



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

Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2011

Skriftlig tentamen 2011-05-18

Skrivningstid 10.00-15.00

Maxpoäng 120

Fråga 1

Mimmi, 31 år, och Rudolfo, 46 år, väntar sitt första gemensamma barn och kommer till första mödrahälsovårdsbesöket i graviditetsvecka 8. Förväntningarna är stora men också oro över att barnet inte ska vara friskt. Mimmi arbetar med funktionshindrade barn och är särskilt orolig för att få ett barn med ryggmärgsbräck. Barnmorskan hänvisar paret till dej för mera information.

1a) Ungefär hur stor är risken allmänt för myelomeningocele och hur kan det upptäckas under graviditeten? (2p)

Ca 1/5000. Upptäcks i första hand vid ultraljudsscreening. Förhöjda nivåer av alfafetoprotein (AFP) i maternellt blod kan ge vägledning. Diagnosen kan konfirmeras genom analys AFP i fostervatten.

Under samtalet klargör du att en viss oro för att barnet inte ska vara friskt finns hos de flesta blivande föräldrar. Tyvärr kan garantier för att få ett friskt barn inte ges oavsett vilka metoder man använder för fosterdiagnostik.

1b) Hur stor är den allmänna risken i befolkningen att ett barn som föds har en allvarlig skada eller utvecklingsstörning? (1p)

1,5-3%.

1c) Vilka mammor/par ska erbjudas information om fosterdiagnostik? (1p)

Alla.

Det framkommer också att Rudolfo har en kusin med Downs syndrom och därför vill man veta lite mer om detta. Rudolfo har en 15-årig dotter i en tidigare relation och under den graviditeten gjorde man ett fostervattenprov. Han känner till att det numera finns andra metoder och har hört talas om något som kallas KUB.

1d) Förklara vad KUB är. (2p)

KUB=kombinerat ultraljud och biokemisk analys. Utförs i graviditetsvecka 11-14 och består av A) ultraljudsmätning av nackupplärning hos fostret, B) biokemiska markörer i maternellt blod (fritt β -HCG och PAPP-A, pregnancy-associated plasma protein), samt C) risk för Downs syndrom som betingas av mammans ålder. KUB är inte en diagnostisk metod utan en riskbedömning.

1e) Hur skiljer sig KUB från amniocentes/chorionvillibiopsi när det gäller möjlighet att upptäcka Downs syndrom samt eventuella risker, och hur används metoderna idag? (2p)

KUB har 86% sensitivitet med 5% falskt positiva resultat. Amniocentes/CVS är säkra, diagnostiska metoder som upptäcker nästan alla barn med kromosomrubbingar. I de fall KUB visar hög risk går man oftast vidare med amniocentes/CVS för att verifiera eller utesluta diagnosen. Vid amniocentes/CVS är risken för missfall 0,5-1% utöver bakgrundsrisk. KUB medför ingen extra missfallsrisk.

Mimmi och Rudolfo har många frågor och det verkar finnas ett behov av en mer ingående genetisk rådgivning.

1f) Innebär det någon ökad risk att de får ett barn med Downs syndrom med tanke på Rudolfos kusin? Motivera (1p)

Nej, ingen riskökning. Endast translokationer nedärvs från föräldrar till barn.

1g) Vad bör en genetisk rådgivning innehålla rent allmänt? (1p)

En genetisk rådgivning bör innehålla en detaljerad familjehistoria med säkerställande av diagnosen hos den släkting som haft en medfödd fosterskada. Dessutom bör innebörden av fosterskadan, prognos och eventuella behandlingsmöjligheter ingå. Hur skadan uppkommer, nedärvs och eventuellt kan föras vidare ska ingå. Slutligen ska information om möjliga diagnostiska metoder ges.

Fråga 2

Du är jour på förlossningen. Du tar hand om Sara som gravid i v 27 och är inskickad från MVC då hon på sin kontroll där samma dag haft blodtryck 180/113 och urinprotein +2. Sara har tidigare haft normalt blodtryck under sin graviditet. Blodtrycket vid ankomst till förlossningen är 174/114. Sara uppger huvudvärk. Du vill ge akut blodtrycksnedsättande läkemedel.

