

Specialistskrivning

Obstetrik och gynekologi

2007

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
Obstetrik Fråga 1	7 sidor	10 p
Obstetrik Fråga 2	6 sidor	10 p
Gynekologi Fråga 3	6 sidor	10 p
Obstetrik Fråga 4	9 sidor	10 p
Obstetrik Fråga 5	6 sidor	10 p
Gynekologi Fråga 6	6 sidor	10 p
Gynekologi Fråga 7	10 sidor	10 p
Gynekologi Fråga 8	4 sidor	10 p
Evidensbaserad medicin	10 sidor	10 p
Fråga 9		
Obstetrik Fråga 10	7 sidor	10 p

Lycka till!

Obstetrik

1 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.

Vilka undersökningar vill du göra? 1 p

2 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.
Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre undersökning, CTG, ultraljudsundersökning, spekulundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är sluten. Ultraljudsundersökning visar en lågt sittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande.

Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka? 1 p

3 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 intas på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar. Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre undersökning, CTG, ultraljudsundersökning, spekulumundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är slutet. Ultraljudsundersökning visar en lågt sittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande. Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka?

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämna några differentialdiagnoser. 2 p

4 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.
Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre palpation, CTG, ultraljudsundersökning, spekulumundersökning.

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid speculumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är slutet. Ultraljudsundersökning visar en lågt sittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande. Vill du undersöka något annat? eller ta några prover, och i så fall vilka?

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämn några differentialdiagnoser

Teckningsblödning, placentaavlossning

Du misstänker att patienten har teckningsblödning, ej avlossning. Hur vill du behandla henne och varför? 2 p

5 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.
Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre palpation, CTG, ultraljudsundersökning, , spekulumundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är slutet. Ultraljudsundersökning visar en lågt sittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande. Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka?

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämn några differentialdiagnoser?

Teckningsblödning, placentaavlossning

Du misstänker att patienten har teckningsblödning, ej avlossning. Hur vill du behandla henne och varför?

Du ordinerar kortison för att påskynda lungmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att värkarbetet skall avta.

Under observationstiden blir blödningen riklig och fosterhjärtkurvan takykard med nedsatt variabilitet.

Vad vill du göra nu? 2 p

Kod:.....

6 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.

Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre palpation, CTG, ultraljudsundersökning, , spekulumundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är slutet. Ultraljudsundersökning visar en lågsittande bakväggsplacenta som inte tycks vara föreliggande. Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka?

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämn några differentialdiagnoser?

Teckningsblödning, placentaavlossning

Du misstänker att patienten har teckningsblödning, ej avlossning. Hur vill du behandla henne och varför?

Du ordinerar kortison för att påskynda lungmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att värkarbetet skall avta.

Under observationstiden blir blödningen riklig och fosterhjärtkurvan takykard med nedsatt variabilitet.

Vad vill du göra nu?

Akut kejsarsnitt

Efter framfödandet av barnet är uterus atonisk och det fortsätter att blöda.

Vad gör du? 2 p

7 (7)

En 26-årig I-gravida i vecka 32 tas in på förlossningsavdelningen med blödning från underlivet och ont i ryggen. Barnmorskan har känt på buken och bedömer att patienten har värkar.
Vilka undersökningar vill du göra?

Yttre palpation, CTG, ultraljudsundersökning, , spekulumundersökning

CTG kurvan visar sammandragningar var 10:de minut. Mellan sammandragningarna syns en tendens till ökad tonus. Fosterkurvan är normal. Vid spekulumundersökning ser du blod i vagina. Cervix ser normal ut och är slutet. Ultraljudsundersökning visar en lågsittande bakväggspalenta som inte tycks vara föreliggande.
Vill du undersöka något annat eller ta några prov, och i så fall vilka?

Koagulationsstatus.

Koagulationsstatus är normalt.

Nämn några differentialdiagnoser?

Teckningsblödning, placentaavlossning

Du misstänker att patienten har teckningsblödning, ej avlossning. Hur vill du behandla henne och varför?

Du ordinerar kortison för att påskynda lungmognaden, samt Bricanyl eller Tractocil för att värkarbetet skall avta.

Under observationstiden blir blödningen riklig och fosterhjärtkurvan takykard med nedsatt variabilitet.

Vad vill du göra nu?

Akut kejsarsnitt

Efter framfödandet av barnet är uterus atonisk och det fortsätter att blöda.

Vad gör du?

Masserar uterus och ger olika uterotonika (oxytocin, methergin, prostaglandin, ev beta-blockare om patienten fått Bricanyl innan operationen) för att få den att dra ihop sig.

Obstetrik

1 (6)

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt.

Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? 1 p

Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas. 1 p

2 (6)

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt. Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas.

