uppgift, totalt 1,5p)

Svar: Fler frågor om läckaget. Urin? Gas/ avföring? När läcker hon? Diffa mellan ansträngning och trängningar, eller kombination. Hur ofta? Trög mage? Annan sjuklighet, läkemedel? Behöver hon hjälpa till med fingrarna för att tömma tarmen? Hänger något utanför slidan? Kan hon trycka in det? Får hon UVI:er ofta? Hur ofta går hon och kissar dagligen.

b) Finns det något du speciellt tittar efter i vaginalstatus och buken pga prolapsen (1p)? Någon extra undersökning du funderar på att göra på mottagningen pga hennes inkontinensbekymmer för att se vilken typ hon har (0.5p)? Finns det något prov du vill ta på mottagningen och varför (0.5p)?

Svar:

-Tittar på slemhinnornas status, ev atrofi, eventuell förlossningsskada/ärr efter klipp, inspekterar hur framväggen, cervix och bakväggen läge ändras mellan vila och krystning, palperar per rektum för att känna eventuellt rektocel, palperar buken så det inte finns något som trycker uppifrån och orsakar prolapsen (myom/tumor, ascites) och kontrollerar med vaginalt ultraljud.

-Blåsfyllnadstest - fyller blåsan med 300 ml koksalt och provocerar henne med hosttest.

-Urinsticka för att utesluta infektion eller diabetes.

c) Vilka är de vanligaste riskfaktorerna för prolaps? Ange minst 4 riskfaktorer (0.25p/riskfaktor, totalt 1p)

Svar: Hereditet, antal graviditeter/förlossningar, felläkta/osuturerade förlossningsskador, kronisk förstoppning, tungt arbete, övervikt, ålder

Du ser en rejäl bula i framväggen som kommer 2 cm utanför introitus vid krystning.

d) Vad föreslår du som första åtgärder till Karin för att hjälpa henne mot hennes globus och skavkänsla. Ange minst 4 åtgärder (0.25p/åtgärd, totalt 1p)? Hur informerar du henne om eventuell påverkan på inkontinensen(1p)?

Svar:

-Ringbehandling, lokalt östrogen, viktnedgång, laxerande behandling utöver bra kost, knipträning.

-Man kan även behandla med operation men man provar gärna ring först, genom att behandla prolapsen kan hennes inkontinensbekymmer antingen bli bättre eller försämrats då blåsans läge flyttas.

e) Vad finns det mer att göra utredningsmässigt för hennes inkontinensbekymmer? Ange minst 3 åtgärder (0.5p/åtgärd, totalt 1.5p)?

Svar:

-Urinmättningslistor 2 dygn-frågeformulär

-Träffa uroterapeut för blåsträning och för hjälp med att hitta musklerna (ev med hjälp av sjukgymnast)

-Cystometri/urodynamisk undersökning då hon är opererad tidigare, viktigt att se vilken komponent som är störst, ansträngnings- eller trängningsbiten?

Efter lämplig utredning kommer man fram till att hon har dominerande ansträngningsinkontinens.

f) Vad erbjuder du henne handlingsmässigt mot ansträngningsinkontinensen förutom det du redan har rekommenderat ovan? Ange minst 2 åtgärder (0.5p/åtgärd, 1p totalt).

Svar: *Rekommendera knipkulor, ev divine inkontinensbåge om det är mest är vid tunga lyft eller vid sportande hon läcker, ev göra en operation till men då bör man ha gjort cystometri före som visat att ansträngningsbiten dominerar och behandlat allt som kan utan operation, dvs även viktnedgång till BMI under 30*

Fråga 10

Eva 52 år kommer till dig på en gynekologisk mottagning på ett mindre sjukhus efter några turer i primärvården där hon utretts för ihållande illamående. Efter en normal gastroskopi gjordes en kontrastförstärkt DT buk som visar en 12 cm stor cysta till vänster i buken och ascites. Du tänker att genast att äggstockscancer är en möjlig diagnos i det här fallet och du vill veta mer om Eva.

a) Du vill nu utvidga anamnesen; Ange 2 tidiga symptom (förutom det symptom som föranledde henne till din mottagning) (1p) samt den enskilt största riskfaktorn för äggstockscancer (0,5p).