2a) Ge två förslag på läkemedel (inklusive administrationssätt) som du kan ge. (1p)

- Dihdralazin (Nepresol[®]) 6,25 mg i. v. Finns dock bara kvar på licens.
- Nifedipin (Adalat[®]) 10 mg p.o.
- Labetolol (Trandate[®]) 50 mg i.v. (obs! p.o. ger inte nog snabb blodtryckssänkning i detta fall)

2b) Vilket mål-blodtryck har du och varför? (1p)

Fostret gagnas inte av blodtryckssänkning (risk för ytterligare försämrat uteroplacentärt flöde). Vi strävar efter ett diastoliskt blodtryck mellan 85 och 95 mm Hg (inte lägre!). Detta skyddar mamma från hypertensiva komplikationer men förhoppningsvis påverkas inte den uteroplacentära perfusionen alltför mycket.

Där du jobbar är blodproverna som rutinmässigt tas vid preeklampsi ("tox-proverna"): Hb, trombocyter, ASAT, ALAT, Albumin, Kreatinin.

2c) Förklara hur varje värde påverkas vid normal graviditet samt hur de kan påverkas vid preeklampsi. (5p)

Hb: sjunker 10-15 enheter under normal graviditet. Plasmavolymen ökar mer än röd blodkroppsvolym. Vid preeklampsi fås en inadekvat plasmavolymökning - kvinnan blir hemokoncentrerad- Hb stiger jämfört med normal graviditet. Vid HELLP sker hemolys och Hb sjunker.

Trombocyter: en måttlig sänkning av trombocytantalet ned mot 100 noteras inte sällan under en normal graviditet (beror på utspädning samt en ökad omsättning beroende på en relativ

aktivering av koagulationskedjan). Vid preeklampsi fås en ytterligare aktivering av koagulationskedjan. Trombocyter under 100 eller trombocyter som sjunker mellan provtagningar bör ge misstanke om uttalad koagulationspåverkan.

ASAT, ALAT: påverkas inte normalt under graviditet. Kan stiga vid preeklampsi.

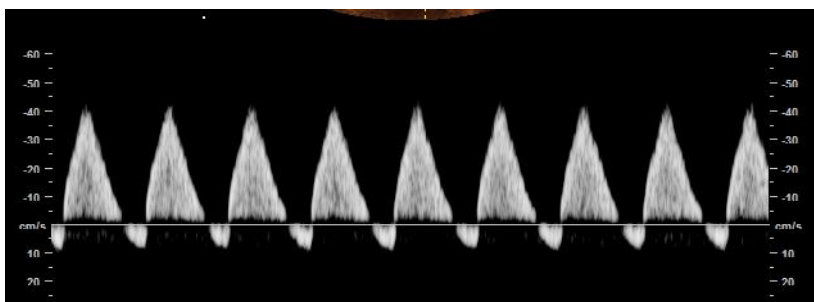
Albumin: Graviditet ger ca 20 % sänkning av albumin. Vid preeklampsi kan ytterligare sänkning ses.

Kreatinin: glomerulusfiltrationen och njurgenomblödningen ökar 50 % under normal graviditet och detta leder till sänkta kreatininnivåer (den övre gränsen för normalitet under graviditet bör sänkas med ca 25 % jämfört med icke gravida värden). Pga vasokonstriktionen vid preeklampsi fås inte den förbättrade glomerulusfiltrationen och s-kreatinin värdena blir höga jmf med normal graviditet. Vid svår njurpåverkan kan även värden överstigande övre normalgränsen för icke gravida ses.

2d) Förutom blodtrycksmedicin, bör Sara få en ytterligare medicinering, vilken och varför? (1p)

Kortison för accelererad lungmognad hos fostret.

Ultraljudundersökning med tillväxtkontroll och dopplerflöde i umbilikalartären utförs på fostret. Följande flödesbild fås



2e) Tolka bilden och resonera om fortsatt handläggning? (2p)

Flödesmätningen visar Klass IIIB (negativt flöde i diastole).

Mycket allvarligt! CTG och upprepade flödesmätningar av flera kärl bör göras. Vänta ut kortisoneffekten om möjligt. Rätt vårdnivå! Överväg kejsarsnitt inom ett dygn.

Fråga 3

Du är primärjour när Lina, 28 år, och hennes man Lars kommer till förlossningen p.g.a. täta värkar. Graviditetslängden är 40v + 3 d och graviditeten har varit normal. Förra graviditeten, för 2 år sedan, blev Lina förlöst med sectio eftersom barnet låg i säte. Hon gick upp 20 kg under den graviditeten och har sedan inte lyckats minska vikten nämnvärt. Ingångsvikt i aktuell graviditet var 90 kg (BMI 33) och vid senaste MVC-besöket vägde hon 105 kg. Lina har hela tiden varit inställd på en vaginal förlossning.