Olika infallsvinklar omfattar bland annat kirurgiska riskfaktorer, tidigare och nuvarande sjukdomar, psykosociala aspekter (tex sexuella övergrepp), psykiska sjukdomar och personlighet, kvarstående men från förra förlossningen samt orsak till hennes rädsla. Information för att bättre värdera och informera om riskerna med kejsarsnitt, tex tidigare bukkirurgi, tidigare gyn (PID) eller bukinfektioner, kända myom, infektionskänslig, lättblödande (lätt att få blåmärken tex), känd blödarsjuka, opererad i ryggen så att spinalanestesi inte är möjlig, bedöma ev fetma etc. Är hon i övrigt frisk? Finns någon form av psykosocial problematik som inverkar på denna rädsla. Tidigare psykiskt frisk? Försöka bedöma hennes personlighet, tex kontrollbehov etc. Information om vad det är som gör att hon inte kan tänka sig en vaginal förlossning, vad mer specifikt är hon rädd för. Smärtan? Risken för sugklocka? Risken att inte få det stöd hon behöver? Risken att inte bli förstådd? Har hon några besvär efter bristningen, smärtor, inkontinens?

Hon uppger att hon är frisk, BMI 27 samt negerar övriga frågor. Det hon är mest rädd för är att tappa kontrollen vilket hon upplevde att hon gjorde under den tid när sugklockan var anlagd. I övrigt var det hela överkomligt tack vare ryggbedövning (epidural med Sufenta). Hon uppger inga besvär som skulle kunna vara orsakade av bristningen. I journalen ser du att det var en hästskoformad ganska djup bristning som engagerade delar av den externa analsfinktern, men det var ingen total sfinkterskada. I journalen finns inget beskrivet att det skulle ha varit någon särskild dramatik under förlossningen, inte heller under det att sugklockan drogs. Inga speciella anteckningar från BB-vistelsen heller. Läkaren som drog sugklockan har gjort en anteckning där det framgår att patienten mår bra och var nöjd med förlossningen, ”inga särskilda frågor”.

Hur tolkar du denna information, den du får från Magda kontra den du kan utläsa av journalen?

1 p

3 (6)

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt. Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas.

Olika infallsvinklar omfattar bland annat kirurgiska riskfaktorer, tidigare och nuvarande sjukdomar, psykosociala aspekter (tex sexuella övergrepp), psykiska sjukdomar och personlighet, kvarstående men från förra förlossningen samt orsak till hennes rädsla.

Information för att bättre värdera och informera om riskerna med kejsarsnitt, tex tidigare bukkirurgi, tidigare gyn (PID) eller bukinfektioner, kända myom, infektionskänslig, lättblödande (lätt att få blåmärken tex). känd blödarsjuka, opererad i ryggen så att spinalanestesi inte är möjlig, bedöma ev fetma etc. Är hon i övrigt frisk? Finns någon form av psykosocial problematik som inverkar på denna rädsla. Tidigare psykiskt frisk? Försöka bedöma hennes personlighet, tex kontrollbehov etc. Information om vad det är som gör att hon inte kan tänka sig en vaginal förlossning, vad mer specifikt är hon rädd för. Smärtan? Risken för sugklocka? Risken att inte få det stöd hon behöver? Risken att inte bli förstådd? Har hon några besvär efter bristningen, smärtor, inkontinens?

Hon uppger att hon är frisk, BMI 27 samt neget övriga frågor. Det hon är mest rädd för är att tappa kontrollen vilket hon upplevde att hon gjorde under den tid när sugklockan var anlagd. I övrigt var det hela överkomligt tack vare ryggbövning (epidural med Sufenta). Hon uppger inga besvär som skulle kunna vara orsakade av bristningen. I journalen ser du att det var en hästskoformad ganska djup bristning som engagerade delar av den externa analsfinktern, men det var ingen total sfinkterskada. I journalen finns inget beskrivet att det skulle ha varit någon särskild dramatik under förlossningen, inte heller under det att sugklockan drogs. Inga speciella anteckningar från BB-vistelsen heller. Läkaren som drog sugklockan har gjort en anteckning där det framgår att patienten mådde bra och var nöjd med förlossningen, ”inga särskilda frågor”. Hur tolkar du denna information, den du får från Magda kontra den du kan utläsa av journalen?

Det finns en klar diskrepans mellan vad som beskrivs som ganska normalt i journalen och patientens egna beskrivna upplevelse. Antingen har Magda inte signalerat sina problem eller så har de inte fångats upp av personalen.

Hur hanterar du detta?**4p**

4 (6)

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt. Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas.

Olika infallsvinklar omfattar bland annat kirurgiska riskfaktorer, tidigare och nuvarande sjukdomar, psykosociala aspekter (tex sexuella övergrepp), psykiska sjukdomar och personlighet, kvarstående men från förra förlossningen samt orsak till hennes rädsla.

Information för att bättre värdera och informera om riskerna med kejsarsnitt, tex tidigare bukkirurgi, tidigare gyn (PID) eller bukinfektioner, kända myom, infektionskänslig, lättblödande (lätt att få blåmärken tex). Känd blödarsjuka, opererad i ryggen så att spinalanestesi inte är möjlig, bedöma ev fetma etc. Är hon i övrigt frisk? Finns någon form av psykosocial problematik som inverkar på denna rädsla. Tidigare psykiskt frisk? Försök bedöma hennes personlighet, tex kontrollbehov etc. Information om vad det är som gör att hon inte kan tänka sig en vaginal förlossning, vad mer specifikt är hon rädd för. Smärtan? Risken för sugklocka? Risken att inte få det stöd hon behöver? Risken att inte bli förstådd? Har hon några besvär efter bristningen, smärtor, inkontinens?

