

Specialistexamen år 2002

Frågor och Svar

Allmän del

1. Vid modern postoperativ smärtlindring utgår man ifrån läkemedel som i princip verkar på två olika nivåer.

- Vilka är dessa nivåer och ange typ av läkemedel samt hur de bäst administreras. (2 p)

Svar:

- 1) perifert verkande analgetika a) paracetamol, b) NSAID. Administrerings-sätt; oralt, rektalt eller iv (helst ej im).
- 2) centralt a) starka morfinerivat. Administrerings-sätt; iv helst PCA (Patient Control Analgesia). Ev sc, oralt (men helst ej im).

Även EDA används vid omfattande kirurgi i generell anestesi. (Ref SFAIs rekommendationer)

2. Det finns två dokumenterade sätt att sänka risken för smittoöverföring av HIV från mor till barn under graviditet och förlossning. Vilka? (2 p)

Svar: Profylax med antiviralt medel under graviditeten och elektivt kejsarsnitt (avråda från amning).

3. En antenatal screeningtest för preeclamps utvärderades på 100 primigravida kvinnor; 20 av dessa hade positiv test. Vid avslutningen av studien hade 10 utvecklade preeclamps; bara fem av dem fanns bland de screeningpositiva kvinnorna. (3 p)

Beräkna sensitivitet och specificitet, positivt prediktivt värde samt negativt prediktivt värde.

Svar: Följande tabell illustrerar beräkning av dessa vanliga värden:

	Kvinnor med preeclamps	Kvinnor utan preeclamps
Screening pos	Sant pos (a) 5	Falskt pos (b) 15
Screening neg	Falskt neg (c) 5	Sant neg (d) 75

Sensitivitet ($a/a+c$) är sannolikheten för att testet blir positivt hos dem som är sjuka. Rätt svar: 50% (5/10)

Specificitet ($d/b+d$) är sannolikheten för att testet blir negativt hos dem som inte är sjuka.

Rätt svar: 83% (75/90).

Positivt prediktivt värde ($a/a+b$) är sannolikheten för att sjukdom föreligger när testet är positivt. Rätt svar: 25% (5/20). Negativt prediktivt värde ($d/c+d$) är sannolikheten för att sjukdom inte föreligger när testet är negativt: 94 % (75/80).

RCOG Part two Clin obst and Gynecol sid 39, nr 134.

4. Hos en man diagnostiserades en sk balanserad translokation.

Redovisa vad detta innebär, dvs beskriv enkelt hur kromosomförändringen ser ut. Redovisa kort hur man skall råda patienten vad gäller risker vid graviditet. (3 p)

Svar: Translokation innebär brott på kromosomer, där fragment sedan kopplas på en annan kromosom. Reciprok translokation innebär ett utbyte av material mellan två icke homologa kromosomer. Vid en balanserad translokation finns ett normalt antal kromosomer, och normal mängd genetiskt material, men detta är rearrangerat. Individerna ser fenotypiskt normala ut, men kan ha nedsatt fertilitet. Det föreligger risk för sk obalanserad translokation

hos avkomman, och detta leder oftast till missfall, och kan också leda till födsel av ett icke friskt barn. (RCOG Part two Clin obst and Gynecol sid 49 nr 175).

5. Sedan 60-talet har den åldersspecifika incidensen samt mortaliteten i cervixcancer minskat i Sverige. Detta gäller inte alla åldersgrupper: Bland kvinnor över 75 år kvarstår incidensen oförändrad. Bland kvinnor i 30-årsåldern är incidensen ökad. Förklara dessa avvikelser från den allmänna trenden med minskad incidens. (2 p)

