

<p style="text-align: center;">Specialistskrivning Obstetrik och gynekologi 2008</p>

Skrivningen består av kortare eller längre s.k. MEQ (modified essay questions) frågor, vissa med inslag av faktafrågor. Totalt omfattar skrivningen 100 poäng. Poäng och antal sidor per fråga anges nedan och detta försättsblad får du ha till hands under skrivningen. Läs frågorna noggrant och tänk på att disponera tiden, det är extra viktigt eftersom du inte kan backa. Skrivningstiden är max 6 timmar.

Instruktioner:

- till vänster om dig ligger frågorna. När skrivningen börjar tar du det första bladet och vänder det rätt.
- fyll först i din kod högst upp.
- besvara frågan och lägg bladet upp och ner på bordet till höger om dig.
- vänd upp nästa blad och fortsätt. Ange din personliga kod på varje blad.
- du får inte ta tillbaka ett besvarat papper till höger om dig. Ha bara ett papper framme åt gången.

Frågorna ser ut så här:

- Den gamla informationen står med: liten stil
- Svaret på föregående fråga med: *kursiv stil*
- Den nya informationen med: vanlig stil
- Den nya frågan med: **fet stil**

Fråga	Antal sidor	Antal poäng
1. Obstetrik	7	10 p
2. Obstetrik	5	10 p
3. Obstetrik	6	10 p
4. Obstetrik	8	10 p
5. Obstetrik	7	10 p
6. Gynekologi	8	10 p
7. Gynekologi	6	10 p
8. Gynekologi	6	10 p
9. Gynekologi	6	10 p
10. Gynekologi	4	10 p

Lycka till!

[Kod.....]

1.1

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? 1p

[Kod.....]

1.2

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? 1p

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

[Kod.....]

1.3

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? 1p

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen ½ timma senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2 p

[Kod.....]

1.4

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? 1p

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen ½ timma senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2 p

Influenza, chorionamnionit, pyelonefrit

Vad gör du för att komma närmare diagnosen? 2 p

[Kod.....]

1.5

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan? 1p

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen ½ timma senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2 p

Influensa, chorionamnionit, pyelonefrit

Vad gör du för att komma närmare diagnosen? 2 p

Du palperar uterus samt njurlogerna och tittar patienten ned i halsen. Du begär ett urinprov för undersökning med urinsticka för nitrit och mikroskopering av sediment.

Uterus är onormalt palpationsöm. Övriga fynd är negativa.

Vilka prover tar du? 0,5 p

Vad ordinerar du? 0,5 p

Förklara varför? 1 p

[Kod.....]

1.6

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan?

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen ½ timma senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2 p

Influenta, chorionamnionit, pyelonefrit

Vad gör du för att komma närmare diagnosen? 2 p

Du palperar uterus samt njurlogerna och tittar patienten ned i halsen. Du begär ett urinprov för undersökning med urinsticka för nitrit och mikroskopering av sediment.

Uterus är onormalt palpationsöm. Övriga fynd är negativa.

Vilka prover tar du? 0,5 p

Vad ordinerar du? 0,5 p

Förklara varför? 1 p

Odlingsprov tas för GBS från vagina och rektum. Urin skickas för allmän odling. Eftersom patienten har etablerat värkarbete, är palpationsöm över uterus och har feber tydande på chorionamnionit ordinerar du ett antibiotikum som är aktivt mot GBS (t. ex ampicillin, benzylpenicillin) i infusion.

En timma efter antibiotikabehandlingen påbörjats tillkallas du p g a avvikande CTG. Kurvan visar bradykardi med upphävd korttidsvariabilitet. Cervix är fullvidgad och huvudet står mot bäckenbotten. Du lägger en utgångsklocka och fostret framskaffas efter två värksynkrona dragningar. Barnet kommer ut slapt och hämtar sig aldrig trots intensivvård. Det avlider i GBS-sepsis.

Internationellt används huvudsakligen två profylaktiska upplägg att minska risken för neonatal GBS-sepsis. Beskriv de två och kommentera insatt behandling i ovanstående fall. 2p

[Kod.....]

1.7

En 29-årig I-gravida i vecka 37 ringer till dig som förlossningsjour och berättar att hon har frossa, muskelsmärter och allmän sjukdomskänsla.

Vad mera vill du veta från kvinnan?

Hur länge har hon haft symptomen? Har hon ont någon annanstans än i musklerna? Har andra i familjen liknande symptom?

Hon har haft symptomen några timmar. Hon har ont över livmodern. Ingen annan i familjen känner sig sjuk

Vad råder du henne att göra? 1p

Du råder henne att komma in till förlossningen för undersökning.

Vid ankomst till förlossningen ½ timma senare har hon värkar med 5 minuters mellanrum och känner sig febrig. Cervix öppningsgrad är 3 cm. Temperaturen är 39,5.

Vilka infektioner inkluderar du i dina differentialdiagnoser? 2 p

Influenta, chorionamnionit, pyelonefrit

Vad gör du för att komma närmare diagnosen? 2 p

Du palperar uterus samt njurlogerna och tittar patienten ned i halsen. Du begär ett urinprov för undersökning med urinsticka för nitrit och mikroskopering av sediment.

Uterus är onormalt palpationsöm. Övriga fynd är negativa.

Vilka prover tar du? 0,5 p

Vad ordinerar du? 0,5 p

Förklara varför? 1 p

Odlingsprov tas för GBS från vagina och rektum. Urin skickas för allmän odling. Eftersom patienten har etablerat värkarbete, är palpationsöm över uterus och har feber tydande på chorionamnionit ordinerar du ett antibiotikum som är aktivt mot GBS (t. ex ampicillin, benzylpenicillin) i infusion.

En timma efter antibiotikabehandlingen påbörjats tillkallas du p g a avvikande CTG. Kurvan visar bradykardi med upphävd korttidsvariabilitet. Cervix är fullvidgad och huvudet står mot bäckenbotten. Du lägger en utgångsklocka och fostret framskaffas efter två värksynkrona dragningar. Barnet kommer ut slappt och hämtar sig aldrig trots intensivvård. Det avlider i GBS-sepsis.

Internationellt används huvudsakligen två profylaktiska upplägg att minska risken för neonatal GBS-sepsis. Beskriv de två och kommentera insatt behandling i ovanstående fall. 2p

Ett upplägg går ut på att vaginal-odla alla gravida kvinnor för GBS i vecka 35-36 och under förlossningen behandla de som var GBS-positiv med antibiotika. Ett annat upplägg går ut på att, i stället för att odla, under förlossningen behandla alla som har vissa risk-faktorer för att barnet ska få GBS-sepsis, dvs de med prematur förlossning, feber under förlossningen, vattenavgång längre än 19-20 timmar, tidigare född barn som fick GBS-sepsis, samt under graviditeten varit odlingspositiv i urinen. För att antibiotika-profylaxen skall få full effekt behöver infusionen pågått minst 4 timmar innan förlossningen. I ovanstående fall var barnet sannolikt infekterad redan innan antibiotika gavs.

[Kod.....]

2.1

En 28 årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2p

Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2p

2.2

En 28 årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2 p

Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2 p

Fråga ytterligare om menstruationsanamnes. Regelbundenhet? Tidpunkter för konceptionsmöjligheter? Att det är en diskrepans mellan gravlängden enligt amenoré och ultraljudsdatering på 16 dagar och att man därför inte kan utesluta en tidig tillväxthämning. Risken för detta ökar om hon har helt regelbundna menses och tror sig vara säker på konceptiondatum. Ordnar med nytt u-ljud om 2-3 v.

Hon berättar att hon har helt regelbundna menses och att hon är övertygad om att hon blev gravid på dag 16 räknat från SM's första dag. Hon går på ultraljud tre veckor efter den förra undersökningen och är således då 21 veckor + 3 dagar gången enligt amenoré. Enligt ultraljud motsvarar graviditetslängden 18 veckor + 6 dagar. Läkaren undersöker också fostret som inte uppvisar några synliga missbildningar. Fostervattenmängd väsentligen normal. Eftersom fostret har vuxit tämligen normalt med normal fostervattenmängd och inga missbildningar kan ses, ordnar Du med ny ultraljudsundersökning samt återbesök till Dig om 4 veckor.

Ny undersökning görs efter 25 veckor + 6 dagar. Fostervikt skattas till 561 gram, vilket är -39 % deviation från förväntad vikt (motsvarar -3.5 standardavvikelse). Fostervattenmängd fortfarande normal. Umbilikaldoppler visar BFK1.

Vad gör Du? 2p

[Kod.....]

2.3

En 28 årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2 p
Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2p

Fråga ytterligare om menstruationsanamnes. Regelbundenhet? Tidpunkter för konceptionsmöjligheter? Att det är en diskrepans mellan gravlängden enligt amenoré och ultraljudsdatering på 16 dagar och att man därför inte kan utesluta en tidig tillväxthämning. Risken för detta ökar om hon har helt regelbundna menses och tror sig vara säker på konceptiondatum. Ordnar med nytt u-ljud om 2-3 v.

Hon berättar att hon har helt regelbundna menses och att hon är övertygad om att hon blev gravid på dag 16 räknat från SM's första dag. Hon går på ultraljud tre veckor efter den förra undersökningen och är således då 21 veckor + 3 dagar gången enligt amenoré. Enligt ultraljud motsvarar graviditetslängden 18 veckor + 6 dagar. Läkaren undersöker också fostret som inte uppvisar några synliga missbildningar. Fostervattenmängd väsentligen normal. Eftersom fostret har vuxit tämligen normalt med normal fostervattenmängd och inga missbildningar kan ses, ordnar Du med ny ultraljudsundersökning samt återbesök till Dig om 4 veckor.

Ny undersökning görs efter 25 veckor + 6 dagar. Fostervikt skattas till 561 gram, vilket är -39 % deviation från förväntad vikt (motsvarar -3.5 standardavvikelse). Fostervattenmängd fortfarande normal. Umbilikaldoppler visar BFK1.

Vad gör Du? 2p

P.g.a den uttalade tillväxthämningen tar Du upp frågan om amniocentes för karyotypbestämning och virusundersökning samt ordnar med ny viktskattning, Doppler och CTG om 2 veckor.

Patienten genomgår en amniocentes 2 dagar senare. Ytterligare 5 dagar senare när graviditeten nått 26 veckor + 6 dagar fås resultatet som visar kromosomuppsättning 45X0. När patienten får höra detta säger hon spontant att hon vill avbryta graviditeten.

Vad kallas denna kromosomavvikelse för och vad svarar Du patienten? 2 p

2.4

En 28 årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2 p
Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2p

Fråga ytterligare om menstruationsanamnes. Regelbundenhet? Tidpunkter för konceptionsmöjligheter? Att det är en diskrepans mellan gravlängden enligt amenoré och ultraljudsdatering på 16 dagar och att man därför inte kan utesluta en tidig tillväxthämning. Risken för detta ökar om hon har helt regelbundna menses och tror sig vara säker på konceptiondatum. Ordnar med nytt u-ljud om 2-3 v.

Hon berättar att hon har helt regelbundna menses och att hon är övertygad om att hon blev gravid på dag 16 räknat från SM's första dag. Hon går på ultraljud tre veckor efter den förra undersökningen och är således då 21 veckor + 3 dagar gången enligt amenoré. Enligt ultraljud motsvarar graviditetslängden 18 veckor + 6 dagar. Läkaren undersöker också fostret som inte uppvisar några synliga missbildningar. Fostervattenmängd väsentligen normal. Eftersom fostret har vuxit tämligen normalt med normal fostervattenmängd och inga missbildningar kan ses, ordnar Du med ny ultraljudsundersökning samt återbesök till Dig om 4 veckor.

