

# Specialistskrivning Obstetrik och Gynekologi 2004

Skrivningen består av kortare eller längre s.k. MEQ-frågor. Ett par kortsvarsfrågor är också inlagda som MEQ. Totalt omfattar skrivningen 88 poäng. Efter varje fråga anges hur många poäng som rätt svar ger. Skrivningen är indelad i Allmän del (23 poäng), Gynekologi (25 poäng), Obstetrik (30 poäng) och Reproduktion (10 poäng).

Instruktionen för skrivningen är som följer:  
”När skrivningen börjar tar Du det första(översta)

bladet och vänder det rätt. Besvara frågan och lägg bladet upp och ned på golvet till höger om Dig. Du kan inte gå tillbaka då svaret eller delar av detta finns på nästa blad. Därefter vänder Du upp nästa blad osv.”

Den gamla informationen står kvar på varje nytt blad men har av utrymmesskäl redigerats bort här i medlemsbladet.

Svar på föregående fråga: *kursiv stil*  
Den nya informationen med: vanlig stil  
Den nya frågan med: **fet stil (poäng)**

## Allmän del (23 poäng).

### Fråga 1

Du är jour och in kommer Anna 13 år tillsammans med sin mamma. Mamma berättar att Anna började blöda vaginalt för ett par dagar sedan och blödningen är mycket riklig. Idag svimmade hon på toaletten.

Vad vill du ha reda på i anamnesen? (2p)

#### Svar:

Är detta Annas första menstruation? Om ej, när hade hon sin senaste menstruation? Frisk i övrigt? Mediciner? Smärtor?

Du får fram att detta är Annas andra blödning, hon hade en blödning för ca 6 veckor sedan, den var ganska sparsam.

Behöver Du ta några blod/urin prover och om så är fallet vilka? Motivera dina svar. (2p)

#### Svar:

Hb och ett U-HCG

U-HCG är neg, Hb 100 g/L

Vilken är Din preliminärdiagnos? (2p)

#### Svar:

Anovulatorisk blödning

Behöver du göra gynekologisk undersökning? Motivera Ditt svar. (1p)

#### Svar:

Gynekologisk undersökning behöver inte göras av virgo

Vad säger du till Anna och hennes mamma? Vilken medicin rekommenderar Du? (2p)

#### Svar:

Att det är vanligt med oregelbundna blödningscykler under det första året av mens och att dessa många gånger kan vara rikliga. Orsaken är att ägglossningen inte kommit i gång ordentligt. Behandlingen i det akuta skedet är att ge gestagener i 10 dagar och ev tillägg av Cyklokrapron. Bör också få järntabletter. Därefter rekommendera behandling med cykliska gestagener i tre cykler. Om mensens då kommer regelbundet kan man prova att vara utan gestagener ett par cykler och se om mensens regulariserar sig. Om ej återgå till gestagener, ev alternativt sätta in P-piller. Kontroll av Hb.

### Fråga 2

26 årig ensamstående 0-gravida söker 1/7

för blödningsstörning och lindriga buksmärtor. Hon slutade med p-piller i slutet av april och fick en blödning 3/5. Ny mensblödning startade 2/6 men övergick i daglig småblödning som fortfarande pågår. Gravtest är oväntat positiv.

Vid undersökning finner man en normalstor oöm uterus. Sidor fria oömma. Med ultraljud ser man ett endometrium på 10 mm men ingen hinnsäck. Det finns en liten skvätt vätska i fossa douglasi. hCG i serum tages och pat skickas hem för expectativ handläggning.

Du får svar att s-hCG den 1/7 är 1213 IU/l. Hur resonerar du kring diff.diagnoser och fortsatt handläggning? (2p)

#### Svar:

Vid s-hCG > 1000 IU/l ser man oftast en hinnsäck. Dock kan detta variera från fall till fall och prestanda på ultraljudsapparaten. Det föreligger således en misstanke om X-men intrauterin graviditet med tidigt missfall är också möjligt. Pat har ju blött under en månad. Om patienten mår väl kan man fortsätta expektera och följa hCG. Nytt prov lämpligast efter 2 dygn varefter nytt ställningstagande till fort satt handläggning skall göras.