Svar: Bland kvinnor 75 år har den allmänna screeningen med cytologprovstagning inte tillämpats. Denna grupp har därför högre incidens än yngre åldersgrupper, där den organiserade screeningen lett till att en minskning skett från 1960 till 1990-talet (halvering av incidens och 40%-ig minskning av mortalitet i invasiv cancer). Bland den yngre åldersgruppen (30 år) har en högre incidens invasiv cervixcancer noterats under senare år. Detta har ansetts vara en följd av en större andel adenocarcinom (20% nu mot 5% på 60-talet). Denna typ diagnosticeras ej lika säkert med cytologprov. I flera studier har man visat att förekomst av denna cancertyp och långvarigt p-pillerbruk samvarierar. (SFOGs ARG rapport)

6. I Sverige rekommenderas järn rutinmässigt som kosttillskott till gravida kvinnor. Hur stor dygnsmängd järn rekommenderas oftast till gravida kvinnor och vad är det primära syftet med denna allmänna rekommendation? (2 p)

Svar: 100 mg järn/dygn från omkring 20:e graviditetsveckan. Trots optimal kost och

optimal resorption beräknar man att mot slutet av graviditeten uppstår en relativ brist på c:a 500 mg järn. Tiden efter förlossningen är järnförrådet således fortfarande relativt lågt och marginalerna små för att klara en normal återhämtning efter eventuell blödning under förlossningen. (REF Marsal, Grennert, Obstetriks Öppenvård).

7. Vad är de huvudsakliga kända mekanismerna bakom p-pillers smärtstillande effekt vid dysmenoré? (2 p)

Svar: Hormontillförseln från p-piller minskar slemhinneupbyggnaden och hämmar ägglossningen. Därmed fås en mindre blödning och prostaglandinaktivitet samt en nedsatt myometrieaktivitet. (Bossmar et al, BJOG 1995).

ESSÄ-fråga (4 p):

Under graviditet uppstår hudförändringar och ibland klåda.

- Beskriv kort några graviditetsspecifika dermatologiska förändringar
- ange två orsaker till klåda under graviditet och förslag till behandling.

Svar:

- Fysiologiska förändringar
Hyperpigmentering (linea nigra, mamilles, genitalia, naevi, fräcknar, ärr, melasma)
Vaskulära förändringar (palmarerytém, spiderangiom, varicer)
Godartad tumör (granuloma telangectatum)
Striae
Kutana ödem
- Pruritus gravidarum pga hormonellt betingad cholestas. Gallsyror ger klådan. Behandlas med kylande medel, eventuellt cholestyramin, gallsyrehämmare.
PUPPP (Pruritic Urticarial Papillae and Plaques of Pregnancy) urtikariella papiller, eventuellt vesiklar och eksemliknande besvär med svår klåda. Debuterar oftast i tredje trimestern eller post partum. Behandlas med lokala steroider. I extrema fall behövs systembehandling.
Pemfigoid herpes gestationes. Kliande urtikariella rodnader och blåsor. Debut under graviditet. Behandling: Prednisolon, eventuellt plasmaferes.

(Litteratur: Skin and changes and diseases in pregnancy. Harahap, Wallach, Dekker, 1996.)

Gynekologi

1. Gynekologisk cellprovtagning:

- Vad menas med begreppet screening?
- Vilka screening intervall rekommenderas i Socialstyrelsens Rapport (98:15)?
- Klargör skillnaden mellan begreppen indicerad provtagning, opportunistisk screening och organiserad screening!
- Hur stor är sensitiviteten för att med ett enstaka gynekologiskt cellprov upptäcka dysplasi?
- Hur stort är det utfallet (% dysplasier) vid organiserad screening med gynekologisk cellprovtagning i Sverige? (2,5p)

Svar:

- Undersökning av grupp av individer utan symtom i syfte att finna specifiserad sjukdom
- Var tredje år i åldern 23-50 år och vart femte år i åldern 51-60 år
- Provtagning vid symtom eller vid avvikande undersökningsfynd, provtagning i samband med gynekologisk undersökning av annan orsak provtagning enligt a)
- 60-80%
- Omkring 1,5% (SoS Rapport 98:15 Gynekologisk cellprovtagning):

2. Vid vilka kliniska situationer bör man misstänka utero vaginal missbildning? Vilken utredning bör göras? (2p)

Svar: Amenorré, andra trimester missfall, prematurförlossning. Utredning med kartläggning av den avvikande anatomin, ultraljud MRT. Även utredning av urinvägsanatomin.