Ny undersökning görs efter 25 veckor + 6 dagar. Fostervikt skattas till 561 gram, vilket är -39 % deviation från förväntad vikt (motsvarar -3.5 standardavvikelser). Fostervattenmängd fortfarande normal. Umbilikal Doppler visar BFK1.

Vad gör Du? 2 p

P.g.a den uttalade tillväxthämningen tar Du upp frågan om amniocentes för karyotypbestämning och virusundersökning samt ordnar med ny viktskattning, Doppler och CTG om 2 veckor.

Patienten genomgår en amniocentes 2 dagar senare. Ytterligare 5 dagar senare när graviditeten nått 26 veckor + 6 dagar fås resultatet som visar kromosomuppsättning 45X0. När patienten får höra detta säger hon spontant att hon vill avbryta graviditeten.

Vad kallas denna kromosomavvikelse för och vad svarar Du patienten? 2 p

Turners syndrom. För sent att göra abort. Turners syndrom är en relativt "benign" kromosomabnormalitet. Kan oftast leva ett helt normalt liv. Ökad risk för missbildningar, men några sådana har man ju inte sett.

Patienten accepterar detta. Följs med tillväxtultraljud, Doppler, fostervattenmängd samt CTG varannan vecka. Uppvisar en tämligen konstant viktavvikelse på drygt -40 %. Umbilikalartärdoppler BFK0-BFK1. Ingen redistribution till art.cerebri media. Fostervattenmängd normal och CTG u.a. Ultraljud 36 veckor + 0 dagar: 1900 gram (-40 %)

Inkommer till förlossningen efter 36 veckor + 5 dagar med 2-3 kontraktioner/10 minuter sedan tre timmar. F.f.d huvud. Cervix i det närmaste utplånad. Y.m.m. öppen drygt 2 cm. CTG: basalfrekvens 155, variabilitet väsentligen normal. I samband med de flesta värkar ses sena decelerationer ned till cirka 130.

Vad gör Du? 2 p

2.5

En 28 årig förstföderska med genomsnittlig kroppsstorlek kommer till Dig på specialist MVC. Hon kommer från dateringsultraljud med en graviditetslängd av 18 veckor + 3 dagar enligt SM som är regelbundna (3-4/28). Enligt ultraljudsundersökningen är dock graviditetslängden endast 16 veckor + 1 dag. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Äter inga mediciner förutom järntabletter, som hon började med för några dagar sedan. Blodtryck 135/80. Urinprov negativt för protein och glukos. Blodsocker i fasta 5.8 mmol/ml. Hb 106.

Vad frågar Du kvinnan om samt vad informerar Du henne om? 2 p

Vilken/vilka undersökning(ar) föranstaltar Du om? 2 p

Fråga ytterligare om menstruationsanamnes. Regelbundenhet? Tidpunkter för konceptionsmöjligheter? Att det är en diskrepans mellan gravlängden enligt amenoré och ultraljudsdatering på 16 dagar och att man därför inte kan utesluta en tidig tillväxthämning. Risker för detta ökar om hon har helt regelbundna menses och tror sig vara säker på konceptiondatum. Ordnar med nytt u-ljud om 2-3 v.

Hon berättar att hon har helt regelbundna menses och att hon är övertygad om att hon blev gravid på dag 16 räknat från SM's första dag. Hon går på ultraljud tre veckor efter den förra undersökningen och är således då 21 veckor + 3 dagar gången enligt amenoré. Enligt ultraljud motsvarar graviditetslängden 18 veckor + 6 dagar. Läkaren undersöker också fostret som inte uppvisar några synliga missbildningar. Fostervattenmängd väsentligen normal. Eftersom fostret har vuxit tämligen normalt med normal fostervattenmängd och inga missbildningar kan ses, ordnar Du med ny ultraljudsundersökning samt återbesök till Dig om 4 veckor.

Ny undersökning görs efter 25 veckor + 6 dagar. Fostervikt skattas till 561 gram, vilket är -39 % deviation från förväntad vikt (motsvarar -3.5 standardavvikelse). Fostervattenmängd fortfarande normal. Umbilikal Doppler visar BFK1.

Vad gör Du? 2p

P.g.a den uttalade tillväxthämningen tar Du upp frågan om amniocentes för karyotypbestämning och virusundersökning samt ordnar med ny viktskattning, Doppler och CTG om 2 veckor.

Patienten genomgår en amniocentes 2 dagar senare. Ytterligare 5 dagar senare när graviditeten nått 26 veckor + 6 dagar fås resultatet som visar kromosomuppsättning 45X0. När patienten får höra detta säger hon spontant att hon vill avbryta graviditeten.

Vad kallas denna kromosomavvikelse för och vad svarar Du patienten? 2 p

Turners syndrom. För sent att göra abort. Turners syndrom är en relativt "benign" kromosomabnormalitet. Kan oftast leva ett helt normalt liv. Ökad risk för missbildningar, men några sådana har man ju inte sett.

Patienten accepterar detta. Följs med tillväxtultraljud, Doppler, fostervattenmängd samt CTG varannan vecka. Uppvisar en tämligen konstant viktavvikelse på drygt -40 %. Umbilikalartärdoppler BFK0-BFK1. Ingen redistribution till art.cerebri media. Fostervattenmängd normal och CTG u.a. Ultraljud 36 veckor + 0 dagar: 1900 gram (-40 %)

Inkommer till förlossningen efter 36 veckor + 5 dagar med 2-3 kontraktioner/10 minuter sedan tre timmar. F.f.d huvud. Cervix i det närmaste utplånad. Y.m.m. öppen drygt 2 cm. CTG: basalfrekvens 155, variabilitet väsentligen normal. I samband med de flesta värkar ses sena decelerationer ned till cirka 130.

Vad gör Du? 2 p

Sectio inom 30 minuter.

[Kod.....]

3.1

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dig eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2 p

Vad vill du fråga henne mer? 1 p

[Kod.....]

3.2

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dig eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2 p

Vad vill du fråga henne mer? 1 p

MHV 1: Sjukdomar, hereditet, yrke.

MHV 2: Hb, p-glukos, urinprover, blodtryck, vikt, sf-mått.

Andra symtom som smärtor, andfåddhet, yrsel, törst, infektionssymtom, kräkningar/illamående.

Stressigt på jobbet? Problem hemma? Sömnsvårigheter? Oro, nedstämdhet?

Stina berättar att hon har känt sig väldigt törstig och lite illamående de senaste dagarna. Hon oroar sig en del för förlossningen och har svårt att somna på kvällen trots att hon är trött. Det är svårt att sköta jobbet.

Rutinproverna idag visar protein +1 och glukos +1. Blodtryck 145/88. Vikt 105 kg. Fosterljud 134.

Vilka ytterligare undersökningar/prover vill du göra? 2 p

[Kod.....]

3.3

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dig eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2 p

Vad vill du fråga henne mer? 1 p

MHV 1: Sjukdomar, hereditet, yrke.

MHV 2: Hb, p-glukos, urinprover, blodtryck, vikt, sf-mått.

Andra symtom som smärtor, andfåddhet, yrsel, törst, infektionssymtom, kräkningar/illamående.

Stressigt på jobbet? Problem hemma? Sömnsvårigheter? Oro, nedstämdhet?

Stina berättar att hon har känt sig väldigt törstig och lite illamående de senaste dagarna. Hon oroar sig en del för förlossningen och har svårt att somna på kvällen trots att hon är trött. Det är svårt att sköta jobbet.

Rutinproverna idag visar protein +1 och glukos +1. Blodtryck 145/88. Vikt 105 kg. Fosterljud 134.

Vilka ytterligare undersökningar/prover vill du göra? 2 p

Allmän kroppsundersökning inkl. hjärta/lungor. Blodstatus, CRP och järnstatus. Oral glukosbelastning måste göras snarast (borde ha gjorts tidigare).

Du hittar inget avvikande i status. Under dagen får du svar på blodstatus som visar LPK 10, 2, CRP 22, Hb 102, S-järn strax nedom nedre normalgränsen. Stina får en tid för OGTT redan nästa dag och den visar: Fastevärde 7,0 mmol/l och 2-timmarsvärde 12,3 mmol/l.

Hur bedömer du glukosbelastningen? 1 p

Vad gör du nu? 1 p

[Kod.....]

3.4

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dej eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2 p

Vad vill du fråga henne mer? 1 p

MHV 1: Sjukdomar, hereditet, yrke.

MHV 2: Hb, p-glukos, urinprover, blodtryck, vikt, sf-mått.

Andra symtom som smärtor, andfåddhet, yrsel, törst, infektionssymtom, kräkningar/illamående.

Stressigt på jobbet? Problem hemma? Sömnsvårigheter? Oro, nedstämdhet?

Stina berättar att hon har känt sig väldigt törstig och lite illamående de senaste dagarna. Hon oroar sig en del för förlossningen och har svårt att somna på kvällen trots att hon är trött. Det är svårt att sköta jobbet.

Rutinproverna idag visar protein +1 och glukos +1. Blodtryck 145/88. Vikt 105 kg. Fosterljud 134.

Vilka ytterligare undersökningar/prover vill du göra? 2 p

Allmän kroppsundersökning inkl. hjärta/lungor. Blodstatus, CRP och järnstatus. Oral glukosbelastning måste göras snarast (borde ha gjorts tidigare).

Du hittar inget avvikande i status. Under dagen får du svar på blodstatus som visar LPK 10, 2, CRP 22, Hb 102, S-järn strax nedom nedre normalgränsen. Stina får en tid för OGTT redan nästa dag och den visar: Fastevärde 7,0 mmol/l och 2-timmarsvärde 12,3 mmol/l.

Hur bedömer du glukosbelastningen? 1 p

Vad gör du nu? 1 p

Glukosbelastningen är onormal och tyder på en graviditetsdiabetes.

Du tar kontakt med Stina och informerar (helst vid ett besök). Kopplar in diabetesläkare/sköterska och dietist. Instruktioner om egna blodglukos-mätningar.

Remiss till ultraljud av barnet. Kontrollerar att Stina har järn-behandling.

Stina har en graviditetsdiabetes. Du ordnar ett besök tillsammans med diabetessköterskan där ni tillsammans informerar och hon får lära sig att själv kontrollera blodsockret. Därefter får Stina en remiss till dietisten. Ultraljudet, som du själv utför, visar normal tillväxt och flöde. Slutligen sjukskriver du Stina 50%.

Stina kommer på nästa besök till dej efter 3 veckor. Hon tycker att det går bra att mäta blodsockret och att hålla diet. Däremot är hon orolig över vad hennes graviditetsdiabetes betyder för barnet och henne själv.

Alla MVC-kontroller är normala men hon lämnade en urinodling förra veckan och den visade signifikant växt av e. coli. Hon har inga miktionsbesvär.

Vad gör du med tanke på urinodlingssvaret? 1 p

Vilka parametrar kommer att kontrolleras under resten av graviditeten med tanke på komplikationsrisker? 1 p

Hur stor är risken för Stina att själv få en typ 2-diabetes i framtiden? 1 p

[Kod.....]

3.5

Du har mödravård och träffar Stina Lundström som väntar sitt första barn. Hon är nu i graviditetsvecka 31. Barnmorskan har hänvisat henne till dig eftersom hon känner sig extremt trött och hängig. Bifogat finner du Stinas MVC-journal.