S-hCG 1/7 = 1213

Nytt s-hCG tages efter 2 dagar den 3/7 = 800. Misstanken om extrauterin graviditet kvarstår men vid telefonkontakt med patient får du veta att hon mår bra och endast blöder mycket sparsamt.

**Hur planerar du vidare handläggning och vad säger du till patienten? (2p)**

**Svar:**

*Följer hCG till < 20 IU men följer också upp med ett återbesök. Förklarar att det inte går att säkert ange var graviditeten sitter/har suttit men att hon skall följas till graviditetshormonet försvunnit ur kroppen.*

**Kan s-hCG utvecklingen differentiera mellan X och missfall?**

**Hur stiger s-hCG vid en normal tidig graviditet? (2p)**

**Svar:**

*Nej*

*60-70% på 2 dygn. Dryg fördubbling på 3 dygn.*

Du vill att hon tar ett nytt s-hCG efter 2 dagar. s-hCG har då stigit till 1600 IU. Vid ny telefonkontakt framkommer att pat jobbar som vanligt och mår relativt bra. Hon har endast lätt obehagskänsla i buken och lättare graviditets molimina. Du kallar in henne fastande för undersökning och finner lätt ömhet över uterus och hö sida. Vid ultraljud syns ett 11 mm's oregelbundet endometrium, en corpus luteum i hö ovarium samt en liten mängd vätska i fossa douglasi.

**Hur handlägger du? Resonera kring möjliga diff diagnoser och flera möjliga sätt att handlägga. (2p)**

**Svar:**

*Alt. 1: X misstanke kvarstår då stegringen är påtaglig men kvarvarande trofoblast i uterus efter tidigt inkomplett missfall är inte utslutet.*

*Man planerar därför exaeres med möjlighet till samtidig skopi om ringa eller dåligt utbyte vid exaeresen.*

*Alt 2: Patienten nästan symtomfri och endometriet är relativt tjockt varför man utför exaeres med snabb svar på PAD med frågeställning trofoblast. Nytt s-hCG därefter. Skopi senare om avsaknad av trofoblast eller utebliven sänkning i s-hCG.*

*Alt 3. Det finns vätska i fossa Douglasi och palpations ömhet varför extrauterin graviditet måste diagnostiseras eller utslutas. Skopi direkt.*

Man utför exaeres med visst utbyte.

S-hCG fortsätter dock att stiga och är 7/7 2500. Patienten återkallas för inläggning och laparoskopi påföljande dag 8/7. Vid operationstart vet man att hennes s-hCG har stigit från 2500 till 3000 IU under senaste dygnet. Man finner en 3-5 stor uppdrivning på hö tuba och 250 ml blod i buken. Man väljer att utföra tubotomi med postoperativt gott förlopp innan utskrivningen.

S-hCG följes och sjunker initialt till <1000 men stannar på en plåt på 800 IU.

**Vad har du för synpunkter på val av laparoskopisk operationsmetod i relation till storlek på X och S-hCG nivå?**

**Vad har du för alternativa behandlingsmetoder nu ? (2p)**

**Svar:**

*hCG- stegringen talar för aktivt trofoblast och storleken på tubarsvullnaden är på gränsen till för stor för att tubotomi skall var en lämplig metod. Stor recidiv risk med tubotomi.*

*Metotrexat behandling. Antingen peroralt varantannat dygn med skyddande folsyreintag varantannat dygn eller upprepade intramuskulära injektioner doserat efter kroppsvikt enligt lokalt behandlingsschemat.*

*Laparoskopi och salpingektomi*

**Allmän del – korta svar**

Cervixcancer svarar för 2,5% av all kvinnlig cancer i Sverige. Etiologin har till stor del befunnits vara humant papilloma virus HPV men också rökning är av betydelse. Histopatologiskt förekommer främst 2 typer av cancer, skivepitelcancer och adenocarcinom. Incidensen av skivepitelcancer har minskat med 50% de senaste 30 åren efter införandet av cellprovskontroller. Prevalens och incidens av adenocarcinom är däremot oförändrade.