3. Onkologisk kirurgi

- Vad menas med retroperitoneal operationsteknik?
- Vad är fördelarna med denna metod och vid vilka tillstånd bör tekniken användas? (2p)

Svar:

- Retroperitoneal dissektion möjliggör radikal extirpation med medtagande av lymfkörtlar
- Störst möjlighet till radikalitet samt korrekt stadiindelning för optimal kompletterande adjuvant behandling. Ovarialtumörer, cervixcancer.

4. Sara, 22 år, söker på Kvinnoklinikens mottagning för smärtor i underlivet vilket omöjliggör samlag. Hon är I-gravida/0-

para med en leg. abort för 1, 5 år sedan. Använder p-piller Trionetta. (4p)

a) Vad vill du veta mer anamnestiskt?

Svar: Ytlig eller djup smärta? Smärtans karaktär? Hur länge? Klåda? Tidigare behandling mot svampinfektioner? Tidigare kondylom/-behandling? Fast partner? Hur är relationen?

b) Sara berättar att hon haft tre svampinfektioner senaste halvåret. Vid undersökningen noterar du rodnad i hela introitus. När du försöker sätta in spekulum värjer sig Sara kraftigt pga smärta. Vad gör du?

Svar: Avstår från spekulumundersökningen. Palperar försiktigt kring introitus (vaginism?). Trycker mot vestibularkörtlarna med en bomullspinne. Tar försiktigt ett wet smear för att titta efter svamphyfer alt. en svampodling.

c) Du bedömer att Sara har en vestibulit och att svampinfektionerna är av underordnad betydelse. Vilken information och vilka råd ger du till Sara?

Svar: Informera om att vestibulit är ett oklart tillstånd som man inte vet varför det uppkommer, att det oftast går över av sig själv, att det ibland kan vara en signal från kroppen som man ska "lyssna på". Hur har hon det egentligen i livet? I relationen? Råd att inte ha samlag när det gör ont. Ev. symptomatisk behandling med Xylocain-gel, oljehygien.

d) Du ringer upp Sara efter en vecka för att meddela svar på svampodlingen som var negativ. Hon undrar då om hon ska sluta med p-pillren eftersom hon hört att de kan orsaka vestibulit. Vad svarar du på den frågan? Vilka möjligheter har du att hjälpa Sara i fortsättningen?

Svar: Nej, det finns inga bevis för att p-pillren påverkar. Beroende på vad hon vill och hur hon själv ser på sina besvär erbjuder du 1) fortsatt kontakt med dej, ev. fördjupad sexualanamnes-/råd, 2) annan samtalskontakt/kognitiv terapi. På vissa håll i landet gör man vestibulektomi men endast efter en tids expektans.

5. Beskriv utredning (inkl. differentialdiagnostiska överväganden) och föreslå behandling vid svår PMS/PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder). (2p)

Svar: Prospektiva dagliga symtomskattningar under minst en ovulatorisk menstruationscykel. Minst ett av symtomen nedstämdhet, affektlabilitet, ångest eller irritabilitet skall finnas veckan premenstruellt men saknas veckan postmenstruellt. Besvären ska påtagligt påverka det dagliga livet. Differentialdiagnoser är depression och ångestsjukdomar. Behandlas med TCA/SSRI-preparat företrädesvis cykliskt, i andra hand GnRH-agonist (max 6 mån vid fulldos).