Med tanke på Stinas symtom - vad är relevant att titta efter i MVC-journalen? 2 p

Vad vill du fråga henne mer? 1 p

MHV 1: Sjukdomar, hereditet, yrke.

MHV 2: Hb, p-glukos, urinprover, blodtryck, vikt, sf-mått.

Andra symtom som smärtor, andfåddhet, yrsel, törst, infektionssymtom, kräkningar/illamående.

Stressigt på jobbet? Problem hemma? Sömnsvårigheter? Oro, nedstämdhet?

Stina berättar att hon har känt sig väldigt törstig och lite illamående de senaste dagarna. Hon oroar sig en del för förlossningen och har svårt att somna på kvällen trots att hon är trött. Det är svårt att sköta jobbet.

Rutinproverna idag visar protein +1 och glukos +1. Blodtryck 145/88. Vikt 105 kg. Fosterljud 134.

Vilka ytterligare undersökningar/prover vill du göra? 2 p

Allmän kroppsundersökning inkl. hjärta/lungor. Blodstatus, CRP och järnstatus. Oral glukosbelastning måste göras snarast (borde ha gjorts tidigare).

Du hittar inget avvikande i status. Under dagen får du svar på blodstatus som visar LPK 10, 2, CRP 22, Hb 102, S-järn strax nedom nedre normalgränsen. Stina får en tid för OGTT redan nästa dag och den visar: Fastevärde 7,0 mmol/l och 2-timmarsvärde 12,3 mmol/l.

Hur bedömer du glukosbelastningen? 1 p

Vad gör du nu? 1 p

Glukosbelastningen är onormal och tyder på en graviditetsdiabetes.

Du tar kontakt med Stina och informerar (helst vid ett besök). Kopplar in diabetessläkare/sköterska och dietist. Instruktioner om egna blodglukos-mätningar.

Remiss till ultraljud av barnet. Kontrollerar att Stina har järn-behandling.

Stina har en graviditetsdiabetes. Du ordnar ett besök tillsammans med diabetessköterskan där ni tillsammans informerar och hon får lära sig att själv kontrollera blodsockret. Därefter får Stina en remiss till dietisten. Ultraljudet, som du själv utför, visar normal tillväxt och flöde. Slutligen sjukskriver du Stina 50%.

Stina kommer på nästa besök till dej efter 3 veckor. Hon tycker att det går bra att mäta blodsockret och att hålla diet. Däremot är hon orolig över vad hennes graviditetsdiabetes betyder för barnet och henne själv.

Alla MVC-kontroller är normala men hon lämnade en urinodling förra veckan och den visade signifikant växt av e. coli. Hon har inga miktionsbesvär.

Vad gör du med tanke på urinodlingssvaret? 1 p

Vilka parametrar kommer att kontrolleras under resten av graviditeten med tanke på komplikationsrisker? 1 p

Hur stor är risken för Stina att själv få en typ 2-diabetes i framtiden? 1 p

3.6

Tar en ny urinodling och om denna visar växt av samma bakterier behandlar jag med antibiotika, t.ex. Selexid, Cefadroxil eller Furadantin. Kontrollodling efter avslutad behandling.

Barnets tillväxt kommer att kontrolleras med ultraljud regelbundet. Vid MVC-kontrollerna läggs särskild vikt vid b-glucos, HbA1C, urinodlingar och urinprotein.

Risken för Stina att själv få en typ 2-diabetes är 10-15% första året och 60% inom 20 år.

Stina får behandling med Furadantin 50 mg x 3 i 5 dagar. Kontrollodlingen är därefter negativ. Resten av graviditeten förlöper komplikationsfritt och Stina sköter sin graviditetsdiabetes bra. Hon föder spontant i v. 39 och barnet har en lindrig hypoglykemi men mår därefter bra.

Mödravårdscentral
 Norrlands Universitetssjukhus
 Kvinnokliniken, Spec-MVC
 901 85 UMEÅ
 Tfn: 090-7852327

Mödrhälsovårdsjournal 2 - MHV2

Personnr 820314-0000
 Namn Lundström Stina
 Adress
 Tfn

Sammanfattning av graviditet i v.37		år	mån	dag	Korr ber förlösning
Se anteckn MHV 3					
Deltagit i föräldrautb. mer än 50%					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej					
Besöksdat år 2007	11-07	01-07	02-20		
Fullgångna graviditetsveckor	12	21	27		
Undersökt av B/L/S	B				
signatur	NILA				
Vikt kg	98	102	105		
Symfys-fundus mått			25		
Hb, g/l	117	99	102		
P-glukos	5,8	7,1	8,8		
Urin: Protein/Glykos	0/0	1/0	0/1		
Bakterier	0	0	0		
Blodtryck	145/80	140/86	145/85		
Uterus storlek			=		
Fosterläge: H(uvud)			H		
S(äte),Sn(ed),T(vår)			R		
Föregående fosterdel					
F(ix),R(ört),Ru(ckbar)					
Fosterljud		130	128		
LÄKEMEDELSBRUK					
Typ av ledighet					
Blodgrupp Rh	Immunprov	ua	ej ua	Lokal registrering	Tobak: vecka 30-32
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> 1-9 cig/dag <input type="checkbox"/> 10 el fler cig/dag <input type="checkbox"/> snus
	Immunprov	ua	ej ua	<input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f	Alkohol: vecka 30-32
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sällan/aldrig <input type="checkbox"/> högst 1 gång per vecka <input type="checkbox"/> mer än 1 gång per vecka
Syfilisprov	ua	ej ua	Fosterdiagnostik		
Rubellaprov	ua	ej ua	CVB		
HIV-test	ej taget	taget	år	mån	dag
Klamydia	ua	ej ua	amniocentes		
Hepatit	ua	ej ua	år	mån	dag
Cytologprov	ua	ej ua	Anteckningar		
	ua	ej ua			
	ua	ej ua			
	ua	ej ua			
<p>Symfys-fundusmått Normalkurva enligt: Steingrimsdottir, Cnattingius, Lindmark</p>					

[Kod.....]

4.1

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

[Kod.....]

4.2

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämnd tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

4.3

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämna tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackuppkklaringsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positiv test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativ test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska övervägandena vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

[Kod.....]

4.4

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämna tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackuppkklaringsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positivt test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativt test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandeprincipen, rättvisepincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5 p

4.5

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämner tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackuppkklaringsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positiv test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativ test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandepincipen, rättvisepincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5 p

Amniocentes, korionvillibiopsi

Du informerar om amniocentes och korionvillibiopsi.

Vad är riskerna med dessa metoder och i vilken graviditetslängd bör de utföras? 1p

[Kod.....]

4.6

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämna tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackuppkarningsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positiv test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativ test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandeprincipen, rättvisepincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5 p

Amniocentes, korionvillibiopsi

Du informerar om amniocentes och korionvillibiopsi.

Vad är riskerna med dessa metoder och i vilken graviditetslängd bör de utföras? 1p

0,5-1 % missfallsrisk

Amniocentes efter vecka 15, korionvillibiopsi vecka 10-11.

Hon tycker att du har informerat henne bra och önskar få en remiss för CUB och undrar när i graviditeten detta skall göras.

Vad svarar Du? 0,5 p

4.7

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämna tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackupplärningsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positiv test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativ test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandepincipen, rättvisepincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5 p

Amniocentes, korionvillibiopsi

Du informerar om amniocentes och korionvillibiopsi.

Vad är riskerna med dessa metoder och i vilken graviditetslängd bör de utföras? 1p

0,5-1 % missfallsrisk

Amniocentes efter vecka 15, korionvillibiopsi vecka 10-11.

Hon tycker att du har informerat henne bra och önskar få en remiss för CUB och undrar när i graviditeten detta skall göras.

Vad svarar Du? 0,5 p

Vecka 11-14

Hon genomgår CUB på centralsjukhuset och visar sig ha en risk på 1/120.

Vad innebär detta? 0,5 p

Vad erbjuder du? 0,5 p

4.8

En 36-årig kvinna kommer till din läkarmottagning på MVC. Hon är II-gravida, I-para. PN för 8 år sedan. Frisk. Kvinnan är nu gravid i vecka 10 enligt SM och kommer för att få diskutera fosterdiagnostik då hon har en väninna som för tre år sedan fick ett barn med morbus Down vilket gjort att hon har en ökad medvetenhet kring detta.

Vad är hennes åldersrisk för att föda ett barn med morbus Down? 0,5 p

Vilken typ av kromosomavvikelse är det som ökar med kvinnans ålder? 0,5 p

30 år 1/1000, 40 år 1/100 medför knappt 0,5 %

Risken för fetal trisomi

Du talar om för henne att åldersrisken är cirka 0,5 %. Kvinnan berättar att hon egentligen inte vill ta några risker med ett test för fosterdiagnostik och undrar vilka metoder som finns och hur tillförlitliga de i så fall är.

Nämna tre olika screeningmetoder för kromosomavvikelse och deras sensitivitet för trisomi 21. 3 p

Vad betyder begreppen sensitivitet och specificitet? 1 p

Fetal nackupplärningsmätning (NUPP) i kombination med kvinnans ålder.

Sensitivitet 62-91%.

CUB= kombinerat ultraljud och biokemi

(NUPP + ålder+PAPP-A, fritt β -hCG)

Sensitivitet 77-93%

2-4 serum screening + kvinnans ålder (dubbeltest) (trippeltest) (quadrupel test)

Sensitivitet 70-84 %

Sensitivitet= andelen med sjukdom som har positivt test

Specificitet= andelen utan sjukdom som har negativt test

Du berättar att de tester som finns (NUPP, CUB, biokemi, screeningtester) understryker att möjligheten till fosterdiagnostik är ett erbjudande och givetvis frivilligt. De etiska överväganden vid fosterdiagnostik kan vara svåra.

Vilka är de fyra etiska grundprinciperna som gäller all sjukvård? 2p

Autonomiprincipen, godhetsprincipen, lidandepincipen, rättvisepincipen.

Patienten har uppfattat att de tester du nämnt är riskbedömningar. Om hon nu inte skulle kunna acceptera en riskbedömning utan vill veta så säkert som möjligt om fostret har en kromosomavvikelse.

Vad finns det då för möjligheter i tidig graviditet? 0,5 p

Amniocentes, korionvillibiopsi

Du informerar om amniocentes och korionvillibiopsi.

Vad är riskerna med dessa metoder och i vilken graviditetstid bör de utföras? 1p

0,5-1 % missfallsrisk

Amniocentes efter vecka 15, korionvillibiopsi vecka 10-11.

Hon tycker att du har informerat henne bra och önskar få en remiss för CUB och undrar när i graviditeten detta skall göras.

Vad svarar Du? 0,5 p

Vecka 11-14

Hon genomgår CUB på centralsjukhuset och visar ha en risk på 1/120.

Vad innebär detta? 0,5 p

Vad erbjuder du? 0,5 p

Screening med CUB påvisar högre risk för fetal kromosomavvikelse än hennes åldersrisk.

Erbjuder diagnostisk metod med fetal kromosomavvikelse= amniocentes efter vecka 15.

[Kod.....]

5.1

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfyfundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

[Kod.....]

5.2

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning.

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. På g a smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

5.3

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning.

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. På g a smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korthetsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer.

Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov på g a avvikande CTG-mönster. PH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

[Kod.....]

