

Namn:.....

**Skriftlig specialistexamen i
obstetrik och gynekologi
2010**

Skrivningen består av 14 fall-baserade kortsvarsfrågor och max poäng anges efter varje fråga. Totalt omfattar skrivningen 120 poäng – 30 poäng obstetrik och 90 poäng gynekologi. Försök att svara så kortfattat som möjligt.

Skriv ditt namn längst upp på varje sida.

LYCKA TILL!

Namn:.....

Fråga 1

Catrin, 25 år, är gravid med sitt första barn och du träffar henne på MVC i graviditetsvecka 35. Hon har önskat en läkarbedömning eftersom hon har andningsbesvär. Vanligtvis är hon i god fysisk kondition (tävlar i orientering) men nu blir hon väldigt andfådd av att gå upp för en trappa. Hon tycker också att hjärtat slår snabbare än det brukar. Besvären har kommit successivt under de senaste veckorna.

1a) Vilka möjliga diagnoser har du i åtanke? (3 p)

Svar: Graviditetsrelaterade besvär. Preeklampsi. Lungemboli. Pneumoni. Hjärtarytmi. Kardiomyopati. Hjärtklaffsdefekt. Anemi. Astma. Thyreotoxicos. Polyhydramnios.

1b) Vad bör ingå mer i anamnesen och vad gör du? (3 p)

Svar: Anamnes: Tidigare sjukdomar. Smärtor i bröstet, ensidig bensvullnad/smärta, hosta, yrsel, trötthet, ödem? Hur mycket begränsar besvären henne? Kolla i MHV-2 om SF-måttet stigit.

Status: Auskulterar hjärta och lungor, blodtryck, trombostecken, temp. Prover: Blodstatus, CRP, TSH. Möjliga undersökningar utifrån anamnes/status: EKG, hjärt-eko, rtg pulm, spiral-CT alt. lungscintigrafi.

Din bedömning efter ytterligare utredning blir att Catrins besvär inte är tecken på någon sjukdom.

1c) Beskriv de hemodynamiska och respiratoriska förändringar som kan förklara Catrins besvär och som normalt sker under graviditet. Förklara även varför ödem är vanligt under graviditet. (3 p)

Svar: Slagvolymen ökar med ca 30%, hjärtfrekvensen ökar med 15-20 slag/min, blodtrycket sjunker med ca 5-10/10-15 i andra trimestern. Relativ hyperventilation p.g.a. att CO₂-träskeln sänks (hormonell effekt). Ödem under graviditeten uppstår på grund av sänkta albuminnivåer som minskar det kolloidosmotiska trycket samt att östrogen binder vätska i vävnaderna. En generell vasodilatation och försämrat venöst återflöde från nedre extremiteterna kan även bidra.

1d) Förklara varför det är viktigt att en kvinna med hjärtsjukdom är adekvat smärtlindrad under förlossningen. (1 p)

Svar: Under utdrivningsskedet av förlossningen ökar hjärtminutvolymen ytterligare som en effekt av sympatikuspåslaget. Effektiv smärtlindring minskar belastningen på hjärtat genom att dämpa sympatikuspåslaget vilket kan ha betydelse hos en hjärtsjuk kvinna.

Fråga 2

Lena 27 år och Kristian 32 år väntar sitt andra barn. Hon är tidigare gynekologiskt frisk. Kristian har nedsatt spermiekoncentration, vilket medfört att båda graviditeterna är resultat av

Namn:.....

IVF. Första förlossningen skedde vaginalt i v.31, utan att man fann någon uppenbar orsak. Lena kommer nu till dig på specialist-MVC för konsultation i första trimestern.

2a) Vilka riskfaktorer för att föda för tidigt har Lena och finns det ytterligare några att vara uppmärksam på? (2 p)

Svar: Lena är gravid efter IVF och har tidigare fött för tidigt; båda riskfaktorer för prematur förlossning. Fostermissbildning innebär också en risk att föda för tidigt och risken för missbildning är något ökad efter IVF.

Ytterligare riskfaktorer är flerbörd och infektioner, inklusive urinvägsinfektion och bakteriell vaginos. Vattenavgång.