**Definiera begreppen prevalens och incidens. (2p)**

**Svar:**

*Prevalens räknar alla diagnosticerade cancer vid en viss tidpunkt eller under en viss tidsperiod. Inbegriper både kända och nysjuknade.*

*Incidens anger antalet nysjuknade under en viss period.*

**Definiera begreppen primär och sekundär prevention med utgångspunkt från cervixcancer.**

**Beskriv tänkbara åtgärder att förbättra resultaten. (2p)**

**Svar:**

*Primär: Åtgärder för att minska incidensen av cervix cancer genom att påverka risk faktorer såsom STD och rökning. Ökad kondom användning. Minskad rökning.*

*Sekundär: Förhindra utveckling av cervix cancer genom screening. Ökat deltagande i cytologi screening. Förbättrad uppföljning av avvikelser. Diagnostik av HPV.*

**Gynekologi (25 poäng).**

**Fråga 1**

Ulla kommer till gyn mottagningen med remiss från den gynekologiska cellprovskontrollen. Provet har visat grav skivepiteldysplasi. Ulla är 49, gift, har fött 3 barn. Tidigare inga gynekologiska sjukdomar. Menstruerar regelbundet, använder kondom som preventivmedel.

Hon har inga symtom i form av blödningsrubbingar eller smärtor.

**Hur ofta rekommenderar Socialstyrelsen gynekologisk cellprovtagning? (1p)**

**Vilka typer av virus anses ligga bakom cervixcancer? (1p)**

**Hur utreder Du detta avvikande cellprovfynd? (1p)**

**Svar:**

*Socialstyrelsen rek cellprov screening vart 3:e år mellan 23-50 år och vart 5:e år mellan 50 och 60 års ålder.*

*Humant Papillom virus (HPV) typ 16 och 18.*

*Gynekologisk undersökning, nytt cellprov, kolposcopi med riktade px och/eller cervix-abrasio.*

Vid gyn undersökningen finner Du vulva, vagina normala. Portio normal vid inspektion utan ektopi. Portio och cervix palperas normala. Uterus är normalstor. Adnex palperas u.a. liksom fossa Douglasi. Nytt cellprov tages. Kolposcopi efter ättiksyretouchering visar mogen övergångszon utan kärlatypier. Övergångszonen försvinner upp i cervixkanalen. Cylinderepitelet syns alltså ej. I lokalbedövning gör Du cervix-abrasio och tar även ett par blinda px från övergångszonen. PAD på cervixskrapet och px materialet visar normala förhållanden, alltså inga tecken på dysplasi. Cellprovet däremot visar fortfarande grav dysplasi.

**Hur går Du vidare i utredningen? (1p)**

**Svar:**

*Diagnostisk kon med slyngdiatermi (LEEP) eller laser.*

PAD på konen visade ingen dysplasi inom övergångszonen och normalt epitel i cervikal kanalen.

**Analysera nu den kliniska situationen avseende expektans eller fortsatt utredning! (2p)**

**Svar:**

*Vi har alltså två cellprover (exfoliativ cytologi) som visat grav skivepiteldysplasi. Då utredning med försök till histologisk verifikation inte har klarat ut varifrån de dysplastiska cellerna härrör måste man gå vidare.*

**Värdera indikationen för hysterektomi i denna situation? (2p)**

**Kan utredningen drivas vidare och i så fall hur? (2p)**

**Svar:**

*Indikation för hysterektomi föreligger inte, då det inte påvisats någon patologisk förändring i uterus.*

*Exfolierade dysplastiska celler i ett cellprov kan härröra från förändringar i vagina. För att lokalisera vaginala dysplasier bör man leta efter jodnegativa områden i vaginalslemhinnan.*

Vid jodfärgning av hela vagina finner man ett 1x1 cm stort jodnegativt område i höger vaginalvägg 4 cm från portio.

**Vad har patienten för sjukdom? Hur utreder Du och behandlar den? (2p)**

**Svar:**

*Patienten hade grav dysplasi/carcinoma in situ vaginae (VAIN III).*

*Diagnos genom px.*

*Behandlas genom extirpation med kall kniv/laser.*

## Fråga 2

Elin, 22 år, söker på kvinnoklinikens mottagning p.g.a. smärtor i underlivet sedan drygt ett halvår. Hon har en relation med en några år äldre man sedan 3 månader och är nu förtvivlad för att hon inte kan ha samlag. Hon läser på universitetet, är I-gravida/0-para, gjorde en medicinsk abort för två år sedan, använder kombinerade p-piller. Haft några svampinfektioner men i övrigt varit gynekologiskt frisk. Inga flytningar nu, ingen klåda.