Hon uppger att hon är frisk, BMI 27 samt neget övriga frågor. Det hon är mest rädd för är att tappa kontrollen vilket hon upplevde att hon gjorde under den tid när sugklockan var anlagd. I övrigt var det hela överkomligt tack vare ryggbedövning (epidural med Sufenta). Hon uppger inga besvär som skulle kunna vara orsakade av bristningen. I journalen ser du att det var en hästskoformad ganska djup bristning som engagerade delar av den externa analsfinktern, men det var ingen total sfinkterskada. I journalen finns inget beskrivet att det skulle ha varit någon särskild dramatik under förlossningen, inte heller under det att sugklockan drogs. Inga speciella anteckningar från BB-vistelsen heller. Läkaren som drog sugklockan har gjort en anteckning där det framgår att patienten mådde bra och var nöjd med förlossningen, ”inga särskilda frågor”.

Hur tolkar du denna information, den du får från Magda kontra den du kan utläsa av journalen?

Det finns en klar diskrepans mellan vad som beskrivs som ganska normalt i journalen och patientens egna beskrivna upplevelse. Antingen har Magda inte signalerat sina problem eller så har de inte fångats upp av personalen.

Hur hanterar du detta?

Diskutera i termer av 1. medicinska risker och 2. psykologiska behov. Berätta hur förlossningen beskrivs i journalen och koppla det till patientens egen beskrivning (kan upplevas som provocerande). Försök att tillsammans med patienten hitta rimliga förklaringar till varför hennes upplevelse skiljer sig så från hur det uppfattades (eller inte uppfattades) av personalen på salen.

Försök att utifrån detta hitta rimliga alternativa vägar att gå. Det är ju trots allt mindre troligt att det blir sugklocka på en 2-föderska och det är också mindre troligt att hon kommer att brista lika mycket som i samband med förra förlossningen. En andra förlossning går som regel lättare än den första. Försök att motivera henne till att försöka med en vaginal förlossning. Planera för ytterligare samtal. Boka samtal med barnmorska som arbetar med förlossningsrädsla. Bestäm inget vid detta första besök. Låt patienten fundera, väga för och emot. Det är gott om tid. Resonera i former av ett kontrakt, en överenskommelse mellan patienten och kliniken om hur olika situationer skall hanteras.

Under samtalet signalerar Magda ganska tydligt att hon har beslutsångest och att hon tycker det är jobbigt att inte ha fattat ett beslut nu. Hon accepterar dock att fundera på saken och att vi diskuterar vidare om ungefär 3-4 veckor. När hon går är hon mycket mindre spänd än när hon kom till detta besök.

Hur lägger du upp strategin inför nästa samtal?

3p

Skriv svar på baksidan av detta papper!

5 (6)

Du träffar Magda 24 år på MVC. Hon är II-föderska i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Förra förlossningen upplevde Magda som mycket jobbig och mot slutet var hon skräckslagen. Det började med förvärkar i 2-3 dagar som successivt övergick i något som liknade värkarbete. Hon minns hur trött hon var. Sedan tog man håll på hinnorna och satte värkstimulerande dropp. Efter ett par timmar fick Magda en EDA. Efter ungefär 10 timmar var det helt öppet. Hon orkade dock inte ända fram utan det blev förlossning med hjälp av sugklocka, fem dragningar. Hon sprack ordentligt och blev sydd på operationsavdelningen. Barnet var taget direkt efter förlossningen och övervakades några timmar på barnkliniken men sedan har det inte varit några problem. Linus är snart fyra år. Magda säger att hon inte vill vara med om denna upplevelse en gång till. Hon vill gärna att det görs ett planerat kejsarsnitt. Vad rör det sig om och vilken ytterligare information är väsentlig? Ange minst fyra viktiga infallsvinklar som bör belysas.

Olika infallsvinklar omfattar bland annat kirurgiska riskfaktorer, tidigare och nuvarande sjukdomar, psykosociala aspekter (tex sexuella övergrepp), psykiska sjukdomar och personlighet, kvarstående men från förra förlossningen samt orsak till hennes rädsla.

Information för att bättre värdera och informera om riskerna med kejsarsnitt, tex tidigare bukkirurgi, tidigare gyn (PID) eller bukinfektioner, kända myom, infektionskänslig, lättblödande (lätt att få blåmärken tex). Känd blödarsjuka, opererad i ryggen så att spinalanestesi inte är möjlig, bedöma ev fetma etc. Är hon i övrigt frisk? Finns någon form av psykosocial problematik som inverkar på denna rädsla. Tidigare psykiskt frisk? Försöka bedöma hennes personlighet, tex kontrollbehov etc. Information om vad det är som gör att hon inte kan tänka sig en vaginal förlossning, vad mer specifikt är hon rädd för. Smärtan? Risken för sugklocka? Risken att inte få det stöd hon behöver? Risken att inte bli förstådd? Har hon några besvär efter bristningen, smärtor, inkontinens?