2b) Vilka undersökningar vill du göra redan nu? (2 p)

Kontrollera med ultraljud så att inte flerbörd föreligger. Urinodling, pH, snifftest.

Hon undrar om hon kan få någon medicin denna gång för att minska risken för att föda för tidigt.

2c) Vad svarar du på det? (1 p)

Eventuell bakteriell vaginos och UVI ska behandlas.

Vaginalt progesteron är mycket omdiskuterat, men flera studier talar för att det hjälper dem som tidigare fött för tidigt.

Lena har nu kommit till v.29 och kommer in med värkar.

2d) Hur undersöker du henne och vad söker du efter? (2 p)

CTG. Regelbundna värkar? Spekulumundersökning inklusive cervix-odling med frågeställning GBS samt bedömning av vattenavgång. CRP. Urinodling. Abdominellt ultraljud för fosterläge, AFI, viktskattning, placentaläge och möjliga missbildningar. Om vattenavgång inte kan verifieras kan cervix palperas. Alternativt kan perinealt ultraljud göras för bedömning av cervix.

Du bedömer att Lena är i prematurt värkarbete och cervix är öppen 4 cm.

2e) Vilken behandling ger du henne och vilka åtgärder vidtar du? Motivera! (3 p)

Principen är att fördröja förlossningen så att kortikosteroider hinner ha effekt, att vinna ytterligare tid intrauterint och klara eventuell transport till annat sjukhus.

Kontinuerligt CTG. Eventuellt antibiotika. Kortikosteroider, tokolytika (om inte infektion och/eller blödning), kontakta barnläkare. Beroende på vilket sjukhus du befinner dig möjligen överremittera patienten till annan enhet.

Fråga 3

Namn:.....

Anna, 32 år, kommer till förlossningsavdelningen tillsammans med sin man på grund av kraftiga värkar. Hon är II-gravida, I-para, förlöst med sectio 2008 eftersom barnet då låg i säte i fullgången tid. Nu gravid med BPU 100601. Värkarna har pågått i två timmar och hela tiden blivit kraftigare och tätare. Vattnet gick för en halvtimme sedan och det var blodtillblandat. Anna tycker att det gör ont hela tiden nu. Barnmorskan har kört CTG som är normalt och som visar täta värkar. Vid yttre undersökning finner du att Anna ömmar till höger på livmodern men att den slappnar av mellan värkarna.

3a) Vilka diagnoser överväger du? (2 p)

Svar: Teckningsblödning. Ablatio placentae. Blödning från vasa praevia. Placenta praevia. Uterusruptur.

3b) Vad gör du? Motivera! (2 p)

Svar: Kontinuerlig CTG. Följa bukstatus. Eventuellt IUP. Kontrollera att patienten har intravenös infart. Bastest, ev. beställa blod. Fasta/flyta. Ultraljud för att fastställa placentaläge. Spekulumundersökning. Vasa praevia-test Principen är att ha beredskap för akut sectio om smärtan/blödningen ökar eller fosterljuden påverkas, kontinuerlig övervakning av fostret och försöka ta reda på varifrån blödningen kommer.

Anna tycker att det trycker på nedåt. Det rinner kraftigt blodtillblandat fostervatten. CTG med yttre registrering är helt normal. Du gör ett VU för att bedöma hur långt förlossningen framskridit och finner att cervix är öppen 7 cm och huvudet står vid spinae.

3c) Hur planerar du i detta läge att förlösa patienten? Motivera! (2 p)

Svar: Om du bedömer att förlossningen går snabbt framåt kan hon förlösas vaginalt. Dock med skärpt övervakning och beaktande av kliniska tecken på ablatio.

Förlossningen går snabbt framåt men plötsligt sjunker fosterhjärtljuden till 50 slag/minut och patienten har nu intensiva, ihållande smärtor i buken.

3d) Vilka diagnoser misstänker du nu? Vilka åtgärder ska vidtas och i vilken ordning? (4 p)

Svar: Total ablatio placentae. Uterusruptur.