**Vilka frågor ställer du angående smärtan? (2p)**

**Vad bör du fråga om i övrigt? (2p)**

**Svar:**

*När gör det ont? Vid samlag enbart, vid inträngandet, under hela samlaget, efter? Vid beröring, relation till menscykel? Kan*

*hon ha tampong? Var gör det ont? I slidöppningen, längre in? Smärtans karaktär? Brännande, svidande?*

*Sexuellfunktion? Lust, orgasm? Hur har det varit tidigare? Partners attityd till problemet? Relationen i övrigt? Har hon sex mot sin vilja? Erfarenhet av kränkningar och våld?*

Elin beskriver en brännande smärta vid penetration. Ibland blir det bättre efter en stund men då kan hon istället känna en djupare, dovre smärta. Det har blivit allt svårare att genomföra samlag och Elin känner sig skyldig till att relationen blivit sämre. Hon har egentligen aldrig någonsin blivit tillfredsställd vid samlag, någon enstaka gång fått orgasm vid smekning. Lusten tycker hon är helt borta nu. Ej varit utsatt för sexuellt våld.

Elin vill bli undersökt men säger att hon känner sig spänd.

**Vad bör du tänka på vid undersökningen? (1p)**

**Hur genomför du den? (2p)**

**Svar:**

*Klargör att Elin kan avbryta undersökningen närhelst hon vill.*

*Inspektera först vulva: Rodnade slemhinnor? Lesioner? Indragning som vid vaginism? Tryck med en bomullspinne mot Bartholini-körtlarnas mynningar: Intensiv smärta? Palpera försiktigt med ett finger en bit in i vagina: Vaginism? Spekulumundersökning går i regel ej att genomföra. Vid patologisk flytning kan ett prov för wet smear tas med bomullspinne.*

Vid undersökningen noterar du att slemhinnan i bakre introitus är rodnad och när du trycker med bomullspinne gör det intensivt ont. Du känner också att levatorerna är spända men Elin kan slappna av när du ber henne. Ingen ökad fluor. Spekulumundersökning kan inte genomföras p.g.a. smärta.

**Vilken diagnos har du i åtanke? (1p)**

**Hur vanligt är det? (1p)**

**Vilka drabbas? (1p)**

**Svar:**

*Vulvavestibulit.*

*2-5% av unga kvinnor.*

*Kvinnor 20-30 år. Vanligare hos kvinnor som inte fött barn vaginalt.*

Elin har anat att det är vestibulit hon har. Hon har hört talas om att man kan operera det.

**Vilka råd och vilken behandling ger du? (2p)**

**Vilka faktorer i Elins anamnes kan ha bidragit till att hon fått vestibulit? (1p)**

**Svar:**

*Oljehygien. Sätta ut p-pillren under några månader. Diskutera samlagsteknik: Avråd från penetration när det är smärtsamt. Operation görs i undantagsfall när inget annat fungerar.*

*Återbesök tillsammans med partnern efter 3-6 månader.*

*Recidiverande candidakolpiter och p-pillerbruk är sannolika etiologiskalförvärrande faktorer. Mer eller mindre påtvingade samlag kan också bidra.*

Elin accepterar dina råd men undrar om hon inte skulle kunna ha samlag om hon använder bedövningssalva först. Hon har ju nästan alltid haft sex utan att ha någon direkt lust.

**Förklara för Elin vad lubrikation och kvinnlig erektion är, och varför dessa mekanismer är viktiga för att minska risken för kroniska samlagssmärter. (1p)**

**Svar:**

*Vid sexuell upphetsning bildas sekret från körtlar i slidmynningen och slidväggarna vilket smörjer slemhinnorna (lubrikation). Svällkroppar runt slidmynningen blodfylls och svullnar upp (erektion). Båda faktorerna underlättar penis inträngande och minskar risken för skador på vävnaderna.*

## Obstetrik (30 poäng).

### Fråga 1

Du tjänstgör på en mödravårdcentral och din patient är en 33-årig III para kvinna, som nu är gravid vid 14 veckor. Orsaken till att hon kommer är att svaret från blodgrupperingen visat att hon är A Rh-neg och att det finns irreguljära erythrocytantikroppar av typ anti-D i hennes prov.