3a) Resonera kring komplikationsrisker under graviditeten med tanke på Linas obesitas och i relation till förlossningssätt. (2p)

Graviditet: Intrauterin fosterdöd, missbildningar, graviditetsdiabetes, graviditetshypertoni, preeklampsi, svårare att mäta SF-mått, göra ultraljud (risk att missa tillväxthämning t.ex.) och övervaka fostret.

Ökad risk för komplikationer oavsett förlossningssätt. Vaginal förlossning: skulderdystoci, makrosomi, värksvaghet, sfinkterruptur. Sectio: Blödning, trombos, sårruptur/-infektion, anestesikomplikationer.

Förlossningen går framåt, Lina får en epiduralbedövning och ett syntocinondropp, och efter 4 timmar är cervix öppen 9 cm. Fosterhuvudet står i spinalplanet och barnmorskan rapporterar att epiduralbedövningen behöver läggas om eftersom den fungerar dåligt. Värkregistreringen försvåras av mammans övervikt. Strax därefter blir du kallad till förlossningssalen pga dåliga fosterljud. Du finner en kraftigt smärtpåverkad mamma och CTG-kurvan visar uttalad fosterbradycardi sedan 8-9 minuter.

3b) Vad gör du? Vilka differentialdiagnoser överväger du? (2p)

Omedelbart sectio. Uterusruptur. Ablatio placentae. (Navelsträngs prolaps)

3c) Hade man kunnat undvika den uppkomna situationen? Resonera kring riskfaktorer och åtgärder. (2p)

Tidigare sectio den viktigaste riskfaktorn för uterusruptur. Syntocinon ökar risken och epiduralbedövning maskerar symtomen. Intrauterin tryckmätning (IUP) kan säkrare detektera överstimulering.

3d) Vad bör man i allmänhet tänka på för att minska risken för kvinnan vid ett akut sectio? (2p)

Spinalanestesi bättre än narkos om tiden medger. Minimera operationstraumat (Joel-Cohen går oftast lika snabbt som medellinjesnitt men är mindre traumatiserande). Töm urinblåsan med kanyl och spruta om KAD inte hunnit sättas. Ge antibiotika peroperativt och vidta åtgärder för att förhindra atoni. Sätt in trombosprofylax och blodtransfusion vid behov.

3e) Hur bör det psykologiska omhändertagandet i samband med, och efter, ett omedelbart sectio se ut? (2p)

Bevara lugnet och kontakten. Informera båda föräldrarna om vad som sker i det akuta skedet så mycket som tiden medger. Planera för ett samtal senast påföljande dag. Uppföljning på MVC senare bör ske av läkare, helst opererande läkare. Händelseförloppet bör gås igenom, orsaker förklaras, effekter på fertilitet och framtida förlossningar beröras, känslor och upplevelser bekräftas.

Fråga 4

Du är jour på ditt länsdelssjukhus en lördagsnatt när personal från gyn.avdelningen kontaktar dig. 22-åriga Mikaela har hört av sig och undrar om akutpreventivmedel. Hon har alldeles nyss kommit hem från en utlandssemester. Hon hade oskyddat samlag för 2-3 dagar sedan och vill ha akutpreventivmedel. Hon använder inget reguljärt preventivmedel och använde inte kondom vid senaste samlaget.

4a) Vilka olika metoder finns? Beskriv de olika metoderna, deras verkningsmekanism samt fördelar och nackdelar. (6p)

***Yuzpe-metoden (1p):** Högdos p-piller. Vanliga "gamla Follinett[®] (50 µg etinylestradiol + 250 µg levonorgestrel)" 2+2 tabl med 12 tim intervall inom 72 tim efter oskyddat samlag. Huvudsaklig verkningsmekanism är "kapad" LH-topp och förskjuten ovulation. Relativt bra effektivitet. Mycket vanligt med biverkningar såsom illamående, kräkningar och huvudvärk.*

Follinett finns ej längre tillgängligt men preparat med samma substanser (men i andra doseringar), ex Neovletta[®] kan användas.