- 1. Tillkalla hjälp av mera erfaren kollega.*
- 2. Yttre palpation (Bandls fåra, ökad tonus?)*
- 3. Vaginalundersökning (öppningsgrad, fosterhuvudets läge?)*
- 4. Utifrån bedömning av 2 och 3 beslutas om omedelbar förlossning med VE/tång alternativt sectio.*

Fråga 4

Malin Stenberg, 29 år, kommer till gynnottagningen på grund av oönskad graviditet. Malin är VI-grav, II-para med två normala förlossningar, den senaste för tre år sedan och tre tidigare

Namn:.....

aborter i anamnesen. Samtliga aborter efter det senaste barnets födelse. Malin är frisk. Röker ca 10 cig/dag. Inga hereditära sjukdomar av betydelse framkommer. Malin är helt övertygad i sin önskan om att avbryta graviditeten. SM för ca 7 veckor sedan.

4a) Anamnesen och rådgivningen behöver kompletteras. Ge förslag och motivera. (3 p)

Svar: Preventivmedelsbruk. Varför upprepade aborter? Partner? Identifiera orsaker till att preventivmedelsfrågan uppenbarligen inte är löst och basera rådgivning angående framtida preventivmedel på vad som framkommer.

Information om olika abortmetoder. Beslut i samråd med patienten tas efter undersökning och datering.

4b) Vilka undersökningar och vilken provtagning föreslår du? (2 p)

Svar: Gynekologisk undersökning. Klamydiaprovtagning och diagnostik av bakteriell vaginos. Vid behov utökad STI diagnostik. Ultraljud för datering. Ev blodgruppering. Hb. Blodtryck.

Malin genomgår en okomplicerad abort en vecka senare och påbörjar vid första menstruationen användning av Depo-provera®.

4c) Innan Depo-provera® förskrivs bör man penetrera vissa faktorer i anamnesen ytterligare. Vilka? Motivera. (3 p)

Svar: Gestagena biverkningar tidigare? - med tanke på att effekten är långvarig.

Risikfaktorer för osteoporos efterfrågas ex.vis rökning, hereditet, alkoholvanor, vikt, vissa läkemedel. En negativ effekt på benmineralinnehållet har noterats i studier efter längre tids bruk av p-spruta men ingen ökad fraktur- eller osteoporosrisk. Mätning av bentäthet (DEXA) ska inte göras rutinmässigt!

Malin fortsätter med Depo-provera® och verkar till en början nöjd. Ett och ett halvt år senare träffar du henne på mottagningen då hon sedan drygt tre månader besvärats av i stort sett dagliga vaginala småblödningar. Cytologprov (benigt) och klamydiaprov (negativt) är taget. Gynekologisk undersökning visar en sparsam pågående blödning och normalt palpationsfynd. Vaginalt ultraljud visar ett mycket tunt endometrium. Du tolkar detta som att blödningen beror på att endometriet är atrofiskt.

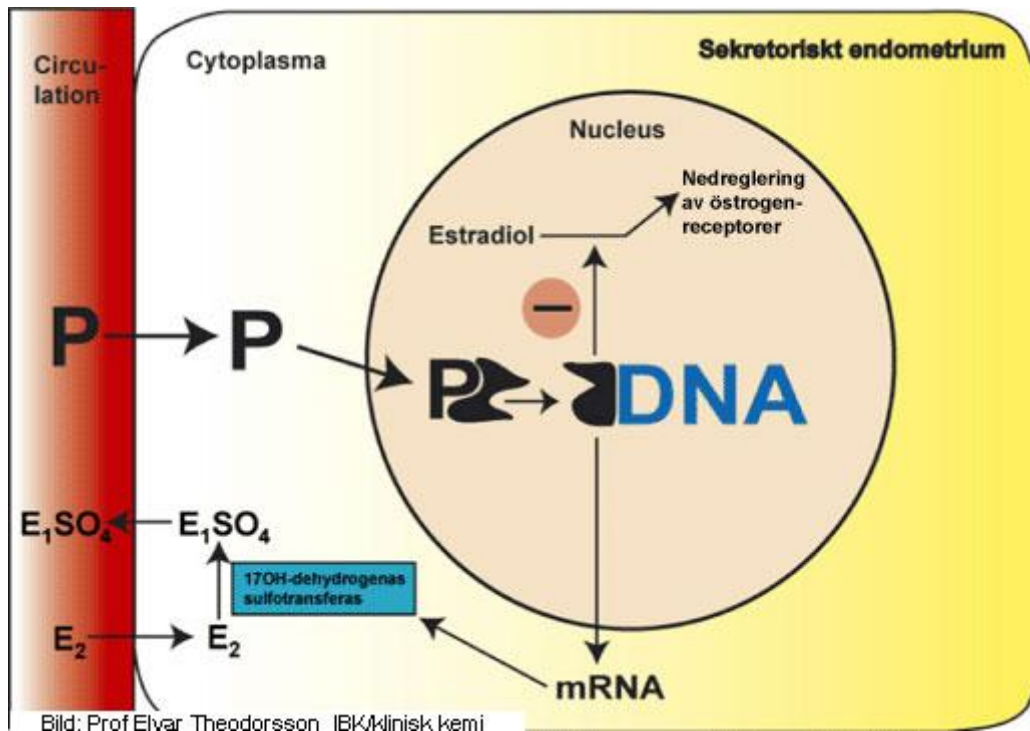
Du rådfrågar en kollega som tipsar om att man kan ge tillägg av östrogen i form av ett par p-piller kartor för att på så sätt förhindra blödningar genom att bygga upp endometriet.