6. Vid vaginalt ultraljud hittar du en pas-sant en enkel ovarialcysta som mäter 8 cm i diameter. Hur handlägger du fallet om kvinnan är 35 år respektive 58 år? Nämn minst fyra ultraljudsmässiga malignitets-tecken vid ovarialcysta. (2p)

Svar: Kvinna 35 år: Expektans och ny ultraljudskontroll om 3 månader, ev. p-piller. Kvinna 58 år: Laparoskopisk extirpation alt. laparotomi. Malignitets-tecken: Storlek, tjocka septa/flerrummig, solida partier/exkrescenser, ascites

Essäfråga (4p):

En 40-årig kvinna söker Dig för rikliga menstruationer. Vilken utredning genomför Du och vilka behandlingsalternativ föreslår Du?

Svar: Anamnes, gynekologisk undersökning inkl. vaginalt ultraljud. Hb. Vid behov järnstatus, hysteroscopi, endometri-biopsi, koagulationsutredning.

Behandlingsalternativ: I första hand medicinsk terapi: Fibrinolyshämmare, järn, ovulationshämmare, hormonspiral. I andra hand endometriereducerande terapi: Endometrieresektion, endometrie ablation. I tredje hand kirurgisk terapi: hysterektomi.

Reproduktion

1. Anna Gustavsson är 23 år gammal när hon söker dig på gynnottagningen eftersom hon inte haft menstruationer sedan ett halvår tillbaka. Under ytterligare ett halvår dessförinnan hade hon bara menstruationer ungefär varannan månad. Vilka anamnestiska uppgifter vill du penetrera? (3p)

Svar: Kan hon vara gravid? Tidpunkt för menarche? Tidigare menstruationsmönster, eventuella graviditeter, användande av antikonception. Mer specifikt: Längd, vikt, ätstörning? Social situation med

misstrivsel, påfrestningar i relationen, studier resp. arbete etc? Användande av droger, andra sjukdomar, läkemedel? Galaktorré? Förändrad behåring?

2. Sedan Du har gått igenom anamnesen och faktiskt inte hittat någonting anmärkningsvärt planerar Du nu den fortsatta utredningen. Vilka specifika fynd vill Du eftersöka i status? Motivera vad dessa ev. fynd skulle kunna tala för med relevans för Annas menstruationsrubbnings. (3p)

Svar: Ev. ökad behåring, akne? (PCO) Galaktorré (Proalktinom) Adipositas, bälftema, avmagring?(hypotalamisk störning) Hypoöstrogena tecken i vaginalslemhinnan? Clitorishypertrofi? (kraftig androgenpåverkan) Endometrieslemhinnans tjocklek enl ultraljud (påtagligt hypoöstrogen – alt hyperplasi vid anovulation) ovariernas utseende (PCO)

3. Efter status inklusive gynekologisk undersökning påbörjar Du den fortsatta utredningen. Hur vill Du starta denna utredning? Här vill vi be dig om att tänka igenom och inte föreslå alla prover Du kan komma på utan begränsa din utredning och hellre föreslå en fortsättning i två steg. Beskriv här alltså det första steget och hur Du förväntar Dig att det oftast utfaller samt tolkning av detta utfall. Beskriv sedan hur Du går vidare om Du inte får ”förväntade” svar i det första steget. (4p)

Svar: Prolaktinbestämning + gestagentest + ev thyroideaprover. Vanligen finner man normalt prolaktin + blödning efter gestagen. Detta visar att prolaktinförhöjning ej förklarar amenorrén och att endometriet kan reagera på östrogen och kan stötas ut, att en viss östrogenproduktion föreligger och att därför ovarierna är stimulerade från hypothalamus/hypofys i någon mån.

Vid förändrad behåring kan testosteron + SHBG och LH/FSH mätas och kombineras med vaginalt ultraljud (PCO).

Om så ej blir fallet (normalt prolaktin + blödning efter gestagen): Gå vidare med kombinerad östrogen/gestagenbehandling för att se om blödning uppkommer. Utesluter ”anatomiskt hinder”. Kolla FSH/som vid förhöjning visar på primär ovariell insufficiens (kan också göras direkt i det första steget).