**Patienten undrar vad vi har funnit och om det kan vara farligt för henne eller barnet. Vad svarar Du? (2p)**

**Svar:**

*Du svarar att hon är immuniserad dvs hon utvecklade antikroppar mot Rh-pos erythrocyter. Mest sannolikt har detta skett vid någon av hennes tidigare förlossningar, då Rh-positivt blod från barnet kommit över i hennes cirkulation och gjort att hon utvecklade antikroppar. Dessa är ej farliga för patienten men kan vara farliga för fostret om det är Rh-pos.*

Vilka blir dina första åtgärder för att få fram nödvändiga uppgifter för ett adekvat övervakande av graviditeten? (2p)

**Svar:**

*Den obstetriska anamnesen är viktig. Barnafadern skall blodgrupperas avseende Rh-faktorn och om han är Rh-pos (vilket han är om det är samma barnafader som tidigare) också huruvida han är homo- eller heterozygot beträffande D.*

Patientens senaste förlossning inducerades vid 36 v pga ”stigande titrar” och barnet behövde efter förlossningen två blodbyten. Barnet, som är två år, mår nu bra. Fyra veckor senare återkommer patienten. Du har nu fått fram uppgifter som visar att barnafadern är Rh-pos heterozygot. Mödravårdsjournalen från föregående graviditet visar att patientens titer för anti-D hade stigit till 1/256 vid 36 v och att det föranledde induktionen. Hon har nu (20 v) en titer på 1/128.

Vad är lämpligt nästa steg? (2p)

**Svar:**

*Du önskar veta fostrets blodgrupp och utför en amniocentes för detta. Alternativt kan maternellt blodprov ge svaret; denna typ av analys utförs dock ännu ej i Sverige rutinmässigt.*

Du ser patienten åter vid 24 v. Blodgrupperingen på fostervattnet visar att fostret är Rh-pos. Den maternella antikroppstitern har stigit till 1/512.

Vilka möjligheter har Du att bedöma fostrets tillstånd? (2)

**Svar:**

*Dopplerultraljud med mätning av maxhastighet i fostrets arteria cerebri media. Foster-vattenprov med mätning av amnionfärgindex (AFI). Ultraljud för bedömning av eventuell hydrops. (Eventuellt fetalt blodprov).*

Det visar sig att AFI ligger högt (zon 3) och att maxhastigheten i arteria cerebri media är påtagligt hög. Fostret har också en mindre mängd ascites. Graviditetslängden är fortfarande 24 v.

Vilka möjligheter till behandling föreligger? (2p)

**Svar:**

*Du väljer att utföra en intrauterin blodtransfusion. Hög-dos immunglobulin är ett alternativ men måste då kombineras med fetala blodprov för kontroll av fostrets Hb. De fynd som beskrivits talar för att det här fostret är gravt anemiskt.*

Vilken typ av blod skall Du ge? (1p)

**Svar:**

*Rh-neg O-blod.*

Patienten får sammanlagt sex intrauterina blodtransfusioner och förlöses sedan vid 35 v. Barnet mår vid förlossningen bra och har ett Hb på 145 g/l. Barnläkarna väljer ändå att blodbyta barnet vid tre tillfällen efter förlossningen.

Varför vidtar de denna åtgärd? (1p)

**Svar:**

*För att få bort de maternella antikropparna och kanske också beroende på höga bilirubinvärden hos barnet.*

Då patienten skrivs ut undrar hon om hon ”vågar sig på” någon ny graviditet. Vad svarar Du? (2p)

**Svar:**

*Immuniseringar brukar förvärras för varje graviditet. I just det här fallet finns dock 50% chans att paret får ett Rh-neg barn och då finns inget hot mot barnet pga de maternella antikropparna. Skulle även nästa barn bli Rh-pos kan man förvänta sig att det blir svårt anemiskt men behandlingsmöjligheter finns ju även om de är förenade med vissa risker.*

I det här fallet har en immunisering uppkommit trots den profylax-policy som finns i Sverige.