5.4

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning.

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. På smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korthetsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer.

Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov på avvikande CTG-mönster. PH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

Besluta sig för att förlösa patienten. Låta patienten fasta och ha sectio beredskap.

Den handläggande läkaren beslöt om vakuumentraktion på misstanke om asfyxi.

Vad ska man tänka på innan man beslutar om att extrahera barnet? 1p

5.5

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning.

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. P g a smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korthetsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer.

Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov p g a avvikande CTG-mönster. PH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

Besluta sig för att förlösa patienten. Låta patienten fasta och ha sectio beredskap.

Den handläggande läkaren beslöt om vakuumentraktion p g a misstanke om asfyxi.

Vad ska man tänka på innan man beslutar om att extrahera barnet? 1p

Det är viktigt att utföra yttre palpation för att kunna bedöma fostrets nedträngande i bäckenet genom att palpera eventuella segment på fosterhuvudet utifrån.

Hon fann efter ett tag att barnet följde dåligt i samband med extraktionen.

Vad kan vara orsaken till det? Vad är lämplig åtgärd i en sådan situation? 2p

5.6

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. På grund av smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korthetsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer.

Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov på grund av avvikande CTG-mönster. pH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

Besluta sig för att förlösa patienten. Låta patienten fasta och ha sectio beredskap.

Den handläggande läkaren beslöt om vakuumentraktion på grund av misstanke om asfyxi.

Vad ska man tänka på innan man beslutar om att extrahera barnet? 1p

Det är viktigt att utföra yttre palpation för att kunna bedöma fostrets nedträngande i bäckenet genom att palpera eventuella segment på fosterhuvudet utifrån.

Hon fann efter ett tag att barnet följde dåligt i samband med extraktionen.

Vad kan vara orsaken till det? Vad är lämplig åtgärd i en sådan situation? 2p

Sannolikt föreligger en disproportion mellan foster och bäcken som gör att barnet följde dåligt vid extraktionen. Du konverterar till akut kejsarsnitt.

Det hela slutar med att man gör ett akut kejsarsnitt och utan svårigheter kan barnet tas ut och barnet vägde 4700 g. Barnet var taget och erhöll Apgar 4, 6, 8 vid 1, 5 och 10 minuter.

Orsaker till varför barnet är påverkat? 1p

5. 7

25-årig förstföderska med normal graviditet. Vid kontroller hos barnmorskan har symfys-fundus mätningarna varit i överkant. Inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 40 + 2 med värkar och vattenavgång.

Hur undersöker Du henne vid inkomsten? 1p

Yttre och inre palpation, CTG-undersökning

Kvinnan ifråga har ett regelbundet värkarbete. På g a smärtsamma sammandragningar erhåller hon en epidural. Efter 14 timmars värkarbete är cervix fullvidgad och huvudet har trängt ned till spinae. Man ser nu ett förändrat CTG-mönster. På dessa två registreringar så finns ett CTG-mönster vid inkomsten och ett efter 14 timmars värkarbete.

Hur har CTG förändrats? 1p

Vad ska man göra i en sådan här situation? 2 p

Tidigare CTG: normal basalfrekvens, god korthetsvariabilitet och accelerationer. Efter 14 timmar visar CTG förhöjd basalfrekvens, nedsatt korttidsvariabilitet och decelerationer.

Ta skalpblodprov

Den handläggande läkaren beslöt sig för att ta skalpblodprov på g a avvikande CTG-mönster. pH i skalpblod var 7,09.

Vilka åtgärder är lämpliga att göra i denna situation? 2p

Besluta sig för att förlösa patienten. Låta patienten fasta och ha sectio beredskap.

Den handläggande läkaren beslöt om vakuumentraktion på g a misstanke om asfyxi.

Vad ska man tänka på innan man beslutar om att extrahera barnet? 1p

Det är viktigt att utföra yttre palpation för att kunna bedöma fostrets nedträngande i bäckenet genom att palpera eventuella segment på fosterhuvudet utifrån.

Hon fann efter ett tag att barnet följde dåligt i samband med extraktionen.

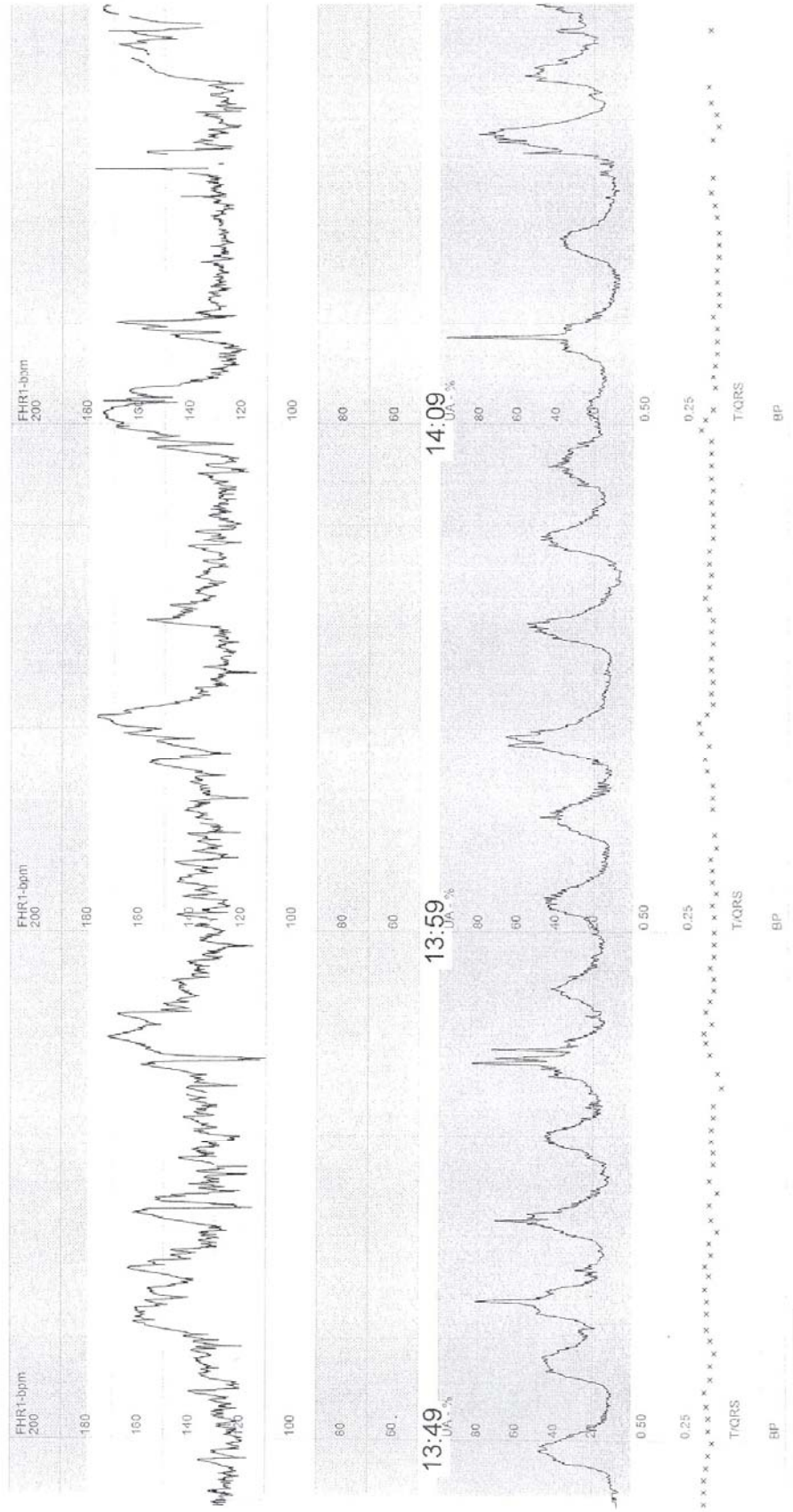
Vad kan vara orsaken till det? Vad är lämplig åtgärd i en sådan situation? 2p

Sannolikt föreligger en disproportion mellan foster och bäcken som gör att barnet följde dåligt vid extraktionen. Du konverterar till akut kejsarsnitt.

Det hela slutar med att man gör ett akut kejsarsnitt och utan svårigheter kan barnet tas ut och barnet vägde 4700 g. Barnet var taget och erhöll Apgar 4, 6, 8 vid 1, 5 och 10 minuter.

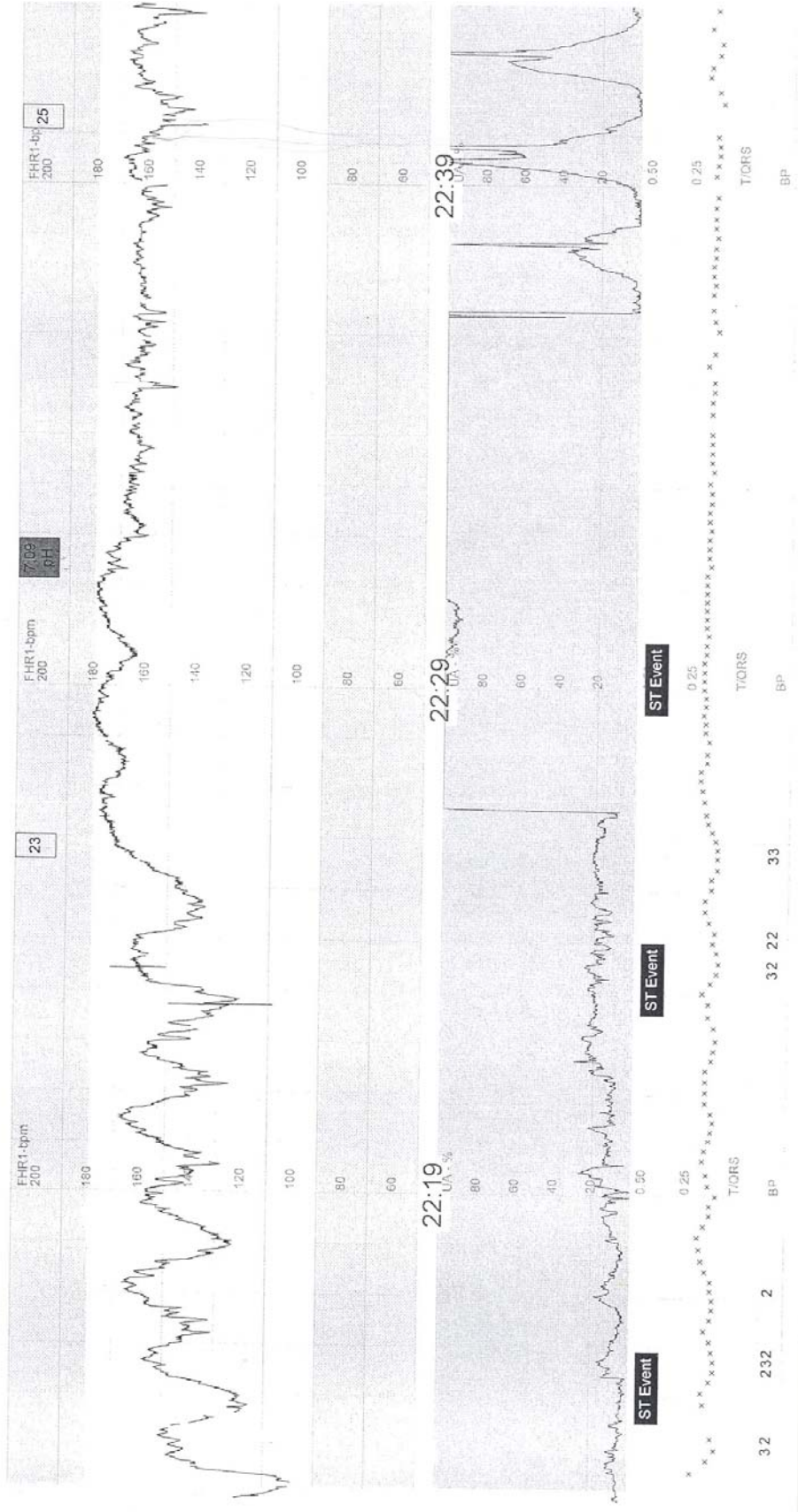
Orsaker till varför barnet är påverkat? 1p

Den troligaste orsaken till att barnet är påverkat är att det föreligger en asfyxi. CTG bedömdes patologiskt och pH i skalpblod var 7,09. Normalt pH 7,25. Själva utdrivningsskedet har tagit tid då man först försökt med vakuumentraktion och konverterat till akut kejsarsnitt.