Svar: Tidiga symptom: Diffus buksmärta, nydebuterad IBS hos äldre, svullnadskänsla i buken, täta trängningar, tidig mättnadskänsla, förändrade avföringsmönster. Enskilt största riskfaktorn: ärftlighet

Både incidensen och dödligheten i äggstockscancer har minskat sedan 1970-talet. Samtidigt har äggstockscancer den högsta dödligheten bland de gynekologiska maligna tumörerna.

b) Ange ett möjligt skäl till minskad incidens (0,5p) och ett skäl för högst dödlighet (0,5p) bland de gynekologiska maligna tumörerna.

Svar: Minskad incidens: ökad användning av p-piller, som har en skyddande effekt mot äggstockscancer; förändrade diagnoskriterier, då det i dag krävs att man i den patologiska bedömningen konstaterar malignitet med ursprung i äggstocken för att kunna sätta diagnosen äggstockscancer; sjunkande andel MHT-behandlade med främst östrogenbehandling (dock svagt samband i nya studier, men står fortfarande kvar i vårdprogrammen). Högst dödlighet: svårigheterna att upptäcka sjukdomen i tidigt skede, vilket innebär att majoriteten av alla fall diagnostiseras först vid spridd sjukdom.

Vid besöket hos dig gör du en gynekologisk bimanuell undersökning och per rektumundersökning, samt ett vaginalt ultraljud som bekräftar bilden av en misstänkt malign tumör i vänster äggstock utifrån IOTA simple rules och pattern recognition.

c) Vilka undersökningar och prover behöver du komplettera med inför anmälan till multidisciplinär konferens (MDK)? (2p)

Svar: För att få full poäng bör man inkludera 1) laparocentes av redan känd ascites för cytologi (0,5 p); 2) kompletterande DT thorax som ej är gjord (0,5 p) för att se ev spridning, förstörade lymfkörtlar för ev vävnadsprov/pleuravätska och då pleuratappning för cytologi; 3) blodprover inklusive blod-och elektrolytstatus, krea, albumin och CA 125, CEA, CA 19-9 (CA 125 måste finnas med för poäng av blodprover) (0,5p); 4) någon sorts undersökning för värdering av fysisk prestationsförmåga (t.ex. med arbetsprov, EKG, EKO, spirometri, nutritionsstatus) (0,5p)

Du har nu fått en hel del svar på undersökningar och prover och vid MDK planeras det nu för primärkirurgi efter neoadjuvant cystostatika-behandling.

d) Var ska Eva opereras (0,5p) och vilka två faktorer (1p) är viktigast för Evas prognos? (1,5p)

Svar: Vid ett centraliserat tumörkirurgiskt centrum (0,5p), stadium (0,5p) och makroskopisk radikalitet (0,5p)

Vid genetisk analys har man funnit två stycken vanliga mutationer som ses vid denna tumörtyp.

e) Ange två olika sorters mutationer som vanligen ses vid denna cancertyp (1p).

Svar: Mutationer i BRCA (0,5p) och P53 (0,5p)

PAD efter primärkirurgin visade en höggradig serös cancer, stadium III. Eva kommer nu att få cystostatikabehandling med platinum och en taxan var 3:e vecka i 6 cykler.

f) Vilken annan sorts behandling skulle kunna vara lämplig i Evas fall förutsatt att hon svarat på primärbehandlingen, samt att hon har en av de ovan efterfrågade mutationerna? (0,5p) Beskriv kortfattat hur den fungerar. (1,5p)