***Levonorgestrel (2p):** Högdos levonorgestrel (1.5 mg) ensamt, ex Postinor[®]/Norlevo[®]. Max effekt första 72 tim men mätbar effekt 120 tim. Högre effektivitet och färre biverkningar än Yuzpe-metoden. Effekten avtar med tiden efter oskyddat samlag. Sämre effekt med ökat BMI. Förskjuter ovulation.*

Ulipristalacetat (EllaOne®) (2p): Progesteronreceptor antagonist som förhindrar/förskjuter ovulation. Bibehållen hög effekt under 120 tim. Något högre effektivitet än levonorgestrel, mer uttalad 72-120 tim. Än så länge receptbelagt. Kan inte förskrivas av barnmorska (januari 2011). I övrigt väsentligen likvärdigt med levonorgestrel men dyrare.

Kopparspiral (1p): Högeffektivt akutpreventivmedel som kan användas 120 tim efter oskyddat samlag. Invasiv och kräver tränad personal.

Mikaela ville inte/behövde inte komma till sjukhuset mitt i natten för detta problem. På söndag förmiddag kommer hon till avdelningen för att hämta akut p-piller. Den ansvariga sjuksköterskan ser att du har det riktigt lugnt på jousen varför hon ber dig ta hand om Mikaela.

Du träffar henne och gör.....

4b) Ja – vad gör du? (4p)

Sedvanlig anamnes med fokus på tidigare preventivmedel/graviditeter/STI. Senaste samlag. Status, ffa för infektionsscreening. + bltr.

Ger EllaOne. Ordnar med preventivmedel, om möjligt med "quick-start", dvs fördröj inte ex p-pillerstart till nästa mens utan starta direkt. Mikaela tillhör en högriskgrupp för framtida oönskad grav.

Fråga 5

Theresa 30 år har en känd APC-resistens och välreglerad insulinbehandlad diabetes. Hon söker dig för tilltagande menssmärta sedan ett par år. Tidigare gick smärtan över efter första dygnet men nu pågår den i 1-2 v. Hon har också ofta djupa samlagssmärter. Hon har sedan 1 år tillbaka Cerazette®. Vid vaginalt ultraljud syns bilaterala ekogivande cystor, varav den största mäter 5 cm i diameter.

5a) Du planerar för en laparoskopi. Motivera varför (2p)

Allt talar för endometrios. Viktigt med diagnos för att sätta in behandling som hämmar progrediering. Möjlighet till förbättring av smärttillståndet.

5b) Behöver du ordinera någon profylaktisk medicinering inför operationen? Motivera (1p)

Trombosprofylax exempelvis i form av Fragmin[®] högdos 5000 IE/dygn pga ökad trombosrisk och förväntat långdraget laparoskopiskt ingrepp.

(Överväg antibiotika peroralt preoperativt på operationsdagens morgon. Ex Baktrim[®] och Flagyl[®] i engångsdos).

5c) Hur planerar du inför operationen med tanke på hennes diabetes? (1p)

Helst först på dagens program. Halva ordinarie insulindosen och långsamt 5 % glukosdropp.

5d) Resonera kring de huvudsakliga riskerna vid inledning av laparoskopi och ange vilka skador som kan inträffa, ungefär hur vanliga dessa är och hur man undviker dem. (4p)

Störst risk vid införande av Verres nål och första troakar. Tarmperforation (några procent). Kärlskada (någon promille). Kärlskador på stora kärl kan i princip undvikas vid öppen introduktion av troakar. Skador på epigastrikakärl förekommer även vid insättning av andra troakar. Undviks vid rätt placering. Kärlskaderisk minskar om pat är i planläge och troakarerna introduceras på rätt plats. Tarmskador förekommer även vid öppen teknik.

Vid operationen finner du båda ovarierna adherenta mot peritoneum /fossa ovarica och innehållande stora, djupt liggande cystor.

5e) Vad finns det för risker vid enukleation med diatermi? (2p)

Extensiv diatermi kan skada ovarialfunktionen och även ge brännskador på annan vävnad.

Dissektion och diatermi på djupet mot bäckenväggen innebär risk för uretärskada.

Fråga 6

31-åriga Carina Sahlin söker akut på gyn-akuten. Hon har sedan en knapp vecka "haft mens" av varierande mängd. Hon har senaste året haft något oregelbunden mens och vet inte riktigt när hon hade sin senaste mens. I morse vaknade hon av att det kom blodklumpar och hon kände sig yr. Carina är såvitt hon vet frisk och använder inga mediciner och har inget reguljärt preventivmedel. Hon har varit gravid två gånger och fött två barn. Carina har ingen fast partner. Graviditetstestet är positivt

6a) Föreslå initial kontroll/provtagning på mottagningen (2p)

Puls, blodtryck, Hb. Kontrollera om det finns blodgruppering.