5(24)

2



22(24)

[Kod.....]

6.1

Annika 44 år kommer för första gången pga mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

[Kod.....]

6.2

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

*Hormonrubbning - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud);
fråga om symtom associerade till dessa tillstånd*

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

*Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings)-
depression?*

Gravtest är negativ vid besöket. Det framgår vidare att hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

[Kod.....]

6.3

Annika 44 år kommer för första gången p g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbnings - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, thyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

- 1. Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? Svårt att somna? Vaknar varm? Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?*
- 2. Provsvar från lab.*

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel?1 p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast.1p

[Kod.....]

6.4

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbnings - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, thyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

1. *Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? svårt att somna? Vaknar varm? Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?*
2. *Provsvar från lab.*

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. T ex novofem (tablettbehandling 1 mg östradiol+ gestagen).

Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer

Vinster: bra symtomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentäthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet (huvudvärk, viktpåverkan, bukspänning)

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT?1 p

[Kod.....]

6.5

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbning - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, tyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

- 1. Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? svårt att somna? Vaknar varm? Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?*
- 2. Provsvar från lab.*

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. T ex novofem (tablettbehandling 1 mg östradiol+ gestagen).

Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer

Vinster: bra symtomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentäthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet(huvudvärk,viktpåverkan,bukspänning)

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT?1 p

Gynekologisk undersökning, kontrollera blodtryck, bröstpalpation, mammografi (samt anamnes angående riskfaktorer för bröstcancer och trombos).

Anna undrar nu över hennes risker för benskörhet om hon nu är i övergångsåldern.

Redogör för riskfaktorer för fraktur och hur dessa kan förebyggas. 2 p

6.6

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbnings - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, thyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

- 1. Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? svårt att somna? Vaknar varm? Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?*
- 2. Provsvar från lab.*

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. T ex novofem (tablettbehandling 1 mg östradiol+ gestagen).

Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer

Vinster: bra symtomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentäthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet(huvudvärk,viktpåverkan,bukspänning)

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT?1 p

Gynekologisk undersökning, kontrollera blodtryck, bröstpalpation, mammografi (samt anamnes angående riskfaktorer för bröstcancer och trombos).

Anna undrar nu över hennes risker för fraktur om hon nu är i övergångsåldern.

Redogör för riskfaktorer för fraktur och hur dessa kan förebyggas. 2 p

Riskfaktorer osteoporos hos Annika:

Inga säkra, ev menopaus före 45 års ålder

Riskfaktorer generellt:

Hög ålder, tidigare lågenergi fraktur, höft-eller kotfraktur hos någon förälder, låg bentäthet, systemisk glukokortikoid behandling under minst 3 månader.

BMI <20, vikt <55 kg vid genomsnittlängd, rökning, mer än 5 kg i vikt förlust sista året, inaktivitet, ökad fallbenägenhet.

Rekommendera adekvat födointag inkluderande calcium och D-vitamin.

Regelbunden motion för att belasta skelettet och bygga upp muskelstyrka och koordination.

Undvika riskfaktorer enligt ovan.

Hur ställs diagnosen osteoporos? 1 p

6.7

Annika 44 år kommer för första gången p g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel.

Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p

Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbnings - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symtom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust.

Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p

Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, thyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? svårt att somna? Vaknar varm?

Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?

Provsvar från lab.

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. T ex novofem (tablettbehandling 1 mg östradiol+ gestagen).

Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer

Vinster: bra symptomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentäthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet(huvudvärk,viktpåverkan,bukspänning)

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT?1 p

Gynekologisk undersökning, kontrollera blodtryck, bröstpalpation, mammografi (samt anamnes angående riskfaktorer för bröstcancer och trombos).

Anna undrar nu över hennes risker för benskörhet om hon nu är i övergångsåldern.

Redogör för riskfaktorer för fraktur och hur dessa kan förebyggas. 2 p

Riskfaktorer osteoporos hos Annika:

Inga säkra, ev menopaus före 45 års ålder

Riskfaktorer generellt:

Hög ålder, tidigare lågenergi fraktur, höft-eller kotfraktur hos någon förälder, låg bentäthet, systemisk glukokortikoid behandling under minst 3 månader.

BMI <20, vikt <55 kg vid genomsnittlängd, rökning, mer än 5 kg i viktörlust sista året, inaktivitet, ökad fallbenägenhet.

Rekommendera adekvat födointag inkluderande calcium och D-vitamin.

Regelbunden motion för att belasta skelettet och bygga upp muskelstyrka och koordination.

Undvika riskfaktorer enligt ovan.

Hur ställs diagnosen osteoporos? 1 p

Bentäthet 2,5 SD eller mer under medelvärdet för friska unga vuxna kvinnor (T-score \leq -2,5) mätt med DXA i höft eller rygg.

Redogör för nuvarande rekommendationer när det gäller östrogensubstitution som behandling mot osteoporos. 1p

6.8

Annika 44 år kommer för första gången på g a mensuppehåll i 4 månader. Hon är helt frisk, använder inga mediciner eller preventivmedel. Vilka diagnoser överväger Du i första hand? 1 p, Vad vill Du undersöka/kontrollera för att komma närmare diagnos? 1 p

Graviditet - gravtest ev vaginalt ultraljud

Hormonrubbning - kontrollera T4, TSH, prolaktin och LH, FSH(+ ev vaginalt ultraljud); fråga om symptom associerade till dessa tillstånd

Perimenopaus - LH, FSH; klimakteriesymtom

Hypotalamisk hämning – viktsvängningar? excessiv träning? Stress?(Utmattnings) depression?

Gravtest är negativ. Hon har svårt att sova på nätterna och känner sig varm ibland på dagarna. Hon känner sig trött och har nedsatt lust. Vilka är de sannolikaste diagnoserna? 0,5 p, Hur ställer Du diagnos? 0,5 p

Depression, thyroidea sjukdom eller prematur menopaus

Diagnos efter noggrannare

Anamnes; t ex svettningar? Varm på vilket sätt? Hur ofta kommer besvären? svårt att somna? Vaknar varm?

Svårt att sova på morgonen? Psykosocial belastning? När kom Din mamma/systrar i klimakteriet? Hur har Du det i livet nu? Liknande besvär tidigare?

Provsvår från lab.

Det visar sig att FSH är 36, LH 12 övriga hormonprover normala. Hon vaknar av svettningar på nätterna och orkar inte vara koncentrerad på dagarna.

Vad föreslår Du för behandling, och vilket/vilka eventuella läkemedel? 1p

Redogör för risker/vinster med behandlingen och vilka biverkningar som är vanligast. 1p

Östrogensubstitution + gestagen cykliskt. T ex novofem (tablettbehandling 1 mg östradiol+ gestagen).

Rekommenderar även regelbunden fysisk träning (det kan minska besvären).

Risker: 2-3 gånger ökad risk trombos, liten riskökning bröstcancer

Vinster: bra symptomlindring av övergångsbesvär, bra effekt på vaginalslemhinna, bra effekt på bentäthet under pågående behandling

Vanliga biverkningar: ömhet i bröstet(huvudvärk,viktpåverkan,bukspänning)

Vilka undersökningar skall Du göra i samband med förskrivning av HRT?1 p

Gynekologisk undersökning, kontrollera blodtryck, bröstpalpation, mammografi (samt anamnes angående riskfaktorer för bröstcancer och trombos).

Anna undrar nu över hennes risker för benskörhet om hon nu är i övergångsåldern.

Redogör för riskfaktorer för fraktur och hur dessa kan förebyggas. 2 p

Riskfaktorer osteoporos hos Annika:

Inga säkra, ev menopaus före 45 års ålder

Riskfaktorer generellt:

Hög ålder, tidigare lågenergi fraktur, höft-eller kotfraktur hos någon förälder, låg bentäthet, systemisk glukokortikoid behandling under minst 3 månader.

BMI <20, vikt <55 kg vid genomsnittlängd, rökning, mer än 5 kg i vikt förlust sista året, inaktivitet, ökad fallbenägenhet.

Rekommendera adekvat födointag inkluderande calcium och D-vitamin.

Regelbunden motion för att belasta skelettet och bygga upp muskelstyrka och koordination.

Undvika riskfaktorer enligt ovan.

Hur ställs diagnosen osteoporos? 1 p

Bentäthet 2,5 SD eller mer under medelvärdet för friska unga vuxna kvinnor (T-score ≤ -2,5) mätt med DXA i höft eller rygg.

Redogör för nuvarande rekommendationer när det gäller östrogensubstitution som behandling mot osteoporos. 1p

Förebyggande av osteoporos hos postmenopausal kvinna med hög risk för framtida fraktur, om hon inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att förebygga osteoporos.

[Kod.....]

7.1

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

[Kod.....]

7.2

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenisitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

Hon hade en PN 98 och har nu barnönskemål i nyrelation.

Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan.

SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upptill 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor.

Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen.

Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpus luteum cysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetslängden till och varför ?

Hur handlägger du fallet ? Vilka prover tar du? Vilken information får patienten ? (2p)

7.3

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

Hon hade en PN 98 och har nu barnönskemål i nyrelation.

Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan.

SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upptill 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor.

Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen.

Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpusluteumcysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetens längden till och varför? 0,5 p

Hur handlägger du fallet? 0,5 p Vilka prover tar du? 0,5 p Vilken information får patienten? 0,5 p

Graviditetens längden är oklar. Kan som minst vara i 3-4 v räknat från SM (svagt pos grav.test). Då sista mens var något avvikande kan graviditeten dock vara 7-8 veckor från förra månadens mens.

Graviditetstest i urin på mottagningen är klart positivt. Hb är 120 och blodgruppen 0 neg. Serum hCG tages. Ultraljudsfyndet och pat. ålder talar för tidigt missfall. Inga säkra riskfaktorer för extrauterin graviditet finns utom en möjlig infektionsperiod för ett år sedan. Pat informeras om att grav längden är osäker och att du inte helt kan utesluta utomkvedshavandeskap varför nytt s-hcg och ultraljud planeras. Då det är fredag och patienten mår relativt bra planeras detta till måndag 3 dagar senare. Pat uppmanas återkomma vid ökad smärta.

På måndag eftermiddag har du svar på dina 2 s-hcg som stigit från 600-900 IE. Pat mår som tidigare och flytningen har upphört. Nytt ulj visar en ojämn uppklarning på 6-7 mm i nedre delen av endometriet och ingen fri vätska.