4d) Fungerar det? Motivera ditt svar. (2 p)

Svar: Nej, det fungerar inte. Höga doser med gestagen/progesteron ger en komplett hämning av endometriets proliferation. En total nedreglering av östrogenreceptorerna blir följden och endometriet saknar då förutsättningar att svara på en östrogenbehandling. Vidare sker en induktion av vissa enzymer (ex 17OH-dehydrogenas sulfotransferas som omvandlar estradiol till estronsulfat, en betydligt mindre potent östrogenform). Båda innebär alltså anti-östrogena effekter. Se bifogad bild.

Man måste vänta ut hämningen.

Namn:.....



Fråga 5

Du får under handledning möjlighet att göra en hysteroskopi på en kvinna med ett misstänkt septum.

5a) Vilka komplikationer kan uppstå i samband med hysteroskopiska ingrepp? (2 p)

Svar: Att falska gångar upparbetas i samband med dilatation av cervix. Blödning. Perforation av uterus. Skador på t.ex. tarmar i samband med perforation. Lungödem på grund av elektrolytrubbning med resorption av vätska. Tryckskador på grund av att patienten ligger felaktigt upplagd i benstöd. Anestesikomplikationer. Infektion postoperativt.

I samband med ingreppet har du problem med bilden som inte blir klar. Detta är ett vanligt problem vid alla typer av endoskopier.

5b) Vad kan det bero på och hur rättar du till problemet? (2 p)

Svar: Gel eller smuts på optiken – optiken tas ut och torkas av
Skärpan ej justerad – skärpan justeras
Dålig ljuskabel – prova byta till annan
Felaktigt monterad utrustning – kolla utrustningen
(För lågt vätskeflöde – öka både in och utflöde) vid hysteroskopi
(För lågt vätskestryck – minska utflödet eller öka inflödet) vid hysteroskopi
(För lågt gastrickstryck – öka gasflödet alternativt åtgärda läckage) vid laparoskopi

Fråga 6

Namn:.....

Du kallas till operation och skall göra en hysterektomi på en kvinna på grund av blödningar och myomatös uterus. Patienten, 46 år gammal, är sövd. Dukat och klart. Du har, på grund av ett missförstånd mellan dej och operationspersonalen, inte träffat patienten tidigare.

6a) Hur agerar du? (2 p)

Svar: Kontrollerar att patientens identitet stämmer med övriga uppgifter. Du läser journalen för att försäkra dig om vad som är överenskommet. Här skall du som operatör vara medveten om att du frångår en viktig regel om du opererar patienten. I det här läget kan du som operatör inte uppfylla kraven enligt WHO's checklista för säker kirurgi då du inte själv kan förvissa dig om att patienten har givit sitt samtycke till den operation du nu ombeds att göra. Detta kan ju delvis kompenseras av en tydlig beskrivning av överenskommelsen mellan inskrivande läkare och patient beträffande vad som skall göras.