Vid vilka situationer råder total överensstämmelse om att anti-D skall ges? Vid vilka situationer är indikationen oklar? (2p)

**Svar:**

*Rh-neg, icke immuniserade kvinnor som föder Rh-pos barn skall ha anti-D i samband med förlossningen. Anti-D skall också ges till Rh-neg kvinnor i samband med invasiv fosterdiagnostik, yttre vändningar och blödning (misstanke om avlossning) i sen graviditet. Huruvida anti-D behövs vid spontana eller legala aborter i tidig graviditet är oklart. De flesta kvinnokliniker i Sverige ger idag anti-D i de fall kirurgisk utrymning utförs men avstår vid medicinska aborter respektive spontana aborter som behandlats utan kirurgisk utrymning. En större studie pågår för att klarlägga i vad mån anti-D behövs vid tidiga spontana och legala aborter.*

**Fråga 2**

34-årig förstgravida med insulinbehandlad diabetes sedan 7 års ålder. Hon kommer i grav vecka 10 till spec-MVC för första läkarkontroll. Hon är orolig och har mycket frågor kring vad som händer med hennes diabetes under graviditeten och

om det finns risker för påverkan på barnet eller andra graviditetskomplikationer. Hon har dragit sig för graviditet tidigare med tanke på sin diabetes.

Du ger henne allmän information om diabetes och graviditet men det är några basdata/undersökningar du behöver för att närmare kunna ge just denna patient med lång diabetesduration säkrare information om prognosen. Vilka och varför? (2p)

**Svar:**

*Ögonbottenstatus: Om proliferativa förändringar stor risk för försämring (kan byggas genom laserbehandling) annars liten risk för försämring.*

*Proteinuri: Proteinuri är första tecknet på diabetesnefropati. Finns detta så ökar risken kraftigt för allvarlig preeclamps och prematurförlossning.*

*HbA1c: Om förhöjt ökar risken för missbildningar hos barnet. Högt HbA1c i början av graviditeten är också förenat med ökad preeclampsirisk.*

Patienten hade 2+ proteinuri i vecka 10 (se-kreatinin u.a.). Hon hade också proliferativa ögonbottenförändringar som framgångsrikt kunde laserbehandlas. HbA1c var 6.5% (normalområde 4.6 – 5.6%). Hon har fått informationen att en viss ökad missbildningsrisk kan föreligga men den är sannolikt inte så stor. Vidare är hon väl informerad om en ökad risk för preeclamps pga hennes angiopati. Fosterundersökning med ultraljud i v 17 u.a. Graviditeten fortsätter.

I vecka 28 kommer hon in med täta sammandragningar, vid inre undersökning finner du att cervix är kortad och öppen för ett finger. Inga tecken på ablatio, bltr u.a. CTG är u.a.

Du vill förhindra vad du bedömer som en hotande förtidsbörd. Vilka åtgärder/behandlingar och i så fall preparat väljer du. Diskutera principer. (2p)

**Svar:**

*Steroider för lungmognad är inte kontraindicerade men bör ges med stor försiktighet och under noggrann B-glukoskontroll. Leder till kraftig B-glukosstegring och idealiskt är att samtidigt med att behandlingen inleds höja insulin dosen. Särskilda doseringsförslag finns.*

*När det gäller tokolytika så ökar betamimetika också B-glukos. Är heller inte absolut kontraindicerade men B-glukos måste följas och insulin höjas. Lämpligare är då att välja*

*Atosiban eller Calciumhämmare (t.ex Adalat).*

Patienten behandlades med steroider (Betapred 12 mg x 2). B-glukos steg kraftigt men åtgärdades med kraftigt höjda insulindoser under några dagar. Vårarbetet behandlades med Atosiban i.v. och lugnade sig helt efter något dygn. Patienten kan efter någon vecka lämna sjukhuset för vila i hemmet.

I vecka 32 ringer patienten till spec-MVC, hon har varit där 5 dagar innan och hade då ett bltr som var 140/85, kvantitativ proteinuri 5 g/dygn (varit så sedan några veckor), ultrajud visade fetal tillväxt på +5%. Hon mår illa, har smärtor i epigastriet och tror själv att det kan vara gallbesvär. Tror hon ätit något olämpligt. Tycker själv att hon kan vänta till nästa kontroll om 2 dagar, har några mil in till sjukhuset.