4. Beskriv principerna för två olika typer av ovulationsstimulering. Du behöver inte ange läkemedelsnamn utan principerna

för behandlingen och även de risker som kan föreligga med dessa behandlingar. (3p)

Svar: Klomifencitrat som är en svag östrogenagonist. Minskar möjligheterna till negativ feedback i tidig menscykel. Detta leder till ökat FSH-påslag och stimulering av fler folliklar under längre tid under tidig follikel fas. Innebär viss ökad risk för duplex.

Det andra alternativet är, framförallt i fall när inte hypofysen kan svara, ersättningsbehandling med FSH och LH (hCG) varvid alltså FSH-behandlingen används för att stimulera igång ett antal folliklar och hCG för att åstadkomma ovulation. Här är återigen risken ökad för multipelgraviditeter och stimuleringen måste göras under noggrann monitorering. Liten men viss risk för hyperstimuleringsyndrom.

5. Det visar sig att Anna kommer att ha lite oregelbundna menses något år framåt men därefter rättar cyklerna till sig. Hon söker Dig dock igen ytterligare tre år senare för infertilitet tillsammans med sin make Henrik. Skissa en infertilitetsutredning för paret och motivera varje undersökningsmoment ordentligt! (3p)

Svar: Anamnes och status för båda. Spermaprov x 1-2, (ev. postcoitaltest men görs idag mindre ofta). Monitorering av ovulationerna (ex progesteron/s), ev kartläggning av inre genitalia (ultraljud med hydrosonografi eller ev laparaskopi med blåfärg)

Det visar sig att Du finner normala förhållanden men under utredningens gång blir Anna gravid och graviditet och förlösning förlöper normalt.

Obstetrik

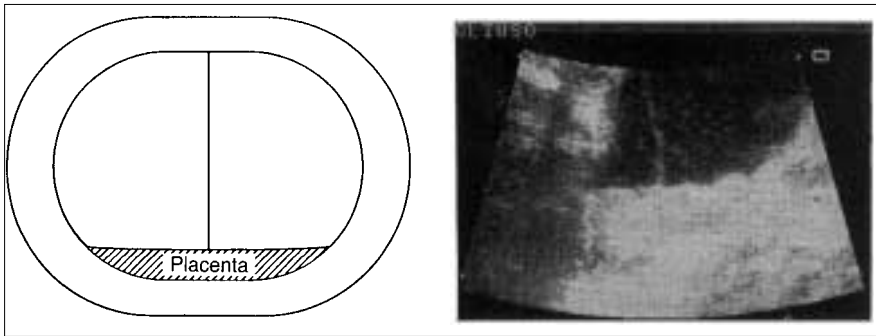
1. Du träffar på Din mottagning en kvinna som nyligen genomgått ett graviditetsbrytande pga ryggmärgsbräck hos fostret. Hon ställer en rad frågor om kommande graviditeter. (2p)

a) Finns någon möjlighet att förebygga ett uppreppande?

Svar: Folsyremedicinering redan från den tid då graviditeten planeras.

b) Vilka fosterdiagnostiska metoder finns för att påvisa eller förhoppningsvis utesluta ryggmärgsbräck hos fostret?

Svar: Bildgivande ultraljud. Mätning av alfafetoprotein (AFP) i fostervatten eller i maternellt blod.



Figur 1.

2. Vid en ultraljudsundersökning vid 13 veckor påvisas en tvillinggravitet (se figur 1). (2p)

a) Vilken typ av tvillinggravitet föreligger?

Svar: Monochoriotisk. Diamniotisk.

b) Kan något sägas om zygotin?

Svar: Monozygot.

c) Vilka ökade risker föreligger vid denna gravitet?

Svar: Ökad risk för missfall: prematurförlossning, intrauterin fosterdöd och transfusionssyndrom.

3. I en nyligen publicerad ARG-rapport om anal inkontinens handlar ett kapitel om val av förlossningssätt för kvinnor som vid en tidigare förlossning råkat ut för sfinkterruptur. Vilka rekommendationer skulle Du ge beträffande förlossningssätt till en kvinna med tidigare sfinkterruptur? (2p)

Svar: Vid sfinkterruptur som ej orsakat analinkontinens - vaginal förlossning.