Du går vidare med gynekologisk undersökning varvid du ser en del blod och koagler i vagina. I övrigt inget avvikande vid spekulumundersökning. Uterus palperas lätt ömmande, jämn, fast och kanske drygt normalstor. Fritt och oömt över adnexae. Vid vaginal ultraljudsundersökning ser du ett "endometrium" med lite varierande ekogenicitet, 16-19 mm tjockt, samt en slät tunnväggig, helt klar cysta med en diameter på 42 mm i hö ovarium.

6b) Vilka är dina preliminära "arbetsdiagnoser"? (1p)

Missfall, extrauterin graviditet, tidig intrauterin graviditet.

6c) Vilka ultraljudsmässiga fynd skulle kunna få dig att inte "frikänna" en cysta hos en kvinna i motsvarande ålder? (2p)

Alla cystor större än 8 cm, septa, papillära strukturer, solida partier.

6d) Föreslå vidare åtgärder och uppföljning i det aktuella fallet. Diskutera och motivera! (3p)

Kvantitativt S-hCG med akutsvar. Uppföljning beroende av status, Hb och nivåer av S-hCG. Carina är väsentligen opåverkad vid undersökningen och ingen fri vätska kan ses vid vaginal ultraljudsundersökning. Sannolikt kan hon gå hem. Uppföljning med nytt S-hCG och förnyad undersökning om 2-3 dagar. Sjunkande S-hCG talar för missfall (inkomplett eller komplett beroende på hur snabbt hCG sjunker). Sakta stigande eller stillastående hCG koncentrationer talar för en patologisk men ändå viabel graviditet. X-misstanke kan inte avskrivas. Fortsatt uppföljning med antingen expektans eller övervägande av kirurgisk/medicinsk åtgärd beroende på status och ultraljudsfynd.

Hb och blödningens omfattning spelar naturligtvis också roll för handläggningen.

Din uppföljning utmynnar så småningom i att Carina bedöms ha ett inkomplett missfall.

6e) På vilka olika sätt kan du handlägga detta? (2p)

Beroende av status/blödning och Carinas önskemål: Expektans med uppföljning, prostaglandinanaloguebehandling (misoprostol) eller kirurgisk utrymning är olika tänkbara alternativ.

Fråga 7

Anna 40 år, 0 para, normalviktig och väsentligen frisk. Hon söker Dig på grund av graviditetsönskan. Hon planerar att åka till Danmark för donatorinsemination. Det framkommer att hon har regelbunden mens med 23 dagars intervall.

7a) Vilken information ger Du kring hennes fertilitet och eventuell behandling?

Motivera (1p)

Fertiliteten är troligen låg både på grund av ålder och mensintervallet. Förutom detta är missfallsrisken hög. Det är dock hennes fria val att själv besluta om eventuell behandling.

7b) Vad är ovarialreserv? (1p)

Ovarialreserv speglar den kvarvarande mängden oocyter i äggstockarna och är ett indirekt mått på fertiliteten. Vid IVF ses sämre respons och bruten stimulering vid tecken på dålig ovarialreserv.

7c) Hur kan denna skattas? Vad är tecken på god ovarialreserv? (2p)

Denna kan skattas med

- *Mensintervall – längre intervall är tecken på god ovarialreserv*
- *Ultraljud; mätning av antral- och växande folliklar eller ovarialvolym/yta – högre värde är tecken på god ovarialreserv*
- *FSH och LH cykeldag 3 – lågt FSH och högt LH talar för god ovarialreserv*
- *AMH – korrelerat till antralfollikelmängden. Högre värden talar för god ovarialreserv*

7d) Hur tror du att ovarialreserven ser ut för Anna? Motivera (2p)

Troligen tecken på nedsatt ovarialreserv. Kan dock ha normalstora ovarier vid ultraljud, FSH och LH inom normalvärden men möjligen i övre regionen (värdena kan dock variera i olika cykler). AMH troligen ganska lågt mht att mensintervallet är kort.

Hon genomgår några inseminationer utan att få barn och söker Dig några år senare vid 43 års ålder. Hon har då helt andra symtom som gör att Du bedömer att hon är perimenopausal.