Hon uppger att hon är frisk, BMI 27 samt neget övriga frågor. Det hon är mest rädd för är att tappa kontrollen vilket hon upplevde att hon gjorde under den tid när sugklockan var anlagd. I övrigt var det hela överkomligt tack vare ryggbedövning (epidural med Sufenta). Hon uppger inga besvär som skulle kunna vara orsakade av bristningen. I journalen ser du att det var en hästskoformad ganska djup bristning som engagerade delar av den externa analsfinktern, men det var ingen total sfinkterskada. I journalen finns inget beskrivet att det skulle ha varit någon särskild dramatik under förlossningen, inte heller under det att sugklockan drogs. Inga speciella anteckningar från BB-vistelsen heller. Läkaren som drog sugklockan har gjort en anteckning där det framgår att patienten mådde bra och var nöjd med förlossningen, ”inga särskilda frågor”.

Hur tolkar du denna information, den du får från Magda kontra den du kan utläsa av journalen?

Det finns en klar diskrepans mellan vad som beskrivs som ganska normalt i journalen och patientens egna beskrivna upplevelse. Antingen har Magda inte signalerat sina problem eller så har de inte fångats upp av personalen.

Hur hanterar du detta?

Diskutera i termer av 1. medicinska risker och 2. psykologiska behov. Berätta hur förlossningen beskrivs i journalen och koppla det till patientens egen beskrivning (kan upplevas som provocerande). Försök att tillsammans med patienten hitta rimliga förklaringar till varför hennes upplevelse skiljer sig så från hur det uppfattades (eller inte uppfattades) av personalen på salen.

Försök att utifrån detta hitta rimliga alternativa vägar att gå. Det är ju trots allt mindre troligt att det blir sugklocka på en 2-föderska och det är också mindre troligt att hon kommer att brista lika mycket som i samband med förra förlossningen. En andra förlossning går som regel lättare än den första. Försök att motivera henne till att försöka med en vaginal förlossning. Planera för ytterligare samtal. Boka samtal med barnmorska som arbetar med förlossningsrädsla. Bestäm inget vid detta första besök. Låt patienten fundera, väga för och emot. Det är gott om tid. Resonera i former av ett kontrakt, en överenskommelse mellan patienten och kliniken om hur olika situationer skall hanteras.

Under samtalet signalerar Magda ganska tydligt att hon har beslutsångest och att hon tycker det är jobbigt att inte ha fattat ett beslut nu. Hon accepterar dock att fundera på saken och att vi diskuterar vidare om ungefär 3-4 veckor. När hon går är hon mycket mindre spänd än när hon kom till detta besök.

Hur lägger du upp strategin inför nästa samtal?

1. Efterhöra var hon befinner sig i den emotionella processen och beslutsprocessen.
2. Jag försöker inte styra. Jag efterfrågar om hon förstått de medicinska riskerna och tidigare resonemang. Reder ut eventuella frågetecken.
3. Hör efter eller föreslår vilka alternativa lösningar som är möjliga, alt utifrån vilka signaler jag får och vad som kommer fram under diskussionen.

a) Vaginal spontan förlossning

b) Vaginal förlossning med löfte om sectio vid behov.

Kod:.....

6 (6)

- c) *Hur göra vid spontant värkarbete utan att vi hunnit börja med förlossningsplanen.*
- d) *Elektivt sectio*
- e) *Alltid information om att allt kanske inte kan gå enligt planerna.*

Gynekologi

1 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydialsalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda? 2 p

2 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda?

- a) *Undersökning av äggledarna med passage-ultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi*
- b) *Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.*
- c) *Undersökning av makens spermaprov.*

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adheranser. S-progesteron låg på 3,4 och 5,6 (ref:>25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref > 20) med 52% rörlighet. (ref:>50%)

Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du? 2p

3 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda?

- a) Undersökning av äggledarna med passage-ultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi
- b) Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.
- c) Undersökning av makens spermaprov.

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adherenser. S-progesteron låg på 3,4 och 5,6 (ref: > 25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref: > 20) med 52% rörlighet (ref: > 50%). Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du?

Du vill ta reda på om det finns bäckenadherenser och varför hon inte ovulerar. Du tar hormonprofil och planerar patienten för laparoskopi.

Laparoskopi visade att det inte var några adherenser i buken. Hormonprofil visade TSH =2.5 mE/L (ref: 0.5-3.4), S-prolaktin =19 mikrog/L (ref: < 20), testosteron = 4.0 nmol/L (ref 0.4-3.5) LH/FSH >2, S-SHBG= 30 nmol/L (ref:35-150).

Vilken diagnos kan du ställa, baserad på det du nu vet, och hur vill du hjälpa paret? 2 p

4 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda?

- a) Undersökning av äggledarna med passage-ultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi
- b) Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.
- c) Undersökning av makens spermaprov.

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adherenser. S-progesteron låg på 3,4 och 5.6 (ref: > 25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref: > 20) med 52% rörlighet (ref: > 50%). Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du?

Du vill ta reda på om det finns bäckenadherenser och varför hon inte ovulerar. Du tar hormonprofil och planerar patienten för laparoskopi.

Laparoskopi visade att det inte var några adherenser i buken. Hormonprofil visade TSH = 2.5 mE/L (ref: 0.5-3.4), S-prolaktin = 19 mikrog/L (ref: < 20), testosteron = 4.0 nmol/L (ref 0.4-3.5) LH/FSH > 2, S-SHBG = 30 nmol/L (ref: 35-150).