Hur resonerar du och hur blir fortsatt handläggning? 2p

(Behöver Rhesonativ (anti-D) ges?)

7.4

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenisitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

Hon hade en PN 98 och har nu barnönskemål i nyrelation. Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan. SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upptill 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor. Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen. Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpus luteum cysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetens längden till och varför? 0,5p

Hur handlägger du fallet? 0,5p Vilka prover tar du? 0,5p Vilken information får patienten? 0,5p

Graviditetens längden är oklar. Kan som minst vara i 3-4 v räknat från SM (svagt pos grav.test). Då sista mens var något avvikande kan graviditeten dock vara 7-8 veckor från förra månadens mens.

Graviditetstest i urin på mottagningen är klart positivt. Hb är 120 och blodgruppen 0 neg. Serum hCG tages. Ultraljudsfyndet och pat. ålder talar för tidigt missfall. Inga säkra riskfaktorer för extrauterin graviditet finns utom en möjlig infektionsperiod för ett år sedan. Pat informeras om att grav längden är osäker och att du inte helt kan utesluta utomkvedshavandeskap varför nytt s-hcg och ultraljud planeras. Då det är fredag och patienten mår relativt bra planeras detta till måndag 3 dagar senare. Pat uppmanas återkomma vid ökad smärta. På måndag eftermiddag har du svar på dina 2 s-hcg som stigit från 600-900 IE. Pat mår som tidigare och flytningen har upphört. Nytt ulj visar en ojämn uppkläring på 6-7 mm i nedre delen av endometriet och ingen fri vätska.

Hur resonerar du och hur blir fortsatt handläggning? 2p

(Behöver Rhesonativ (anti-D) ges?)

Utifrån otillräcklig s-hCG stegring och diffust ulj fynd bedömer du att det är en patologisk graviditet med största sannolikhet en "missed abortion"/tidigt missfall med kvarstående trofoblast. Pat allmäntillstånd är gott och några smärtattacker har ej inträffat. Du föreslår därför att ni avvaktar spontant förlopp ytterligare minst 1v. då ultraljudsbilden inte ger entydigt besked. Risken för immunisering är försumbar varför man avstår från sådan profylax. Pga av den tidigare x-misstanken tas dock ytterligare ett s-hCG.

Vid återbesöket är s-hcg 700 och ultraljudsbilden identisk med den vid föregående tillfälle.

Vad gör du nu? 2p

7.5

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

Hon hade en PN 98 och har nu barnönskemål i nyrelation. Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan. SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upptill 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor. Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen. Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpus luteum cysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetslängden till och varför ? 0,5 p

Hur handlägger du fallet ? 0,5p Vilka prover tar du ? 0,5 p Vilken information får patienten ? (0,5p)

Graviditetslängden är oklar. Kan som minst vara i 3-4 v räknat från SM (svagt pos grav.test). Då sista mens var något avvikande kan graviditeten dock vara 7-8 veckor från förra månadens mens. Graviditetstest i urin på mottagningen är klart positivt. Hb är 120 och blodgruppen 0 neg. Serum hCG tages. Ultraljudsfyndet och pat. ålder talar för tidigt missfall. Inga säkra riskfaktorer för extrauterin graviditet finns utom en möjlig infektionsperiod för ett år sedan. Pat informeras om att grav längden är osäker och att du inte helt kan utesluta utomkvedhavandeskap varför nytt s-hcg och ultraljud planeras. Då det är fredag och patienten mår relativt bra planeras detta till måndag 3 dagar senare. Pat uppmanas återkomma vid ökad smärta. På måndag eftermiddag har du svar på dina 2 s-hcg som stigit från 600-900 IE . Pat mår som tidigare och flytningen har upphört. Nytt ulj visar en ojämn uppklarning på 6-7 mm i nedre delen av endometriet och ingen fri vätska.

Hur resonerar du och hur blir fortsatt handläggning ? 2p (Behöver Rhesonativ (anti-D) ges?)

Utifrån otillräcklig s-hCG stegring och diffust ulj fynd bedömer du att det är en patologisk graviditet med största sannolikhet en "missed abortion"/tidigt missfall med kvarstående trofoblast. Pat allmäntillstånd är gott och några smärtattacker har ej inträffat. Du föreslår därför att ni avvaktar spontant förlopp ytterligare minst 1v. då ultraljudsbilden inte ger entydigt besked. Risken för immunisering är försumbar varför man avstår från sådan profylax. Pga av den tidigare x-misstanken tas dock ytterligare ett s-hCG. Vid återbesöket är s-hcg 700 och ultraljudsbilden identisk med den vid föregående tillfälle

Vad gör du nu ? 2p

Du anser nu att det med största sannolikhet rör sig om ett inkomplett missfall. Du föreslår därför att man försöker framkalla ett komplett missfall med Prostaglandin E2(Cytotec) vaginalt. Pat informeras om att detta kan framkalla blödning och smärta men att hon får smärtstillande i form av Diklofenak 50 mg x3 med sig hem och återbesök inom en vecka för att kontrollera att livmodern är tom. Pat vill inte vänta mera utan önskar genomgå exaeres. Vid exaeresen skickas dock materialet på PAD pga av tidigare x-misstanke och svaret blir "riktigt med regressivt förändrat decidua". Vid telefonkontakt 1 v efter ingreppet mår dock patienten bra och har endast sparsam blödning och ingen smärta och jobbar som vanligt.

Kan fallet avslutas ? 2p

7.6

35-årig kvinna söker akut med sparsam blödning och lätt buksmärta. Graviditetstest som hon utfört i hemmet för en vecka sedan var svagt positivt. Vaginalt ultraljud visar ett förtjockat endometrium med lite växlande ekogenitet och en vätskespalt nertill.

Vad saknas i anamnes och status för att kunna göra en adekvat bedömning? (2p)

Hon hade en PN 98 och har nu barnönskemål i ny relation. Hon är frisk men hade en period med recidiverande UVI och candida för något år sedan. SM för 4 v. sedan var något försenad och sparsammare än vanligt. Mensintervallen kan bli upp till 35 dagar långa. Hon har haft bröstspänningar av och till sedan 4 veckor. Småblödningarna har pågått i 2 veckor av och till liksom molvärken som sitter ovan symfyssen och något till vä i magen. Det föreligger sparsam brun flytning och måttlig ömhet över uterus och åt vä sida. Vid ultraljudsundersökningen syns också en 2 cm stor corpus luteum cysta på vä sida och lite fri vätska.

Vad uppskattar du graviditetslängden till och varför? 0,5 p Hur handlägger du fallet? 0,5 p Vilka prover tar du? 0,5p Vilken information får patienten? (0,5p)

Graviditetslängden är oklar. Kan som minst vara i 3-4 v räknat från SM (svagt pos grav.test). Då sista mens var något avvikande kan graviditeten dock vara 7-8 veckor från förra månadens mens. Graviditetstest i urin på mottagningen är klart positivt. Hb är 120 och blodgruppen 0 neg. Serum hCG tages. Ultraljudsfyndet och pat. ålder talar för tidigt missfall. Inga säkra riskfaktorer för extrauterin graviditet finns utom en möjlig infektionsperiod för ett år sedan. Pat informeras om att grav längden är osäker och att du inte helt kan utesluta utomkvedshavandeskap varför nytt s-hcg och ultraljud planeras. Då det är fredag och patienten mår relativt bra planeras detta till måndag 3 dagar senare. Pat uppmanas återkomma vid ökad smärta. På måndag eftermiddag har du svar på dina 2 s-hCG som stigit från 600-900 IE. Pat mår som tidigare och flytningen har upphört. Nytt ulj visar en ojämn uppklarning på 6-7 mm i nedre delen av endometriet och ingen fri vätska.

Hur resonerar du och hur blir fortsatt handläggning? 2p (Behöver Rhesonativ (anti-D) ges?)

Utifrån otillräcklig s-hCG stegring och diffust ulj.fynd bedömer du att det är en patologisk graviditet med största sannolikhet en "missad abortion"/tidigt missfall med kvarstående trofoblast. Pat allmäntillstånd är gott och några smärtattacker har ej inträffat. Du föreslår därför att ni avvaktar spontant förlopp ytterligare minst 1v. då ultraljudsbilden inte ger entydigt besked. Risken för Rh-immunisering är försumbar varför man avstår från sådan profylax. Pga av den tidigare x-misstanken tas dock ytterligare ett s-hCG. Vid återbesöket är s-hcg 700 och ultraljudsbilden identisk med den vid föregående tillfälle.

Vad gör du nu? 2p

Du anser nu att det med största sannolikhet rör sig om ett inkomplett missfall. Du föreslår därför att man försöker framkalla ett komplett missfall med Prostaglandin E2(Cytotec) vaginalt. Pat informeras om att detta kan framkalla blödning och smärta men att hon får smärtstillande i form av Diklofenak 50 mg x3 med sig hem och återbesök inom en vecka för att kontrollera att livmodern är tom. Pat vill inte vänta mera utan önskar genomgå exaeres. Vid exaeresen skickas dock materialet på PAD pga av tidigare x-misstanke och svaret blir "riktigt med regressivt förändrat decidua". Vid telefonkontakt 1 v efter ingreppet mår dock patienten bra och har endast sparsam blödning och ingen smärta och jobbar som vanligt.

Kan fallet avslutas? Motivera (2p)

Nej på grund av oklarheten i graviditetslängd och nu bristande stöd för missfall i PAD måste man kontrollera att s-hCG försvinner. Då pat mår bra kan man vänta 1 v med s-hCG som skall följas till under 20 IE = negativt svar.

Med tanke på den kliniskt svaga misstanken kan ett gravtest som är negativt accepteras om pat. är fortsatt symptomfri.

[Kod.....]

8.1

Ett par, en 25-årig man, säljare ,och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet . Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt.

När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens.

Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen ? 1p

Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p

8.2

Ett par, en 25-årig man, säljare, och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet. Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt.

När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens.

Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen ? 1p

Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p

Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legal aborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4mm tjock slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens.

Då han tränar väldigt mycket frågar du om han tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p

8.3

Ett par, en 25-årig man, säljare ,och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet . Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt.När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens.

Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen? 1p Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p

Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legala aborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4mm tjock slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens.

Då han tränar väldigt mycket frågar du om han tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p

*Kvinnan : s-prolaktin är 30mg/l (ref <20), FSH är normalt lågt, TSH är 2.5mE/l (ref 0.5-3.4)
Hon har fortfarande inte fått mens.*

Du informerar om denna låga viktens möjliga inverkan på hormoner och fertilitet. Informerar om balans mellan kaloriintag och motion. Om möjligt remiss till dietist.

*Mannen: Uppmanas sluta med det preparat han tar och lämna nytt spermaprov efter 3 mån.
Mannens spermaprov uppvisar efter 3 månader nu i ett prov på 3 ml, 50 miljoner spermier totalt med rörlighetsgrad 2.5 (av max 4)*

Vilka åtgärder med kvinnan är nästa steg? 2p

8.4

Ett par, en 25-årig man, säljare, och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet. Hon är 1 gravid med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt.

När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens.

Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen? 1p Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p
Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legalaborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4mm slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens.

Då han tränar väldigt mycket frågar du om tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p

Kvinnan: s-prolaktin är 30mg/l (ref <20), FSH är normalt lågt, TSH är 2.5mE/l (ref 0.5-3.4) Hon har fortfarande inte fått mens. Du informerar om denna låga viktens möjliga inverkan på hormoner och fertilitet. Informerar om balans mellan kaloriintag och motion. Om möjligt remiss till dietist.