7e) Hur brukar man definiera perimenopausal? (2p)

Varierande cykellängd med mer än 7 dagars skillnad från normal eller mer än 1 överhoppad cykel, FSH som är förhöjt, menorrhagi, metrorrhagi, vasomotorsymtom, sömnsvårigheter. Innefattar första året efter sista mens.

Uteslutande av andra orsaker till ovanstående t ex thyroideasjukdom, hyperprolaktinemi, myom, blödningsbenägenhet, endometriedysplasi, infektioner, depression.

7f) Hur bedömer du att de kardiovaskulära riskerna ser ut för Anna om hon börjar med östrogenbehandling (HRT)? Föredrar du någon typ av behandling och i så fall varför? (2p)

HRT förefaller att minska risken för kardiovaskulär sjukdom hos friska kvinnor om behandlingen sätts in i samband med menopaus. Forskningsresultat talar för att HRT insatt före 60 års ålder minskar risken för kardiovaskulär sjuklighet och är förenad med 30-40 % minskad mortalitet under behandlingstiden jämfört med placebo. Transdermal HRT förefaller inte vara associerat med ökad risk för venös trombos, vilket är fallet vid oral HRT. (Vid behandling måste gestagentillägg ges till östrogen för att ge ett endometrieskydd).

Fråga 8

En 23-årig kvinna söker pga. smärtsamma utslag i underlivet. Vid undersökning finner du följande vid inspektion av vulva:



8a) Vilken är den troliga diagnosen? (1p)

Herpes genitalis

8b) Hur säkerställer du denna? Vad i den kliniska undersökningen stödjer diagnosen? (2p)

Viruspåvisning (vanligtvis med pcr-baserade test eller antigenpåvisning). Ömmande lymfadeniter i ljumskarna stödjer diagnosen kliniskt

8c) Hur är prevalensen och hur sker spridningen? (2p)

*15-35% har positiv HSV 2 serologi
Det är en sexuellt överförd infektion*

8d) Vad orsakar denna genitala sjukdom och hur förhåller sig frekvensen av olika agens? Är det någon skillnad i kliniken beträffande olika agens? (2p)

*HSV 1 = HSV 2 numera
HSV 1 ger mindre recidiv*

8e) Ge förslag på behandling! (2p)

Lokal behandling med Emla eller Xylocaingel. Vid primärinfektion och svårare infektioner ges valaciklovir 500 g x 2 x 5-10. Episodisk behandling och långtidsbehandling kan vara aktuell i vissa fall.

8f) Hur handläggs förlossning med hänsyn till denna sjukdom? (1p)

Primärinfektion i 3:e trimestern är sectioindikation. Sectio kan övervägas vid recidiv med färska blåsor i förlossningskanalen.

Fråga 10

Fatma, född 1964, med oregelbundna menstruationer det senaste året söker kvinnokliniken p.g.a riklig blödning sedan tre veckor efter föregående blödningsuppehåll i drygt två månader.

9a) Nämn fyra vanliga differentialdiagnoser som är aktuella i hennes fall (2p)

Ovariell insufficiens, endometriehyperplasi, endometriecancer, myom, corpus- och cervixpolyp

Endometriebiopsi utföres. PAD visar MHC/enkel hyperplasi.

9b) Förklara betydelsen av och uppkomsten av detta tillstånd. (3p)

Benigt tillstånd. Efter långvarig påverkan på endometriet av östrogen som utsöndras från ett anovulatoriskt ovarium kommer endometriet att proliferera och tillväxa i tjocklek under längre tid.

9c) Vilken behandling föreslår du och varför? (3p)

Gestagenbehandling i form av cykliskt gestagen eller hormonspiral. En gestagenkur åstadkommer sekretionsomvandling av ett endometrium i proliferaion. Efter gestagenkuren sker en avstötning av endometriet. Hormonspiral ges en hög lokal gestagendos som direkt motverkar proliferaion genom antagonistisk effekt på östrogenreceptorer i endometriet.

9d) I vilken annan åldersgrupp kan MHC/enkel hyperplasi förekomma och hur behandlar du dessa? (2p)

Unga flickor i puberteten. Behandlas med cykliskt gestagen eller p-piller.

Fråga 10

Beda, 70 år, söker pga. blödning från underlivet för första gången sedan menopaus vid 53 års ålder.