Osäkerhet uppstår beträffande om ovarierna skall kvarlämnas eller inte. I tidigare mottagningsanteckning står att saken diskuterats men att patienten ville fundera lite. Enligt operationssköterskan så sades det att ovarierna skulle tas bort.

6b) Hur gör du nu? (2 p)

Svar: Du försöker kontakta inskrivande läkare för att få reda på vad som bestämdes beträffande ovarierna. Om du inte får något besked är principen att lämna kvar friska organ, i detta fall ovarierna.

I samband med operationen visar det sig att höger uretär är hårt inbunden mot ett decimeterstort myom. Du är rädd att skada uretären.

6c) Hur gör du nu? Motivera ditt svar. (2 p)

Svar: Tillkallar erfaren kollega alternativt kirurg/urolog. Ber urologen om hjälp att lägga upp en uretärkateter så att du kan följa uretärens förlopp. Det blir då lättare att frilägga den på ett någorlunda säkert sätt.

Fråga 7

En 19-årig kvinna har haft ont i nedre delen av buken i 2 veckor. De molande smärtorna är bilaterala med övervikt på höger sida. Hon minns inte när hon hade sin senaste mens men har haft blodiga flytningar ett tag.

Det finns en del möjliga differentialdiagnoser vid ett fall som detta, -vissa mera sannolika än andra. Med hjälp av en bra algoritm (räknemetod, metodik), baserad på klinisk undersökning, ultraljudsundersökning och laborietester, kan man reducera antalet differentialdiagnoser till ett fåtal mera sannolika diagnoser.

7a) Beskriv hur du skulle gå vidare och motivera ditt svar.(3 p)

Svar: Graviditetstest för att avgöra om det föreligger en graviditetsrelaterad åkomma eller ej. Vid negativt grav.test kan CRP och S-leukocyter indikera om det föreligger en infektion eller

Namn:.....

ej. Klamydiatest. Gyn- undersökning och ultraljudsundersökning med riktad frågeställning, beroende på resultaten av ovanstående.

Du bestämde dig för att det möjligen skulle kunna vara akut salpingit och ordinerade laparoskopi för att få diagnosen verifierad.

7b) Vilka är de laparoskopiska kriterierna för akut salpingit? (3 p)

Svar: Tuborna visar rodnad, fibrinbeläggningar, ödem och ev. färska sammanväxningar eller var från tubarostierna vid lindrig salpingit. Vid allvarligare salpingit är tuborna slutna i distala ändarna. Tubo-ovarial abscess är den allvarligaste form av salpingit.

Fråga 8

En kvinna i 30-års ålder uppsöker dig på grund av onormal flytning. Hon uppger att hon inte haft klåda eller onormal doft från underlivet.

8a) Beskriv hur du undersöker hennes flytning. (3 p)

Svar: Flytningens utseende bedöms med blotta ögat. pH kontrolleras. Två droppar flytning läggs på objektglas och blandas med NaCl eller KOH. Sniff-test görs med den droppen som blandas med KOH. Därefter undersöks dropparna under mikroskopet för "clue cells" (NaCl-blandad droppe) eller mycelier (KOH-blandad droppe).

8b) Om du kommer fram till att hon har bakteriell vaginos - hur behandlar du henne och hennes partner? (1 p)

Svar: Partner behandlas ej. Pat. behandlas med metronidazol eller clindamycin, i första hand lokalt, i andra hand per os.

Fråga 9

En kvinna född 1988, ursprungligen från Bosnien, söker dig på ungdomsmottagningen på grund av utebliven menstruation. Hon är rökare och har haft peritonsillit för 1 år sedan. Hon är virgo och hade sin första menstruationsblödning när hon var 16 år. Hon blödde då i 10 dagar. Därefter har hon haft ytterligare en blödning för 1 år sedan och den varade i 3 dagar.

9a) Vad behöver du fråga efter ytterligare? (3 p)

Svar: Viktnedgång? Viktuppgång? Åtstörning? Stress? Överdriven fysisk träning? Ökad behåring på manliga lokalisationer? Galaktorré? Sjukdomar i släkten? Tidigare sjukdomar/medicinering?

9b) Vad undersöker du i status? (2 p)

Namn:.....