**Barnmorskan frågar dig om råd, vad svarar du? (2p)**

**Svar:**

*Pat med hög risk för allvarlig preeclamps. Kan vara första tecknet på preeclamps med HELLP-syndrom. Skall komma in till sjukhuset för kontroll snarast.*

När patienten kommer in till sjukhuset berättar hon också att hon har huvudvärk som inte vill släppa sedan ett dygn, hon har lite generella ödem (plufsig i ansiktet) och ett blodtryck efter vila på 175/115. Proteinuri är ju känd sedan tidigare.

**Vad gör du åt detta och varför. (2p)**

**Svar:**

*Svår preeclamps med HELLP-misstanke. Ta akut toxprover (urat, kreatinin, ASAT och/eller ALAT, LD, bilirubin, koag.status, Hb). CTG, ulj, ev.flöde.*

*Behandla blodtrycksstegringen med t.ex Trandate i.v., Adalat m.fl.*

*Lugn och ro för patienten.*

CTG var u.a. Skattad fostervikt -5%, PI i a.umbilicalis helt u.a. Du har ordinerat ett Trandatedropp men strax efter att detta kopplats och du har lämnat rummet för att se till några andra patienter blir du larmad. Patientens make har kommit ut i korridoren och ropat att "hon är medvetslös och har ryckningar i hela kroppen". När du och bm kommer in har pat fortfarande kramper.

**Vilka åtgärder vidtar du? (2p)**

**Svar:**

*Häv kramper med i.v. Diazepam 10-20*

*mg. Försäkra dig om fria andningsvägar. Ordinerar dropp med Magnesiumsulfat som profylax mot kramprecidiv. Prover är tagna alldeles nyss så invänta provsvar. Se till att blodtrycket är under kontroll med hjälp av Trandatedroppet.*

*Tillkalla narkosläkare och bakjour. När blodtrycket är under kontroll, provsvar har kommit och läget känns stabilt så förlossning. I detta fall med sectio. Viktigt är att inte vidta åtgärder som urakut sectio.*

**Fråga 3**

På förlossningen finns en överburen förstföderska. Förlossningsförloppet har varit lite trögt och krävt värkstimulering med Oxytocin pga sekundär värvsvaghet. Barnet är sannolikt något stort baserat på palpationsfynd och SF-mått som följt kurvan men strax ovanför normalområdet. Pga av sena decelerationer och något minskad men inte upphävd variabilitet har Du vid flera tillfällen tagit laktat och pH från skalp. Proverna har varit helt utan anmärkning. Du blir kallad igen till förlossningsrummet av barnmorskan då CTG-mönstret fortfarande visar sena decelerationer. Barnmorskan berättar att hon nyss undersökt och är lite osäker men tycker att ffd står strax nedom spinae och cervix är retraherad. Du tar ett skalpprov och laktat är 8.7 (skall vara mindre än 4.2), pH är 7.05. Värmönstret är 2-3 värkar/10 minuter. Syntocinondroppet går med 120 ml/tim (10IE/500 ml).

**Vilka kompletterande undersökningar vidtar du? (2p)**

**Svar:**

*Inre palpation för att bedöma cervix utplåningsgrad/retraherad samt ffd:s position, fostersvulst? Yttre palpation för att bedöma om segment kvar.*

Du finner att yttre segment inte kan palperas. Fostersvulst/ffd står mellan spinae och bäckenbotten, men inte längre ned. Lite svårt att avgöra pga en stor fostersvulst. Cervix är helt retraherad.

**Vad gör Du och motivera varför? (2p)**

**Svar:**

*Mycket svår obstetrisk situation. Laktatprovet/pH-provet talar för att en uttalad acidosis kan föreligga och att barnet behöver förlösas omedelbart. Dålig progress som krävt betydande stimulering. Åtminstone medelhög VE och sannolikt stort barn. Fostersvulst som gör det svårt bedöma om barnet följer vid VE. En besvärlig VE kan förväntas.*

*Sectio förstahandalternativ. En van obs-*

*tetriker kan möjligen göra en dragning med VE på opbordet eller snabbt medan sectio förbereds. Dock viktigt att det inte fördröjer förlossningen.*

**Reproduktion (10 poäng)**

Anna Lindgren är 19 år gammal och remitteras till dig som specialläkare vid Kvinno-kliniken från Onkologen då hon har en akut myeloisk leukemi och skall genomgå benmärgstransplantation. Anna har tidigare haft sällskap men hon har inte för närvarande något fast sällskap. Hon använder därför inte heller p-piller just nu.