10a) Hur handlägger du detta fram till diagnos/avfärdande av diagnos? Beskriv ditt förfarande och din tolkning av provsvar! (5p)

Både maligniteter i cervix och corpus måste uteslutas.

Gynekologisk undersökning med cellprov. Om patologiskt cellprov, kolposkopi och px portio ev. cervixskrapning.

Ultraljud av endometriet. Om endometrietjocklek < 4 mm behövs ingen biopsi men information om att återkomma vid förnyad blödning. Om > 4 mm, hydrosonografi, om lokal förändring hysteroskopisk resektion, alternativt enbart endometriebiopsi.

Alla prover är normala och Beda känner sig lättad.

10b) Ange trolig orsak till blödningen. Lämplig behandling? Motivera!(2p)

Senil atrofi

Lokal östrogenbehandling

En månad senare återkommer patienten med en ny relativt stor blödning från underlivet.

10c) Hur handlägger du detta? (3p)

Ny gynekologisk undersökning med ultraljud. Ev. ny endometriebiopsi. Annan blödningskälla? Misstanke om blödning från tarmen eller urinvägarna. Urinprov. Ev. remiss till kirurgklinik för rektoskopi/koloskopi eller till urologklinik för cystoskopi.

Fråga 11

Linda, 40 år, V-para, kommer på remiss från VC till kvinnokliniken p.g.a. urininkontinens. Förutom knäartros har hon problem med övervikt och äter viktreducerande tabletter på läkarordination sedan någon månad tillbaka. Rikliga, regelbundna menstruationer. Sedan första graviditeten år 2000, besvär med urinläckage som nu accentuerats.

Miktionslista förd under ett dygn visar en frekvens på 9, total urinvoly 2 l, urinportionerna varierar mellan 0,75–6,5 dl.

Vikt 100 kg, längd 163 cm.

11a) Vilken typ av urininkontinens misstänker du på denna anamnes och miktionslista? (2p)

Ansträngningsinkontinens.

11b) Vad bör du uppmärksamma i miktionslistan och ytterligare ta reda på? (2p)

Urinportionernas variation, som max 6,5 dl. Hur mycket dricker patienten under ett dygn?

11c) Vid detta första besök, vad bör du vidare undersöka? (2p)

Urinundersökning (sticka/odling)

Residualurin

11d) Vilka råd ger du till patienten vid besöket? (2p)

Gå ner i vikt, Ev. vätskereduktion, bäckenbottenmuskelträning, blåsregim.

Vid återbesök efter 6 månader kvarstår Lindas besvär nästan oförändrade trots att hon följt råden och patienten är inte nöjd. Vikten är nu 93 kg.

11e) Vilka ytterligare åtgärder kan vara aktuella? (2p)

Blöjvägningstest/kontrollerad provokationstest, urodynamisk undersökning, ev. cystoskopi. Därefter ställningstagande till operation.

Fråga 12

Cecilia 34 år väntar sitt andra barn. Hon är i graviditetsvecka 18. Cecilia berättar att hon för ett år sedan insjuknade i depression. Hon har sedan dess varit deltidssjukskriven. Vid insjuknandet började hon medicinera med Zoloft[®] men hon slutade med dessa då hon blev gravid, detta då hon var rädd att tablettorna skulle skada barnet. De sista veckorna har hon dock blivit alltmer deprimerad. Hon undrar nu om hon kan få någon behandling under graviditeten som inte skadar barnet.

12a) Vad svarar du? Svaret ska innehålla behandlingsalternativ vid mild, måttlig respektive svår depression under graviditet och vad det finns för risker för barnet vid behandling med SSRI under graviditet **(4p)**

- *Ökad klinisk kontakt och samtalsterapi är basen vid mild och måttlig depression.*
- *Vid måttlig depression rekommenderas KBT, interpersonell terapi eller psykodynamisk terapi som förstahandsbehandling (om tillgång finns).*
- *Om samtalsterapi inte har tillräcklig effekt rekommenderas SSRI. SSRI anses vara andrahands behandling vid måttlig depression.*
- *Vid svår depression rekommenderas elektro-konvulsiv behandling (ECT). Används oftast som andrahandsbehandling vid svår depression, där farmaka inte lyckats.*
- *Någon generell ökad risk för allvarliga fosterskador vid behandling med SSRI som grupp i tidig graviditet har inte setts. Paroxetin (Seroxat[®]) har dock associerats till ökade risker för hjärmissbildningar och hypospadi och bör undvikas under embryogenesen. Om man medicinerar med SSRI de sista veckorna av graviditeten finns risk för att barnet får utsättningssymptom (sprittigt, irritabelt, har svårt att suga). Kanske det också finns en risk för pulmonell hypertension om man behandlas*