Svar: Längd och vikt. Bröst- och behåring enligt Tanner. Om möjligt försiktig undersökning för att visualisera om vagina finns/är öppen, om möjligt med barnspeculum se om man kan se cervix. Ultraljud abdominellt eller möjligen rektalt, alternativt MR, för att visualisera uterus och adnexa.

9c) Vilka prover är relevanta att ta? (2 p)

Svar: S-prolaktin, S-FSH, fritt T4, S-TSH, u-HCG

Du gör ett gestagentest, som dock är negativt

9d) Vad innebär detta? (1 p)

Svar: Det innebär att patienten har låga östrogennivåer, som inte kunnat stimulera endometrieslemhinnan. Kan även bero på missbildningar eller avsaknad av uterus och/eller vagina.

FSH visar sig vara 77 IE/L även efter upprepad provtagning. Övriga prover är normala.

9e) Vad kan detta innebära och på vilket sätt skulle du vilja gå vidare? (2 p)

Svar: Hon har en prematur ovariell insufficiens. Kromosomanalys för att utreda Turners syndrom.

Fråga 10

Du arbetar på Kvinnoklinikens mottagning. Elsa Svensson, 54 år, söker för klåda och svår smärta/sveda i underlivet sedan ca ett år. Hon har mycket ont vid samlag och har inte kunnat genomföra detta på flera månader.

Så här ser hon ut:

Namn:.....



10a) Vilka diagnoser överväger du? (2 p)

Svar: Erosiv lichen ruber planus, lichen sclerosus, eksem/dermatit, candidavulvovaginit

10b) Hur utreder du och ställer en säker diagnos? (2 p)

Svar: Stansbiopsi. Svampodling. Wet smear. Undersöker hudkostym och munhåla.

**10c) Vilken behandling och uppföljning är lämplig vid de diagnoser du nämnt ovan?
Motivera! (4 p)**

Svar: Vid lichen ruber: Steroider (grupp 4) lokalt eller systemiskt, (retinoider, Cyklosporin A, tacrolimus). Handläggs av specialist på området. Kontroller med 1-2 års intervall på grund av cancerrisk och risk för bristfällig compliance.

Vid lichen sclerosus: Steroider (grupp 4) lokalt. Kontroller med 1-2 års intervall på grund av cancerrisk och risk för bristfällig compliance.

Vid eksem: Steroider (grupp 2-3) lokalt.

Vid candida: Flukonazol peroralt, steroider (grupp 2-3) lokalt.

10d) Vilka allmänna råd ger du i övrigt? (2 p)

Svar: Oljehygien. Undvik överdrivet tvättande och tvål. Avstå från samlag tills besvären avklingat. Luftig klädsel.

Fråga 11

Du arbetar på Kvinnoklinikens mottagning och träffar Eva Persson, 45 år, som söker för urinläckage. Hon är bedömd av uroterapeut och medför en miktionslista som ser ut så här:

Namn:.....

Tid	Dryck	Volym	Läckage (g)
8.00	300	250	1
10.00	200	150	
11.00		100	7
13.00	300	150	
14.30	200	100	6
16.00		150	
18.00	300	150	4
19.30		100	
21.00	200	150	
23.00		150	3
24.00		100	
04.00		200	

11a) Vilken typ av inkontinens passar denna lista bäst med? Motivera! (2 p)

Svar: Trängningsinkontinens: Hög frekvens och små volymer. Ett observandum är dock att patienten inte läcker nattetid och har nykturi endast x 1.

11b) Vad bedömer du särskilt vid gynundersökningen? (2 p)

Svar: Uretras upphängning, prolaps, slemhinneatrofi, bäckenresistens.

Eva genomgår en urodynamisk undersökning, och så här lyder utlåtandet:

Resturin 5 ml, blåsfyllnad till 450 ml då patienten ber att få avbryta pga besvärliga trängningar utan tecken på detrusorinstabilitet i cystometrin. Negativt slutningstryck, läcker sparsamt vid hosta, Bonney's test positivt. Maxflöde 40 ml/s. Cystoskopi: ua.