Vilken diagnos kan du ställa, baserad på det du nu vet och hur vill du hjälpa paret?

Polycystic ovarian syndrome (PCOS). Ovulationsstimulering med Pergotime eller S- FSH och kontroll av effekten med s-progesteron på cykeldag 21.

Du påbörjar behandlingen med Pergotime, men hon fick ingen ägglossning.

Näm minst 2 faktorer som generellt minskar chansen att sådan behandling medför ovulation? 2p

5 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda?

- d) Undersökning av äggledarna med passage-ultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi
- e) Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.
- f) Undersökning av makens spermaprov.

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adherenser. S-progesteron låg på 3,4 och 5.6 (ref: > 25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref: > 20) med 52% rörlighet (ref: > 50%). Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du?

Du vill ta reda på om det finns bäckenadherenser och varför hon inte ovulerar. Du tar hormonprofil och planerar patienten för laparoskopi.

Laparoskopi visade att det inte var några adherenser i buken. Hormonprofil visade TSH = 2.5 mE/L (ref: 0.5-3.4), S-prolaktin = 19 mikrog/L (ref: < 20), testosteron = 4.0 nmol/L (ref 0.4-3.5) LH/FSH > 2, S-SHBG = 30 nmol/L (ref: 35-150).

Vilken diagnos kan du ställa, baserad på det du nu vet och hur vill du hjälpa paret?

Polycystic ovarian syndrome (PCOS). Ovulationsstimulering med Pergotime eller S-FSH och kontroll av effekten med s-progesteron på cykeldag 21.

Du påbörjar behandlingen med Pergotime, men hon fick ingen ägglossning.

Nämnd minst 2 faktorer som generellt minskar chansen att sådan behandling medför ovulation?

Hög ålder, fetma

Kvinnan har ett BMI på 32.

Vilka åkommor har hon speciellt hög risk att drabbas av om hon lyckas bli gravid? 2p

6 (6)

En kvinna 29 år gammal och hennes man 35 söker på gynekologmottagningen för barnlöshet. Kvinnan är 0-gravida och har försökt få barn i mer än 2 år. Hennes menstruationer är oregelbundna med 5-6 veckors intervall. Hon uppger att hon hade en klamydiasalpingit som tonåring.

Vilka 3 faktorer är viktigast att utreda?

- g) Undersökning av äggledarna med passage-ultraljud (HyCoSy) eller laparoskopi
- h) Undersökning av ovulation med s-progesteron ca en vecka innan förväntat menstruation, dvs på cykeldag 28 och 35.
- i) Undersökning av makens spermaprov.

Ultraljud visade bilateral tubarpassage, men ingav misstanke på adherenser. S-progesteron låg på 3,4 och 5.6 (ref: > 25). Makens spermaprov innehöll 35 miljoner spermier/ml (ref: > 20) med 52% rörlighet (ref: > 50%). Vad fokuserar du på i din fortsatta utredning och vad gör du?

Du vill ta reda på om det finns bäckenadherenser och varför hon inte ovulerar. Du tar hormonprofil och planerar patienten för laparoskopi.

Laparoskopi visade att det inte var några adherenser i buken. Hormonprofil visade TSH = 2.5 mE/L (ref: 0.5-3.4), S-prolaktin = 19 mikrog/L (ref: < 20), testosteron = 4.0 nmol/L (ref 0.4-3.5) LH/FSH > 2, S-SHBG = 30 nmol/L (ref: 35-150).

Vilken diagnos kan du ställa, baserad på det du nu vet och hur vill du hjälpa paret?

Polycystic ovarian syndrome (PCOS). Ovulationsstimulering med Pergotime eller S-FSH och kontroll av effekten med s-progesteron på cykeldag 21.

Du påbörjar behandlingen med Pergotime, men hon fick ingen ägglossning.

Nämnd minst 2 faktorer som generellt minskar chansen att sådan behandling medför ovulation?

Hög ålder, fetma

Kvinnan har ett BMI på 32.

Vilka åkommor har hon speciellt hög risk att drabbas av om hon lyckas bli gravid?

Missfall, gestationsdiabetes, preeklampsi

1 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 1 p

2 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlopt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

3 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

a) *hepatos eller intrahepatisk cholestas.*

b) *PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.*

Greta har aldrig hört talas om hepatos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

4 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålén. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålén kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

c) hepatos eller intrahepatisk cholestas.

d) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om hepatos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att hepatos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1p

5 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förflöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

a) hepatos eller intrahepatisk cholestas.

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om hepatos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor?

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att hepatos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du?

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorerna är 50 $\mu\text{mol/l}$ och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1p

6 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke?

a) heptos eller intrahepatisk cholestas.

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om heptos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att heptos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1p

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorna är 50 $\mu\text{mol/l}$ och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1p

Sätter in Ursofalk® 1 gram dagligen ev T Lergigan till natten.

Följer upp Greta en gång i veckan med förnyade prover.