Mannen: Uppmanas sluta med det preparat han tar och lämna nytt spermaprov efter 3 mån. Mannens spermaprov uppvisar efter 3 månader nu i ett prov på 3 ml, 50 miljoner spermier totalt med rörlighetsgrad 2.5 (av max 4)

Vilka åtgärder med kvinnan är nästa steg? 2p

Då spermaprovet är klart förbättrat får kvinnan genomgå kavitetsundersökning och passageundersökning som visar normal kavitet med tunna slemhinnor och fri passage bilateralt. Östrogen + gestagen ger normal bortfallsblödning. Ny kontroll av prolaktin visar samma värde trots vila i samband med provtagningen. Kvinnans BMI ligger nu strax över 19.

Vad erbjuder du nu för behandling? (Resonera med paret.) 2p

8.5

Ett par, en 25-årig man, säljare ,och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet. Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt. När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens. Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen ? 1p Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p
Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legal aborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4mm tjock slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens. Då han tränar väldigt mycket frågar du om tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p
Kvinnan : s-prolaktin är 30mg/l (ref <20), FSH är normalt lågt, TSH är 2.5mE/l (ref 0.5-3.4) Hon har fortfarande inte fått mens. Du informerar om denna låga viktens möjliga inverkan på hormoner och fertilitet. Informerar om balans mellan kaloriintag och motion. Om möjligt remiss till dietist. Mannen: Uppmanas sluta med det preparat han tar och lämna nytt spermaprov efter 3 mån. Mannens spermaprov uppvisar efter 3 månader nu i ett prov på 3 ml, 50 miljoner spermier totalt med rörlighetsgrad 2.5 (av max 4)

Vilka åtgärder med kvinnan är nästa steg ? 2p
Då spermaprovet är klart förbättrat får kvinnan genomgå kavitetsundersökning och passageundersökning som visar normal kavitet med tunna slemhinnor och fri passage bilateralt. Östrogen + gestagen ger normal bortfallsblödning. Ny kontroll av prolaktin visar samma värde trots vila i samband med provtagningen. Kvinnans BMI ligger nu strax över 19.

Vad erbjuder du nu för behandling ? (Resonera med paret.) 2p

Båda är unga och barnlösheten har nu varat drygt ett år. Oavsett IVF väntetider i din region föreslår du ägglossningsstimulerande behandling till kvinnan och i första hand ett försök med Clomofencitrat med kontroll av ovulation. Du sätter också in en låg dos Pravidel ½ tablett ggr 2 vilket normaliserar prolaktin nivån. Efter höjning till dubbel dos Clomifen har kvinnan vare sig fått mens eller tecken på ägglossning på LH-sticka. Du har nu försökt totalt 2 cykler.

Vad blir nu din fortsatta åtgärd? Motivera 1p

8.6

Ett par, en 25-årig man, säljare ,och en 25-årig kvinna, ekonom, söker för barnlöshet . Hon är 1 gravida med en legal abort i tonåren. Sedan aborten har hon stått på p-piller och haft regelbunden mens. Hon är frisk men hade en period i samband med studenten när hon minskade kraftigt i vikt. När de båda ville ha barn slutade hon med p-piller för ett knappt år sedan och har sedan dess inte fått mens.Han är frisk och tränar på gym 5 dagar i veckan.

Vad är av betydelse i anamnesen ? 1p Hur startar du den basala utredningen (obs. gör den stegvis)? 1p
Viktminskningen kan ge hypotalamisk störning. Legal aborten är observandum när det gäller möjlig endometrie och tubarskada. Regelbunden bortfallsblödning talar emot endometrieskada. Ultraljud visar en 4mm tjock slemhinna och flera jämt fördelade små folliklar i båda ovarierna. BMI = 18.5. Chlamydia serologi och antikroppstest är negativa. Du börjar med gestagen test som resulterar i en svagt rosa flytning men ej mens. Då han tränar väldigt mycket frågar du om tar något preparat för att förbättra träningseffekten vilket han gör men vet inte riktigt vad det innehåller. Spermaprovet (basalt) visar ett lågt antal spermier på 10 miljoner totalt. (ref >20 milj/ml)

Vad är nästa steg i utredningen för kvinnan resp. mannen? 3p

Kvinnan : s-prolaktin är 30mg/l (ref <20), FSH är normalt lågt, TSH är 2.5mE/l (ref 0.5-3.4)Hon har fortfarande inte fått mens.Du informerar om denna låga viktens möjliga inverkan på hormoner och fertilitet. Informerar om balans mellan kaloriintag och motion. Om möjligt remiss till dietist.Mannen: Uppmanas sluta med det preparat han tar och lämna nytt spermaprov efter 3 mån.Mannens spermaprov uppvisar efter 3 månader nu i ett prov innehållande 3 ml, 50 miljoner spermier totalt med rörlighetsgrad 2.5 (av max 4)

Vilka åtgärder med kvinnan är nästa steg ? 2p

Då spermaprovet är klart förbättrat får kvinnan genomgå kavitetsundersökning och passageundersökning som visar normal kavitet med tunna slemhinnor och fri passage bilateralt. Östrogen + gestagen ger normal bortfallsblödning. Ny kontroll av prolaktin visar samma värde trots vila i samband med provtagningen. Kvinnans BMI ligger nu strax över 19.

Vad erbjuder du nu för behandling ? (Resonera med paret.) 2p

Båda är unga och barnlösheten har nu varat drygt ett år. Oavsett IVF väntetider i din region föreslår du ägglossningsstimulerande behandling till kvinnan och i första hand ett försök med Clomofencitrat med kontroll av ovulation. Du sätter också in en låg dos Pravidel ½ tablett ggr 2 vilket normaliserar prolaktin nivån. Efter höjning till dubbel dos Clomifen har kvinnan vare sig fått mens eller tecken på ägglossning på LH-sticka. Du har nu försökt totalt 2 cykler.

Vad blir nu din fortsatta åtgärd ? Motivera 1p

Du överväger att höja Clomifendosen till trippeldos men tror trots allt att hennes anorexiperiod kan ha gett en permanent hypotalamisk störning och avslutar försöket med klomifen. Remiss till Fertilitets/IVF enhet för Gonadotropinstimulering alternativt IVF. Infomera om att Gonadotropinstimuleringsbehandling vid fortsatt förbättrat spermaprov har god prognos. Här har givetvis parets önskemål om typ av behandling samt väntetider till IVF betydelse.

[Kod.....]

9.1

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometriosis. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenoré. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometriosis (histopatologiskt)?** **0,5p**
- b) Hur diagnostiseras endometriosis?** **0,5p**
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometriosis?** **0,5p**
- d) Vilka är de vanligaste lokalisationerna för endometriosis?** **0,5p**

9.2

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p
- b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p
- d) Vilka är de vanligaste lokaliseringarna för endometrios? 0,5p

a) Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan

b) Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.

c) Ungefär 10%

d) Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa,

fossa Douglasi

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

- a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p**
- b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p**
- c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p**

9.3

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p
- b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p
- d) Vilka är de vanligaste lokaliseringarna för endometrios? 0,5p

a) Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan

b) Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.

c) Ungefär 10%

d) Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa,

fossa Douglasi

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

- a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p
- b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p
- c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p

a) Peritoneala lesioner: små vesikler (unga lesioner), röda lesioner, svarta lesioner, ärr och fenestreringar av peritoneum. Djupa lesioner. Ovarialendometrios. Endometrios utanför bukhålan.

b) Peritoneala lesioner ser ut som de beskrivits ovan, små vesikler är som regel högst ett par millimeter stora och svåra att se, röda och svarta lesioner är som regel några millimeter stora och lätta att se. Ärr ser ut som vita ytor av fibros. Fenestreringar är som regel 5-10 mm stora ofta ovala öppningar i peritoneum där nästa nivå ligger någon till några millimeter djupare.

Ovarialendometriom ses som cystiska uppdrivningar av ovarierna och när de rupturerar tömmer sig ett brunaktigt innehåll. Djupa lesioner kan liksom endometrios utanför bukhålan inte ses vid laparoskopi.

c) Peritoneum som ger ett inflammerat intryck (rodnad, rikligt med kärl) samt adherenser.

I samband med laparoskopin ser operatören ett flertal typiska endometriosförändringar i peritonum, tunntarm som sitter med adherenser mot höger ovarium och ett misstänkt högersidigt ovarialendometriom.

Vilka kirurgiska åtgärder bör den relativt erfarna operatören vidta? 2p

9.4

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p
- b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p
- d) Vilka är de vanligaste lokalisationerna för endometrios? 0,5p
- a) *Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan*
- b) *Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.*
- c) *Ungefär 10%*
- d) *Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa, fossa Douglasi*

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

- a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p
- b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p
- c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p

- a) *Peritoneala lesioner: små vesikler (unga lesioner), röda lesioner, svarta lesioner, ärr och fenestreringar av peritoneum. Djupa lesioner. Ovarialendometrios. Endometrios utanför bukhålan.*
- b) *Peritoneala lesioner ser ut som de beskrivits ovan, små vesikler är som regel högst ett par millimeter stora och svåra att se, röda och svarta lesioner är som regel några millimeter stora och lätta att se. Ärr ser ut som vita ytor av fibros. Fenestreringar är som regel 5-10 mm stora ofta ovala öppningar i peritoneum där nästa nivå ligger någon till några millimeter djupare. Ovarialendometriom ses som cystiska uppdrivningar av ovarierna och när de rupturerar tömmer sig ett brunaktigt innehåll. Djupa lesioner kan liksom endometrios utanför bukhålan inte ses vid laparoskopi.*
- c) *Peritoneum som ger ett inflammerat intryck (rodnad, rikligt med kärl) samt adherenser.*

I samband med laparoskopin ser operatören ett flertal typiska endometriosförändringar i peritonum, tunntarm som sitter med adherenser mot höger ovarium och ett misstänkt högersidigt ovarialendometriom.

Vilka kirurgiska åtgärder bör den relativt erfarna operatören vidta? 2p

Lös adherenser inom det planerade operationsfältet. Ta bort eller destruera all synlig och åtkomlig peritonealendometrios samt enukleera ovarialendometriomet. Målet är att all synlig endometrios skall vara åtgärdad.

Ovanstående kirurgiska åtgärder utförs lyckosamt och all synlig endometrios destruerades eller togs bort. Du har nu fått i uppgift att skriva ut patienten som vårdats ett dygn efter operationen. Att patienten stannade kvar var för postoperativ smärtlindring.

a) Vilken/vilka mekanismer ligger bakom den smärta som utlöses av endometrios? 1p

b) Mot bakgrund av denna kunskap, vilken/vilka smärtlindrande mediciner förskriver du och hur skall den/de tas? 0,5p

[Kod.....]