Svar: PARP (poly-ADP-ribospolymeras)-hämmare (0,5 p). BRCA-muterade celler har en defekt i proteinerna som reparerar dubbelsträngsbrott (homolog rekombination) på DNA och får därför förlita sig på ett annat slags "reservsystem" som kallas för poly(ADP-ribos)polymeras, eller PARP, som finns i alla celler och som också har till uppgift att reparera dessa fel. Om detta reservsystem hämmas/slås ut så dör cancercellerna som hade en defekt BRCA-gen eftersom de drabbas av för många ogynnsamma mutationer. Men de vanliga cellerna som har en fungerande BRCA-gen klarar sig. (1,5p)

Fråga 11

Emina, 30 år gammal, söker pga dysmenorré. Hon äter inga mediciner, har aldrig blivit opererad. Berättar att hon egentligen haft kraftig mensvärk sedan menarche vid 12 års ålder. Hon blöder i ca 7 dagar, 28 dagars cykler, sista mens för 2 veckor sedan. Hon har ett barn på 2 år gammal. Nu tycker hon att blödningarna har ökat och smärtan är outhärdlig. Du undersöker patienten. VVP ua. Vaginalt ultraljud visar endometrium på 8 mm, treskiktat, höger ovarium ua men vänster ovarium är lite svårt att hitta, möjligen att du kan se den dikt an på baksidan av uterus.

Du funderar på om det kan vara endometrios. Vad mer vill du fråga patienten? (2p)

*Svar: Preventivmedel? Smärtlindring vid mens? Dyspareuni? Svårt att bli gravid? Miktions-
Tarmbesvär? Cyklokapron? (0,5 p per korrekt svar.)*

Mycket tyder på att det skulle kunna vara endometrios.

Vad är målet med hormonell behandling av endometrios? (2p)

*Svar: Eftersträva amenorré (1p) samt anovulation (1p), som tecken på att man har nått låga
östrogennivåer. Med hormonbehandling vill man sänka kroppens egna östrogennivåer för att
"svälta" endometrioshärdarna.*

Hur ser terapistegen ut för hormonbehandlingen av endometrios? (2p)

*Svar: 1. Hormonella preventivmedel (kombinerade eller enbart gestagener). 2. Högdoserade
gestagener. 3. GnRH-agonister. (2 p om hela trappan är rätt, annars 1 p.)*

Emina har det senaste året provat de två första stegen i trappan men har trots förmodat effektiv behandling fortfarande väldigt ont flera gånger i månaden. Hon har ringt mottagningen vid flera tillfällen och önskat allt fler recept på starka smärtstillande tabletter. Du funderar på om hon har utvecklat ett beroende och tänker skicka en remiss till smärtenheten för tips och råd för att få henne att minska tablettintaget. Innan detta vill du dock vara helt säker på diagnosen och du har därför skickat en remiss till specialist ultraljudsenheten som dock inte hittade någon säkert endometrios. Emina blev jättearg när du inte ville förskriva fler narkotikaklassade läkemedel och helt förtvivlad när du berättade att ultraljudsundersökningen inte visade några säkra tecken på endometrios. Hon är helt säkert på sin diagnos efter att ha chattat med andra kvinnor på flera olika endometriosforum och menar att hennes negativa fynd på ultraljudet säkert beror på behandlingen hon tagit det senaste året. Emina vet att man förr nästan alltid gjorde en titthålsoperation för att få diagnos och hon önskar därför att få detta utfört. Efter att ha samtalat med dina mer erfarna kollegor sätter du upp Emina på en elektiv laparoskopi med frågeställningen endometrios.

Vad förväntar du dig kunna hitta vid en sådan laparoskopi som tyder på endometrios? Skriv det som du ser på bilden, samt även andra fynd som kan hittas vid endometrios med som inte ses på bilden (2p).



Svar: Endometrioshärdar, fyllda med klar vätska eller gammalt blod, dessa kallas för clear, red eller black lesions. Fibros. Adherenser i lilla bäckenet som tecken på djup endometrios. Endometriom. (0,5 p per korrekt svar.)