Ur remissen framgår att förbehandlingen med både cytostatika och helkroppsbestrålning inför transplantationen kommer att innebära att hon får en uttalad nedpressning av alla komponenter i blodbilden.

**Vilka gynekologiska komplikationer kan Anna råka ut för i det korta perspektivet i samband med förbehandlingen inför transplantationen? (2p)**

**Svar:**

*Riklig mens, uppblöstande av ev tyst candida infektion. Uteslut ev graviditet.*

Du bedömer att det finns risk för att hon får riklig mens och att en eventuell candidainfektion skulle kunna blossa upp. Anamnesen gör att du bedömer att Anna knappast kan ha någon pågående graviditet.

**Vad kan du göra praktiskt för att förebygga dessa risker? (2p)**

**Svar:**

*Undersöka ev förekomst av candidainfektion och behandla. Ev tas cytologprov om det inte nyligen gjorts. Försöka kalkylera när hon skall få sin nästa mens. Beroende på möjlighet antingen behandla med gestagen eller tom förbehandla med GnRH analog för att undvika mens just när trombocytterna är som lägst. I sista hand tranexamsyra.*

Du gör gynekologisk undersökning och finner inga tecken på candida infektion. Du tar cytologprov då det inte gjorts på nära tre år. Eftersom transplantationen skall ske om två veckor och Anna haft senaste menstruationen för en vecka sedan hinner du inte göra annat än att sätta in gestegener för att göra henne blödningsfri.

**Vilka gynekologiska komplikationer kan du tänka dig på lång sikt? Vad vill du diskutera och föreslå Anna med anledning av dessa? (2p)**

### Svar:

*Ovariell svikt med amenorré och infertilitet. Hormonsubstitution och småningom alternativa metoder mot infertilitet, kanske oocytdonation.*

Med tanke på den stora risken för prematur ovariell svikt tar du upp behovet av hormonell substitution och möjligheten till oocytdonation.

**Hur är prognosen för Annas ovarialfunktion? Känner du till faktorer som påverkar möjligheterna att ovarialfunktionen återkommer i en situation som denna? (2p)**

### Svar:

*En yngre kvinna som tidigare haft välfungerande ovarier torde ha större chans att ovarialfunktionen återkommer än en äldre*

*kvinna med redan tidigare oregelbundna menstruationer. Möjligen innebär GnRH analog behandling under förbehandlingen med cytostatika och helkroppsbestrålning en ökad chans att ovarialfunktionen kan återkomma.*

Du berättar för Anna att en yngre kvinna som tidigare haft välfungerande ovarier torde ha större chans att ovarialfunktionen återkommer än en äldre kvinna med redan tidigare oregelbundna menstruationer. Möjligen innebär GnRH analog behandling under förbehandlingen med cytostatika och helkroppsbestrålning en ökad chans att ovarialfunktionen kan återkomma, men tyvärr hade ni inte möjlighet att initiera amenorré med sådan behandling med tanke på var hon är i sin menscykel.

Anna har hört att män kan lämna spermaprov inför liknande behandlingar och hon undrar om det är möjligt att ta en ovarialbiopsi för att senare kunna befrukta.

**Är detta med ovarialbiopsi idag en möjlig hjälp mot hennes framtida ev barnlöshet? Om du inte vet får du gärna spekulera över detta? (2p)**

### Svar:

*Idag görs detta forskningsmässigt men man har ännu inte lyckats befrukta oocyter från ovarialbiopsier. Orsaken är troligen att oocyter inte genomgår meiosen komplett förrän vid ovulation. Däremot har man nyligen rapporterat att reinplanterad ovarialvävnad (efter tidigare biopsi och nedfrysning) kunnat stimulerats och befruktningsdugliga oocyter därefter erhållits. ■*