9.5

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p
- b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p
- d) Vilka är de vanligaste lokaliseringarna för endometrios? 0,5p

- a) *Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan*
- b) *Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.*
- c) *Ungefär 10%*
- d) *Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa, fossa Douglasi*

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

- a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p
- b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p
- c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p

- a) *Peritoneala lesioner: små vesikler (unga lesioner), röda lesioner, svarta lesioner, ärr och fenestreringar av peritoneum. Djupa lesioner. Ovarialendometrios. Endometrios utanför bukhålan.*
- b) *Peritoneala lesioner ser ut som de beskrivits ovan, små vesikler är som regel högst ett par millimeter stora och svåra att se, röda och svarta lesioner är som regel några millimeter stora och lätta att se. Ärr ser ut som vita ytor av fibros. Fenestreringar är som regel 5-10 mm stora ofta ovala öppningar i peritoneum där nästa nivå ligger någon till några millimeter djupare. Ovarialendometriom ses som cystiska uppdrivningar av ovarierna och när de rupturerar tömmas sig ett brunaktigt innehåll. Djupa lesioner kan liksom endometrios utanför bukhålan inte ses vid laparoskopi.*
- c) *Peritoneum som ger ett inflammerat intryck (rodnad, rikligt med kärl) samt adherenser.*

I samband med laparoskopin ser operatören ett flertal typiska endometriosförändringar i peritonum, tunntarm som sitter med adherenser mot höger ovarium och ett misstänkt högresidigt ovarialendometriom.

Vilka kirurgiska åtgärder bör den relativt erfarna operatören vidta? 2p

Lös adherenser inom det planerade operationsfältet. Ta bort eller destruera all synlig och åtkomlig peritonealendometrios samt enukleera ovarialendometriomet. Målet är att all synlig endometrios skall vara åtgärdad.

Ovanstående kirurgiska åtgärder utförs lyckosamt och all synlig endometrios destruerades eller togs bort. Du har nu fått i uppgift att skriva ut patienten som vårdats ett dygn efter operationen. Att patienten stannade kvar var för postoperativ smärtlindring.

- a) Vilken/vilka mekanismer ligger bakom den smärta som utlöses av endometrios? 1p
- b) Mot bakgrund av denna kunskap, vilken/vilka smärtlindrande medicinering förskriver du och hur skall den/de tas? 0,5p

a) Inflammation ligger bakom smärtkänsligheten hos kvinnor med endometrios. Får processen fortgå tillräckligt lång tid så uppkommer ett kroniskt smärtsyndrom med pålagring av kognitions- och affektionsstörningar, ökat sympatikuspåslag och sömnstörningar.

b) NSAID är centralt vid lindring av endometriosrelaterad smärta. Bör förskrivas kontinuerligt under några veckors tid för att utnyttja den antiinflammatoriska effekten. Kan därefter tas vid behov. Paracetamol bör användas kontinuerligt. Undvika preparat som är vanebildande.

I samband med utskrivningen diskuterades också långsiktig hormonell behandling.

a) Vad beträffande menstruationscykeln vill man uppnå med den behandlingen? 0,5p

b) Hur kan detta uppnås och vilken regim förordar du? 1p

9.6

Ingrid är 32 år gammal och har en känd endometrios. Vid 16 års ålder började hon besväras av svår dysmenorre. Besvären tilltog och sedan 20-årsåldern har hon haft ont mer eller mindre hela tiden. I övrigt är hon frisk, slank, icke rökare, ingen hereditet för bröstcancer, gynekologisk cancer eller djup ventrombos.

- a) Vad är endometrios (histopatologiskt)? 0,5p
- b) Hur diagnostiseras endometrios? 0,5p
- c) Hur stor andel av kvinnor i fertil ålder har endometrios? 0,5p
- d) Vilka är de vanligaste lokaliseringarna för endometrios? 0,5p

- a) *Endometriekörtlar med omgivande stroma som befinner sig utanför livmoderhålan*
- b) *Visuellt då van operatör ser ett flertal typiska förändringar och/eller PAD på biopsi.*
- c) *Ungefär 10%*
- d) *Peritoneum i lilla bäckenet, ovarier, sakrouterinligament, rektum, urinblåsa, fossa Douglasi*

Vid 26 års ålder genomgår hon sin första laparoskopi. I samband med den ses ett flertal förändringar som ser ut som endometrioslesioner. Hon får nu sin diagnos.

- a) Vilka olika typer av endometrioslesioner finns det? 1p
- b) Hur ser olika typer av lesioner ut vid laparoskopi? 1p
- c) Vilka indirekta tecken till endometrios kan man se vid laparoskopi? 1p

- a) *Peritoneala lesioner: små vesikler (unga lesioner), röda lesioner, svarta lesioner, ärr och fenestreringar av peritoneum. Djupa lesioner. Ovarialendometrios. Endometrios utanför bukhålan.*
- b) *Peritoneala lesioner ser ut som de beskrivits ovan, små vesikler är som regel högst ett par millimeter stora och svåra att se, röda och svarta lesioner är som regel några millimeter stora och lätta att se. Ärr ser ut som vita ytor av fibros. Fenestreringar är som regel 5-10 mm stora ofta ovala öppningar i peritoneum där nästa nivå ligger någon till några millimeter djupare. Ovarialendometriom ses som cystiska uppdrivningar av ovarierna och när de rupturerar tömmas sig ett brunaktigt innehåll. Djupa lesioner kan liksom endometrios utanför bukhålan inte ses vid laparoskopi.*
- c) *Peritoneum som ger ett inflammerat intryck (rodnad, rikligt med kärl) samt adherenser.*

I samband med laparoskopin ser operatören ett flertal typiska endometriosförändringar i peritonum, tunntarm som sitter med adherenser mot höger ovarium och ett misstänkt högtersidigt ovarialendometriom.

Vilka kirurgiska åtgärder bör den relativt erfarna operatören vidta? 2p

Lös adherenser inom det planerade operationsfältet. Ta bort eller destruera all synlig och åtkomlig peritonealendometrios samt enukleera ovarialendometriomet. Målet är att all synlig endometrios skall vara åtgärdad.

Ovanstående kirurgiska åtgärder utförs lyckosamt och all synlig endometrios destruerades eller togs bort. Du har nu fått i uppgift att skriva ut patienten som vårdats ett dygn efter operationen. Att patienten stannade kvar var för postoperativ smärtlindring.

- a) Vilken/vilka mekanismer ligger bakom den smärta som utlöses av endometrios? 1p
- b) Mot bakgrund av denna kunskap, vilken/vilka smärtlindrande medicinering förskriver du och hur skall den/de tas? 0,5p
- a) *Inflammation ligger bakom smärtekänsligheten hos kvinnor med endometrios. Får processen fortgå tillräckligt lång tid så uppkommer ett kroniskt smärtsyndrom med pålagring av kognitions- och affektionsstörningar, ökat sympatikuspåslag och sömnstörningar.*
- b) *NSAID är centralt vid lindring av endometriosrelaterad smärta. Bör förskrivas kontinuerligt under några veckors tid för att utnyttja den antiinflammatoriska effekten. Kan därefter tas vid behov. Paracetamol bör användas kontinuerligt. Undvika preparat som är vanebildande.*

I samband med utskrivningen diskuterades också långsiktig hormonell behandling.

- a) Vad beträffande menstruationscykeln vill man uppnå med den behandlingen? 0,5p
- b) Hur kan detta uppnås och vilken regim förordar du? 1p

- a) *Amenorre*
- b) *P-piller kontinuerligt, monofasiska, gestagendominerade. Gestagen kontinuerligt (tablett, p-spruta eller Levonova). GnRH-analog. I första hand bör p-piller kontinuerligt rekommenderas i detta fall.*

10.1

65-årig kvinna söker med mer än 5 års anamnes på tilltagande allt svårare klåda i underlivet framförallt nattetid. Svårt att ha samlag då det känns trångt och gör ont. Lokal östrogenbehandling hjälper ej.



- a. Trolig diagnos? (1p)**
- b. Ange en möjlig differentialdiagnos? (1p)**
- c. Hur säkerställer du diagnosen? (1p)**
- d. Vilken behandling ordinerar du? (2p)**

[Kod.....]

10.2

65-årig kvinna söker med mer än 5 års anamnes på tilltagande allt svårare klåda i underlivet framförallt nattetid. Svårt att ha samlag då det känns trångt och gör ont. Lokal östrogenbehandling hjälper ej.

Trolig diagnos? 1p

Ange en möjlig differentialdiagnos? 1p

Hur säkerställer du diagnosen? 1p

Vilken behandling ordinerar du? 2 p

Troligen rör det sig om Lichen Sclerosus (et Atrophicus) – LSA. En möjlig differentialdiagnos kan vara eksem/dermatit (neurodermit, lichen simplex). För att säkerställa diagnosen tar du stansbiopsi och PAD bekräftar LSA. Patienten ordinerar långvarig behandling med grupp IV steroid (Dermovat®) kräm i schema med nedtrappning.

Vid kontroll efter 2 månader är hon klart förbättrad och bokas för kontroll om ett år. Uteblir och dyker upp först efter 3 år, varvid man finner följande:



Trolig diagnos? (1p)

Ungefär hur stor är risken för denna komplikation vid LSA? (1p)

[Kod.....]

10.3

65-årig kvinna söker med mer än 5 års anamnes på tilltagande allt svårare klåda i underlivet framförallt nattetid. Svårt att ha samlag då det känns trångt och gör ont. Lokal östrogenbehandling hjälper ej.

Ange en möjlig differentialdiagnos? 1p

Hur säkerställer du diagnosen? 1p

Vilken behandling ordinerar du? 2 p

Troligen rör det sig om Lichen Sclerosus (et Atrophicus) – LSA. En möjlig differentialdiagnos kan vara eksem/dermatit (neurodermit, lichen simplex). För att säkerställa diagnosen tar du stansbiopsi och PAD bekräftar LSA. Patienten ordinerar långvarig behandling med grupp IV steroid (Dermovat®) kräm i schema med nedtrappning.

Vid kontroll efter 2 månader är hon klart förbättrad och bokas för kontroll om ett år. Uteblir och dyker upp först efter 3 år, varvid man finner:

Trolig diagnos? (1p)

Ungefär hur stor är risken för denna komplikation vid LSA? (1p)

Misstänkt vulvacancer. Risken för malignisering vid LSA är ca 5-10%.

Ungefär hur många fall av vulvacancer diagnostiseras per år i Sverige? (1p)

Vilken är annars den vanligaste etiologiska orsaken till vulvacancer? (1p)

I vilken ålder är vulvacancer vanligast? (1)

[Kod.....]

10.4

65-årig kvinna söker med mer än 5 års anamnes på tilltagande allt svårare klåda i underlivet framförallt nattetid. Svårt att ha samlag då det känns trångt och gör ont. Lokal östrogenbehandling hjälper ej.

Ange en möjlig differentialdiagnos? 1p

Hur säkerställer du diagnosen? 1p

Vilken behandling ordinerar du? 2 p

Troligen rör det sig om Lichen Sclerosus (et Atrophicus) – LSA. En möjlig differentialdiagnos kan vara eksem/dermatit (neurodermit, lichen simplex). För att säkerställa diagnosen tar du stansbiopsi och PAD bekräftar LSA. Patienten ordinerar långvarig behandling med grupp IV steroid (Dermovat®) kräm i schema med nedtrappning.

Vid kontroll efter 2 månader är hon klart förbättrad och bokas för kontroll om ett år. Uteblir och dyker upp först efter 3 år, varvid man finner:

Trolig diagnos? (1p)

Ungefär hur stor är risken för denna komplikation vid LSA? (1p)

Misstänkt vulvacancer. Risken för malignisering vid LSA är ca 5-10%.

Ungefär hur många fall av vulvacancer diagnostiseras per år i Sverige? (1p)

Vilken är annars den vanligaste etiologiska orsaken till vulvacancer? (1p)

I vilken ålder är vulvacancer vanligast? (1)

Det diagnostiseras ca 120 fall av vulvacancer per år i Sverige. Infektion med HPV-virus anses vara den vanligaste orsaken. Medelåldern för insjuknande är 70 år.