11c) Vilken typ av inkontinens stämmer bäst med detta utlåtande? Motivera! (2 p)

Svar: Ansträngningsinkontinens: Normal blåskapacitet och positivt Bonney's test

11d) Vilken blir din sammanfattande bedömning av patientens besvär och resultatet av utredningen? (2 p)

Svar: Lindrig ansträngningsinkontinens i kombination med en urgency (eventuellt en dålig vana att kissa ofta).

11e) Föreslå lämplig behandling! (2 p)

Svar: I första hand blås- och bäckenbottenträning hos uroterapeut, möjligen antikolinergika, och senare eventuellt operation.

Fråga 12

Namn:.....

Karin, 55 år, söker på kvinnoklinikens mottagning på grund av en vaginal blödning, tre år efter att menstruationerna upphörde. Hon är tidigare frisk, II-på, och har inte någon östrogenbehandling. Vid undersökningen noterar du en del gammalt blod i bakre fornix, uterus är normalstor, och vid ultraljudsundersökningen ser du ett endometrium som är 18 mm tjockt, väl avgränsat.

12a) Vilka diagnoser måste i första hand uteslutas och hur utreder du detta? (2 p)

Svar: Cervixcancer och corpuscancer. Endometriebiopsi och cytologprov.

En alternativ diagnos är corpuspolyp.

12b) Hur utreder och åtgärdar du detta? (2 p)

Svar: Jag gör en hydroskopi. Om polypmisstanken stärks efter detta planerar jag en hysteroskopi för att ta bort polypen.

12c) Ungefär hur stor är risken att en polyp är malign eller premalign och vilka faktorer ökar risken för malignitet? (2 p)

Svar: 2-3% risk. Storlek på polypen, menopausal ålder, postmenopausal blödning, atypier i PAD.

12d) Förklara vilka risk- respektive skyddsfaktorer för endometrie cancer som kan bero på hormonella effekter (4 p)

Östrogen har en prolifererande effekt på endometriet, och kontinuerlig eller totalt lång tids påverkan av enbart östrogen är en riskfaktor som kan förklara den ökade risken vid anovulation/PCOS, nulliparitet, tidig menarche, sen menopaus, substitution med enbart östrogen i klimakteriet, tamoxifenbehandling. Vid obesitas ökar produktionen av östrogen i fettväven oberoende av inverkan från hypofys/hypotalamus. Nivåerna blir då sannolikt för höga för att det endogena progesteronet ska räcka till för att hämma proliferationseffekten i endometriet och ge effektiv avstötning. Många graviditeter och p-pilleranvändning skyddar, liksom kontinuerlig kombinerad HRT och hormonspiral vilket beror på den hämmande effekten av gestagen/progesteron på receptornivå.

Fråga 13

Du är ombedd att göra en laparoskopi på en 30-årig kvinna som sökt upprepade gånger på grund av lågt sittande buksmärta. Det finns en misstanke om endometriosis.

13a) Beskriv laparoskopiska fynd som är förenliga med endometriosis och hur diagnosen fastställs. (3 p)

Svar: Generellt rodnad och kärlinjicerad peritoneum i kombination med

- små någon-några millimeter stora klara vesikler*
- små någon-några millimeter stora röda lesioner*
- små någon-några millimeter stora svarta lesioner*
- fibros över mindre-större ytor i lilla bäckenet*

Namn:.....

- fenestreringar i peritoneum
- ovarialendometriom
- adherenser

Diagnosen fastställs antingen genom fynd av typiska endometriosislesioner eller biopsi.

Anta att den kliniska bilden och fynden i samband med laparoskopin gör det högst sannolikt att patientens smärtor beror på endometriosis.

13b) Vad gör du med de lesioner du ser i samband med laparoskopin och vilken farmakologisk behandling ordinerar du patienten? (2 p)

Svar: Samtliga lesioner skall extirperas alternativt destrueras om de inte kan extirperas. Du bör postoperativt ordinera paracetamol i fulldos samt NSAID kontinuerligt under minst en månad, och därefter vid behov. Dessutom hormonbehandling för att uppnå amenorré under minst 3-6 månader.