Veckan efter första mottagningsbesöket har klådan minskat något och gallsyrorna är i stort sett oförändrade. Efter ytterligare en vecka har gallsyrorna stigit till 105 $\mu\text{mol/l}$ och bilirubin är lätt förhöjt. Greta tycker att hennes situation har blivit ohållbar på grund av den framförallt nattliga klådan som ger sömnlösa nätter.

Vad gör Du? 1p

7 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förflötit utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

a) heptos eller intrahepatisk cholestas.

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om heptos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att heptos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1p

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorna är 50 $\mu\text{mol/l}$ och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1p

Sätter in Ursofalk® 1 gram dagligen ev T Lergigan till natten.

Följer upp Greta en gång i veckan med förnyade prover.

Veckan efter första mottagningsbesöket har klådan minskat något och gallsyrorna är i stort sett oförändrade. Efter ytterligare en vecka har gallsyrorna stigit till 105 $\mu\text{mol/l}$ och bilirubin är lätt förhöjt. Greta tycker att hennes situation har blivit ohållbar på grund av den framförallt nattliga klådan som ger sömnlösa nätter.

Vad gör Du? 1p

Du planerar inducera förlossningen imorgon.

När Du träffar henne efter förlossningen ställer hon denna fråga till Dig:

Hur stor risk har hon för heptos vid nästa graviditet? 1p

8 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

a) heptos eller ICP.

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om heptos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att heptos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1p

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorna är 50 µmol/l och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1 p

Sätter in Urosafalk® 1 gram dagligen ev T Lergigan till natten.

Följer upp Greta en gång i veckan med förnyade prover.

Veckan efter första mottagningsbesöket har klådan minskat något och gallsyrorna är i stort sett oförändrade. Efter ytterligare en vecka har gallsyrorna stigit till 105 µmol/l och bilirubin är lätt förhöjt. Greta tycker att hennes situation har blivit ohållbar på grund av den framförallt nattliga klådan som ger sömnlösa nätter. Vad gör Du? 1p

Du planerar inducera förlossningen imorgon.

När Du träffar henne efter förlossningen ställer hon denna fråga till Dig:

Hur stor risk har hon för heptos vid nästa graviditet? 1p

50% risk för återinsjuknande.

Greta undrar också om hon själv kan påverka att hon inte får heptos vid nästa graviditet? 1 p

9 (9)

Greta 32 år primigravida i vecka 35 + 2 kommer på remiss från vårdcentralen till specialistmödravården på grund av klåda lokaliserad till framförallt bålen. Tidigare väsentligen frisk. Under tidig graviditet varit inlagd under två dygn på grund av hyperemesis, i övrigt har graviditeten förlöpt utan anmärkning tills nu. Vad vill du veta mer i anamnesen?

Sitter klådan någon annanstans på kroppen? Finns allergi mot något? Kan hon själv relatera klådan till något speciellt tillfälle? Finns dygnsvariation? Har mamman eller eventuellt syster haft liknande besvär under graviditet? Har hon försökt behandla klådan på något sätt?

Greta berättar att klådan har debuterat under sista veckan och är mest uttalad nattetid. Hon uppger att förutom på bålen kliar det i handflator och fotsulorna. Ingen känd allergi eller hereditet. Greta hade försökt att lindra klådan med Essex-kräm utan nämnvärd effekt.

a) Vilken diagnos misstänker Du? 1p

b) Vilka differentialdiagnoser måste Du ha i åtanke? 1p

a) hepatos eller intrahepatisk cholestas

b) PUPPP (pruriti papules and plaques of pregnancy), eksem, skabb, dermatos.

Greta har aldrig hört talas om hepatos och frågar varför just hon har drabbats av detta under graviditeten och vad kan det bero på? Hon undrar vidare om det är farligt för fostret eller för henne själv?

Vilka svar ger Du Greta på dessa frågor? 1p

Du berättar att det kan finnas en ärftlig komponent men kan inte svara på varför just hon drabbats. De förhöjda nivåerna av östrogen och sannolikt även progesteron i kombination med ärftliga faktorer ger kolestas. Man tror att de under graviditet förhöjda nivåerna av gallsyror ansamlas i levern på grund av förlångsammad utsöndring. Du berättar vidare att hepatos är förenat med ökad risk för prematurbörd (19-60%), asfyxi under förlossningen (22-33%) samt intrauterin fosterdöd (1-2%). Förmodligen finns inga risker för modern förutom psykisk ohälsa på grund av klådan som kan ge sömnlöshet.

För att fastställa diagnosen vilka prover tar Du? 1p

Gallsyror eventuellt bilirubin.

Gallsyrorna är 50 µmol/l och bilirubin normalt.

a) Vad gör Du nu? 1p

b) Hur planerar Du för uppföljningen? 1p

Sätter in Ursofalk® 1 gram dagligen ev T Lergigan till natten.

Följer upp Greta en gång i veckan med förnyade prover.

Veckan efter första mottagningsbesöket har klådan minskat något och gallsyrorna är i stort sett oförändrade. Efter ytterligare en vecka har gallsyrorna stigit till 105 µmol/l och bilirubin är lätt förhöjt. Greta tycker att hennes situation har blivit ohållbar på grund av den framförallt nattliga klådan som ger sömnlösa nätter.