Vid behandling av svår endometrios brukar man ibland prata om add back-behandling, vad är det? (1p)

Svar: När patienten får behandling med GnRH-agonist, försätts hon i ett kemiskt klimakterium med risk för biverkningar. För att minska dessa biverkningar och undvika osteoporosutveckling ska "add-back" med kombinerad MHT (monopausal hormonterapi) dvs lågdos östrogen samt lågdos gestagen ges.

Källor: SFOG-Råd om Endometrios, Del 9: Hormonbehandling vid endometrios ([Del 9. Hormonbehandling vid endometrios 210216 \(sfog.se\)](#)) samt Del 11. Kirurgisk diagnostik och behandling av endometrios ([Del 11. Kirurgisk diagnostik och behandling av endometrios 210201 \(sfog.se\)](#)).

Fråga 12

Du har mottagning på specialistmödravården. Du träffar där Signe 31 år som väntar sitt första barn i v 12. Signe har tidigare haft problem med utmattningsdepression men uppger inga problem med detta i nuläget. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. Signe kommer på remiss från mödrahälsovården då hon uppgett förlossningsrädsla.

Förlossningsrädsla delas in i olika grader som kan kopplas till den insats som kvinnan sannolikt behöver.

e) Redogör för begreppen Lätt förlossningsrädsla, måttlig förlossningsrädsla, svår förlossningsrädsla och fobi för förlossning. (4p)

Svar:

- *Förlossningsfobi medför att kvinnan p.g.a. extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning*
- *Svår förlossningsrädsla medför psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret, eller leder till begäran om kejsarsnitt*
- *Måttlig förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande*
- *Lätt förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen.*

Signes tidigare ångestproblematik är en riskfaktor för att utveckla förlossningsrädsla.

e) Vad behöver du komplettera anamnesen med för att få en bättre bild av vilka riskfaktorer som finns för Signe? (2p) (0,5 p svar, ange minst 4)

Svar:

- **Tidigare sexuella övergrepp?**
- **Social situation/stöd**
- *Har hon en partner? Hur är relationen till hen?*
- *Hennes psykiska hälsa tidigare i livet? I vilka situationer har hennes ångest kommit?*
- *Stort kontrollbehov?*
- *Smärtekänslig?*
- *Stickfobi?*
- *Dålig självkänsla?*

0,5 p för varje, de första två måste vara [0,5]med.

Signe uttrycker stark rädsla att förlossningen ska bli långdragen och att hon inte ska orka. Hon har flera bekanta som har berättat om sina långa förlossningar. Vissa av vännerna har blivit förlösta med akut kejsarsnitt. Signe tror att detta bottnar i en rädsla att bli helt uttröttad och på grund av detta riskera att hamna i en depression efter förlossningen. När Signe tidigare blev deprimerad var det nämligen i samband med långvarig stress på jobbet då hon till slut inte orkade någonting. Signe har själv funderat på om planerat kejsarsnitt kunde vara en lösning då hon i så fall tror sig om att kunna orka.

Du träffar Signe flera gånger under graviditeten och hon har också kontakt med samtalsbarnmorska. Efterhand landar Signe ändå i att hon vill försöka föda vaginalt och ni utformar en plan för detta. Du känner dock att det i Signes fall också finns ett stort behov av en planering post partum för att undvika en post partum depression.

e) Hur kan en sådan plan se ut efter förlossningen? (3p)

Svar:

- *Upplys patienten om hennes sårbarhet (risk att få post partum depression)*
- *Eget rum på BB med möjlighet för partner/medföljande att stanna kvar.*
- *Få möjlighet att sova*
- *Aktivera sitt sociala nätverk innan förlossningen, t ex planera att det finns någon som hör av sig varje dag – det är lättare att tacka nej till stöd än att be om det.*
- *Om möjligt göra så att båda föräldrarna kan vara hemma tillsammans första tiden.*
- *Återbesök/kontakt med SMVC/MHV 2-3 veckor efter förlossningen för kontroll av psykiskt status.*
- *Tidig kontakt med BVC i samråd med familjen*

Referens

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/?pub=50049&lang=sv>