Fråga 14

Du handlägger en 24-årig kvinna med en myomatöst förstörad uterus som är stor motsvarande 18-20 graviditetsveckor. Enligt ultraljud och MR så rör det sig om två större intramurala myom och ett flertal mindre. Hon har en anemiserande menorrhagi och barnönskan.

14a) Hur handlägger du fallet? (2 p)

Svar: Behandlingen skall vara fertilitetsbevarande. Ett sätt är att ordinera GnRH-analog under 3 månader för att krympa myomen vars volym brukar halveras av en sådan hormonell nedreglering. Ungefär 3 månader efter påbörjad nedreglering planeras myomenukleation genom öppen bukkirurgi. Ett alternativ är att först krympa myomen för att därefter embolisera ett myom i taget.

Myomen åtgärdas och patienten blir gravid inom ett knappt år.

14b) Hur påverkas handläggningen av graviditeten och förlossningen av de genomgångna åtgärderna av myomen? (1 p)

Svar: Graviditeten brukar inte vara något problem men det är en avsevärt ökad risk för uterusruptur vid vaginal förlossning varför sectio planeras.

När hon blivit 15 år äldre och har fött 3 barn har uterus vuxit rejält igen och det konstateras att det finns multipla myom både subseröst, intramuralt och submuköst. Hon har dessutom anemiserande menstruationer som ej minskat av maximal behandling med tranexamsyra. Cytologprov är normalt.

14c) Hur handlägger du detta? Motivera! Finns det några alternativ? (2 p)

Svar: Planeras för hysterektomi, vilken kan vara subtotal. Ett alternativ kan vara att prova hormonspiral.

Namn:.....

Fråga 15

En tidig lördagsmorgon på jouren blir du uppringd av personal från akutmottagningen. 23-åriga Frida har inkommit tillsammans med sin kamrat. Hon anger att hon har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp. Du går till akutmottagningen och förbereder dig för att ta emot Frida.

15a) Hur går du nu vidare? (3 p)

Svar: Se till att du kan prata med henne/undersöka henne i lugn och ro. Kalla ev in bakjouren att sköta övrig verksamhet. Kontrollera om polisen är inkopplad. Om inte, prata med henne om det. Uppmana henne att anmäla. Gå igenom händelseförloppet översiktligt. Förklara rättsmedicinsk undersökning. Informera om att undersökningen är frivillig.

15b) När du nu ska göra din undersökning – vad ska du tänka på? Finns det något som du kan använda som stöd för att inte missa något? (2 p)

Svar: Rättsmedicinsk undersökning enl checklista. Sådan finns i ”provtagningssats för sexualbrott” som skall finnas på akutmottagningar, Kvinnoklinik eller kan tillhandahållas av polis.

15c) Vem/vilka kan föranstalta om rättsmedicinsk undersökning? (1 p)

Svar: Endast polismyndigheten.

15d) Hur kan det komma sig att du kan lämna ut undersökningsresultaten? Vad avgör när sekretessen i liknande fall kan brytas? (2 p)

Svar: Sekretessen upphävs alltid om patienten själv samtycker till att uppgifter lämnas ut. Hälso- och sjukvården är skyldig att på begäran från till exempel åklagar- eller polismyndighet lämna ut uppgifter om inte sekretess eller patientarbetet utgör hinder. Vid misstanke om vissa grövre brott kan sekretessen för både offret och den misstänkta gärningsmannen brytas (så kallat sekretessgenombrott).

15e) Hade det inneburit någon skillnad i handläggandet om Frida istället hade varit 14 år? Motivera! (2 p)

Svar: Barn under 18 år omfattas av socialtjänstlagen. Detta innebär att all personal som i sin ordinarie verksamhet kommer i kontakt med barn och ungdomar samt alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har skyldighet att anmäla misstanke om att en person som är under 18 år far illa till de sociala myndigheterna. Dessa anmäler sedan till polismyndigheten. Enligt sekretesslagen bryts sekretessen mot åklagare och polis vid misstanke om brott mot barn enligt kapitel 3, 4 eller 6 i Brottsbalken. Vid alla sexualbrott mot barn upphävs alltså sekretessen principiellt gentemot både socialtjänsten och polisen. Dessutom kriminaliserar Sexualbrottslagen allt sexuellt umgänge före 15 års ålder.