Vad gör Du? 1p

Du planerar inducera förlossningen imorgon.

När Du träffar henne efter förlossningen ställer hon denna fråga till Dig:

Hur stor risk har hon för hepatos vid nästa graviditet? 1p

50% risk för återinsjuknande.

Greta undrar också om hon själv kan påverka att hon inte får hepatos vid nästa graviditet? 1p

Nej

Kod:.....

Obstetrik

1 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2p

2 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2p

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 h senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 h har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2p

3 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 1p

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 h senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 h har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2p

Ber henne söka upp akutmottagningen (ej förlossningen) för diagnos och behandling mot sannolik Varicellae. Du kontaktar även själv akutmottagningen. Kvinnan bör handläggas på isoleringsrum om möjligt och tillsammans med infektionsjour. Prov för serologi + direkt virus påvisning. Behandling med Acyklovir 800 mg x 5 i 7 dagar i hemmet. (Inläggning med i.v. Acyklovir om allmänpåverkad)

Kvinnan är nu i v.37+5.

Behöver du göra någon planering inför stundande förlossning? 2p

4 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2p

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 h senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 h har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2p

Ber henne söka upp akutmottagningen (ej förlossningen) för diagnos och behandling mot sannolik Varicellae. Du kontaktar även själv akutmottagningen. Kvinnan bör handläggas på isoleringsrum om möjligt och tillsammans med infektionsjour. Prov för serologi + direkt virus påvisning. Behandling med Acyklovir 800 mg x 5 i 7 dagar i hemmet. (Inläggning med i.v. Acyklovir om allmänpåverkad)

Kvinnan är nu i v.37+5.

Behöver du göra någon planering inför stundande förlossning? 2p

Vaginal förlossning inget hinder.

Om förlossning inom 1 v: sker på isoleringsenhet på förlossningsklinik eller infektionsklinik. Barnet ska ha varicellae-immunoglobulin omedelbart efter partus. Mor och barn eftervårdas på infektionsklinik.

Lämpligt att patienten finns aviserad på förlossningen samt barnläkare och infektionsklinik kontaktade för planering/kännedom.

Patienten kommer in 2 v. senare i v.39+5. Blåsorna har torkat in och är i princip borta. Hon har inga övriga symtom.

Behöver du nu vidta några speciella åtgärder? 1p

Finns det någon risk för barnet vid denna tidpunkt? 1p

Du kan även skriva på baksidan av detta papper.

5 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2p

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 h senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 h har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2p

Ber henne söka upp akutmottagningen (ej förlossningen) för diagnos och behandling mot sannolik Varicellae. Du kontaktar även själv akutmottagningen. Kvinnan bör handläggas på isoleringsrum om möjligt och tillsammans med infektionsjour. Prov för serologi + direkt virus påvisning. Behandling med Acyklovir 800 mg x 5 i 7 dagar i hemmet. (Inläggning med i.v. Acyklovir om allmänpåverkad)

Kvinnan är nu i v.37+5.

Behöver du göra någon planering inför stundande förlossning? 2p

Vaginal förlossning inget hinder.

Om förlossning inom 1 v: sker på isoleringsenhet på förlossningsklinik eller infektionsklinik. Barnet ska ha varicellae-immunoglobulin omedelbart efter partus. Mor och barn eftervårdas på infektionsklinik.

Lämpligt att patienten finns aviserad på förlossningen samt barnläkare och infektionsklinik kontaktade för planering/kännedom.

Patienten kommer in 2 v. senare i v.39+5. Blåsorna har torkat in och är i princip borta. Hon har inga övriga symtom.

Behöver du nu vidta några speciella åtgärder? 1p

Finns det någon risk för barnet vid denna tidpunkt? 1p

Om partus >1v. efter insjuknande i varicellae: Pat är oftast inte längre smittsam (blåsor intorkade). Förlossning på vanligt förlossningsrum samt eftervård på BB. Observans på barnet- kan insjukna i en mild varicellae inom 2v.

Hur hade denna handläggning förändrats om kvinnan insjuknat i Varicellae i början av 2:a trimestern (ca v.18)? 2p

6 (6)

På Din läkarmottagning på MVC ringer det en kvinna och berättar att hennes 7-åriga son sedan 1 vecka har vattkoppor. Kopporna har nu torkat in och sonen är på bättringsvägen. Själv mår hon bra och är nu gravid i v.37+2. Hon undrar om något behöver göras.

Vad svarar du? 2p

Efterhör anamnes på tidigare genomgången varicellae. Om negativ eller tveksam anamnes, analysera blodprov för immunitetsundersökning (Varicellae IgG), ev. från screeningsprover från aktuell eller tidigare graviditet om de är tillgängliga.

Hon är osäker på om hon har haft vattkoppor själv tidigare, men ska höra med sina föräldrar. Hon återkommer 1 h senare och uppger att hennes mamma är övertygad om att hon inte har haft vattkoppor. Du ordnar med immunitetstest för varicellae.

Svaret på immunitetstestet hinner inte komma förrän kvinnan 2 dagar senare ringer till förlossningen där du är jour och berättar att hon nu sedan 4 h har utslag och begynnande blåsor på kroppen samt feber. Hon mår i övrigt bra.