med SSRI under graviditetens sista halva, men det här är ett mycket ovanligt - dock allvarligt- tillstånd. OM det är möjligt brukar SSRI dosen sänkas/ utsättas de sista 1-2 månaderna. Litteraturen talar dock för att fördelarna med adekvat medicinering under de sista månaderna är större än eventuella risker för biverkningar hos barnet. Risk-nytta-analys.

Cecilia undrar nu hur det är med amning. Kan man äta Zoloft[®] när man ammar? Vad är riskerna för barnet?

12b) Vad svarar du? (1p)

Endast enstaka procent av mammans viktjusterade dos finns i bröstmjölken (1-2 %). Barnets läkemedelskoncentration blir så låg att den ofta inte är mätbar och därför är risken att barnet ska påverkas minimal.

Ni avslutar dagens samtal. Cecilia påbörjar behandling av den art du beskrev i 12a. Ni beslutar att träffas igen om 4 veckor.

Efter 4 veckor återkommer Cecilia och denna gång har hon med sig sin man. Cecilia berättar att hon känner sig mindre deprimerad, men hon känner en allt större oro för sin förlossning. Förra förlossningen var långdragen och slutade med sugklocka. Cecilia tror inte att hon kommer klara av en till vaginal förlossning. Hon har ju haft det så jobbigt med sin depression och känner sig allmänt trött. Cecilia och hennes man har pratat om detta hemma och de har nu önskemål om ett planerat kejsarsnitt. Cecilias man är lite aggressiv mot dig och säger ”du ser ju hur Cecilia mår och då kan du ju inte begära att hon ska orka gå igenom en sådan där procedur igen”

12c) Hur bemöter du paret till en början? (2p)

Det viktiga är att initialt LYSSNA på paret. Inte starta att argumentera emot. Låt paret formulera hur de tänker. Visa att du lyssnar och respekterar hur de tänker. Om du lyssnar på dem så kanske de lyssnar på dig sedan.

På datorn kan du få fram Cecilias förra förlossningsjournal. Tillsammans med paret så tittar du igenom journalen och paret fyller på med kommentarer om sina upplevelser. Cecilia hade en lång latensfas. Efter det att Cecilia kom in i den aktiva fasen öppnade hon sig 1 cm/timme fram till det att cervix hade öppnats 8 cm. Därefter sekundär värksvaghet med utebliven progress i 3 timmar. Syntocinonstimulering startades, progress av förlossningen återficks och Cecilia förlöstes till slut med sugklocka (indikation värksvaghet/uttröttad mamma). Barnet mådde bra. Cecilia hade epiduralbedövning som fungerade bra, men hon upplever ändå sin förlossning som smärtsam. Sugklockan var obehaglig.

Er halvtimmes mottagning börjar nu ta slut.

12d) Hur avslutar du samtalet (du har 5 minuter kvar av er tid)? Motivera. I din motivering bör du få med hur du planerar fortsatt kontakt med Cecilia, vad hon bör informeras om och vad du kan se för alternativa förlossningsplaner. **(3p)**

Du bör förmedla att prognosen för att Cecilia denna gång ska få en vaginal förlossning som inte är utdragen är MYCKET god, att det i allmänhet är så att andra förlossningen bara tar halva tiden jämfört med den första. Att komplikationsrisken, inklusive att behöva bli förlöst med sugklocka, är MYCKET liten. Detta för att hon denna gång blir omföderska.

Paret bör informeras om för- och nackdelar med förlossningssätt.

*Kanske en induktion på mogen cervix och tidig EDA är något som skulle passa Cecilia?
"Induktionskontrakt" med tidig konvertering till sectio om det går trögt?*

Be dem ta med sig denna information och fundera vidare till nästa besök.

Ibland kan man behöva ge löfte att om önskan om sectio kvarstår i slutet av graviditeten så är ett sådant möjligt. Detta för att öppna upp för alternativa lösningar.

Nästa besök kan t.ex. sättas upp till barnmorska med utbildning/ erfarenhet gällande stödsamtal eller till dig själv om ca 3-4 veckor.