Hos kvinnor som opererats pga analinkontinens efter ruptur - kejsarsnitt.

Kejsarsnitt bör övervägas för patienter med manifest eller övergående analinkontinens efter sfinkterruptur.

Liberal inställning till kejsarsnitt för kvinnor som haft ruptur grad 4.

4. Barn som ligger i sätesläge i slutet av graviditeten uppvisar avvikelser från det normala i högre grad än barn i huvudläge. Nämn några? (2p)

Svar: Högre missbildningsfrekvens (x3). Högre frekvens SGA (x 2-3). Ökad risk intrauterin fosterdöd (x 2).

5. 35-årig förstföderska har varit på överburenhetskontroll i v 42+1, varvid CTG var utan anmärkning och fostervattenmängd normal. Kontroll är planerad dag 42+4. Dag 42+3 söker hon för något minskade fosterrörelser. Cervix är omogen (Bishop score 2-3 p). CTG visar följande mönster enligt figur 2.

Beskriv CTG, föreslå fortsatt handläggning och motivera denna. (2p)

Svar: CTG: tyst kurva (silent pattern) med en del sena decelerationer. Misstanke kronisk hypoxi. Skall förlösas snarast. Sectio

6. I-gravida inkommer till förlossningen i gravvecka 37 med klar vattenavgång sedan några timmar men inga värkar. Ge motiverat förslag till handläggning. (2p)

Svar: Se SoS hemsida "state of the art-dokument" om vattenavgång i fullgången tid.

7. En ny metod för fosterövervakning under förlossningen har lanserats senaste åren under namnet STAN. Vad analyseras (skriv kort). (2p)

Svar: CTG i kombination med foster-EKG med analys av ST-sträckan (bifasisk ST-sträcka och/eller höjning av T/QRS-kvoten)

8. 30-årig tidigare friskII-grav, I-para. Första förlossningen helt normal men barnet genomgick blodbyte flera gånger efter födseln pga låga trombocyter. Mammans har normal mängd trombocyter. (2p)

a) Vilken är den mest sannolika diagnosen?

Svar: trombocytimmunisering

b) Vilken risk löper mamman under förlossningen?

Svar: Ingen

c) Vilken risk löper barnet?

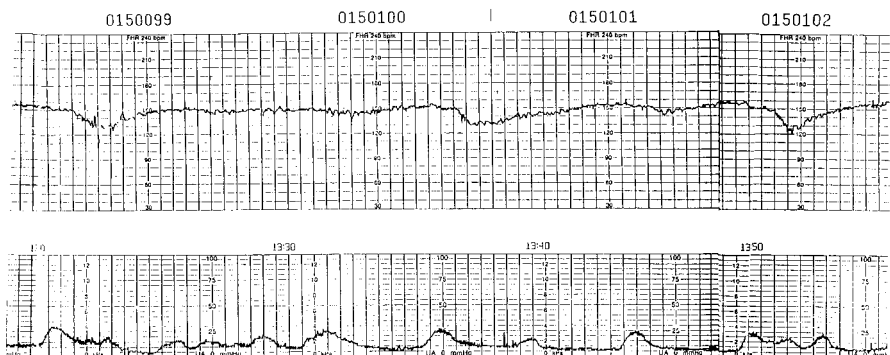
Svar: Risk för blödning under före, under och efter förlossning.

d) Vilka prover bör man ta?

Svar: Trombocytantikroppar på modern.

Essäfråga (4p):

En intensiv debatt har det senaste året pågått i Sverige om 1- eller 2-ägg bör återföras i samband med IVF-behandling. Redogör för de för- respektive nackdelar som finns då två ägg överföres samt för de för- respektive nackdelar som föreligger då ett ägg återföres. ■



Figur 2.