Hur handlägger du denna kvinna initialt för att hjälpa henne med de aktuella symtomen? 2p

Ber henne söka upp akutmottagningen (ej förlossningen) för diagnos och behandling mot sannolik Varicellae. Du kontaktar även själv akutmottagningen. Kvinnan bör handläggas på isoleringsrum om möjligt och tillsammans med infektionsjour. Prov för serologi + direkt virus påvisning. Behandling med Acyklovir 800 mg x 5 i 7 dagar i hemmet. (Inläggning med i.v. Acyklovir om allmänpåverkad)

Kvinnan är nu i v.37+5.

Behöver du göra någon planering inför stundande förlossning? 2p

Vaginal förlossning inget hinder.

Om förlossning inom 1 v: sker på isoleringsenhet på förlossningsklinik eller infektionsklinik. Barnet ska ha varicellae-immunoglobulin omedelbart efter partus. Mor och barn eftervårdas på infektionsklinik. Lämpligt att patienten finns aviserad på förlossningen samt barnläkare och infektionsklinik kontaktade för planering/kännedom.

Patienten kommer in 2 v. senare i v.39+5. Blåsorna har torkat in och är i princip borta. Hon har inga övriga symtom.

Behöver du nu vidta några speciella åtgärder? 1p

Finns det någon risk för barnet vid denna tidpunkt? 1p

Om partus >1v. efter insjuknande i varicellae: Pat är oftast inte längre smittsam (blåsor intorkade). Förlossning på vanligt förlossningsrum samt eftervård på BB. Observans på barnet- kan insjukna i en mild varicellae inom 2v.

Hur hade denna handläggning förändrats om kvinnan insjuknat i Varicellae i början av 2:a trimestern (ca v.18)? 2p

Till infektionsläkare för diagnos och ev. behandling om påverkad av infektionen (Acyklovir 800 mg x 5 x 7 dgr). Remiss specialist MVC + fostermedicin för ev. amniocentes efter att moderns infektion läkt ut (varicellae-DNA PCR) och ultraljud i 3:e trimestern – kongenitalt varicellaesyndrom? 5-10% transplacentär smitta före v.28. Negativ PCR i amnion korrelerar till friskt barn, positiv PCR korrelerar ej till sjukt barn.

Kod:.....

Gynekologi

1 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen - gestagen kombinations-tablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

2 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen - gestagen kombinationstablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

- a. Spekulum-undersökning
- b. Bimanuell palpation
- c. Vaginal ultraljudsundersökning

Byter ej HRT innan jag undersökt.

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2p

3 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen-gestagen kombinationstablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

- a. Spekulum-undersökning
- b. Bimanuell palpation
- c. Vaginal ultraljudsundersökning

Byter ej HRT innan jag undersökt.

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2p

Jag tar ett borstsmear från cervix och en endometriebiopsi.

PAD från endometriebiopsi visar sparsamt material med enstaka, benigna endometriekörtlar. Borstsmear cervix visar oklar atypi.

Hur går du vidare? 2p

4 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen-gestagen kombinationstablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

- a. Spekulum-undersökning
- b. Bimanuell palpation
- c. Vaginal ultraljudsundersökning

Byter ej HRT innan jag undersökt.

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2p

Jag tar ett borstsmear från cervix och en endometriebiopsi.

PAD från endometriebiopsi visar sparsamt material med enstaka, benigna endometriekörtlar. Borstsmear cervix visar oklar atypi.

Hur går du vidare? 2p

Planerar för hysteroskopi.

Vid hysteroskopi ser Du en fokal förändring på endometriets ventralsida. Denna avlägsnades. PAD-svaret Du fick 3 veckor senare visade cancer corporis uteri.

Hur meddelar du patienten PAD-svaret? 2p

5 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen-gestagen kombinationstablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

- a. Spekulum-undersökning
- b. Bimanuell palpation
- c. Vaginal ultraljudsundersökning

Byter ej HRT innan jag undersökt.

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2p

Jag tar ett borstsmear från cervix och en endometriebiopsi.

PAD från endometriebiopsi visar sparsamt material med enstaka, benigna endometriekörtlar. Borstsmear cervix visar oklar atypi.

Hur går du vidare? 2p

Planerar för hysteroskopi.

Vid hysteroskopi ser Du en fokal förändring på endometriets ventralsida. Denna avlägsnades. PAD-svaret Du fick 3 veckor senare visade cancer corporis uteri.

Hur meddelar du patienten PAD-svaret? 2p

Patienten informeras vid det planerade återbesöket om diagnosen.

Patienten är för övrigt frisk och önskar veta vilken behandling som rekommenderas

Vilken behandling rekommenderar du? 2p

6 (6)

På Din mottagning träffar Du en 56-årig kvinna med menopaus sedan fyra år tillbaka som önskar förnyat recept på HRT. I tre år har hon tagit en östrogen-gestagen kombinationstablett dagligen. Hon rapporterar att hon haft oregelbundna småblödningar de senaste 4 månaderna.

Vill du göra några undersökningar, och så fall vilka, eller vill du byta direkt till annan HRT? 2p

- a. Spekulum-undersökning
- b. Bimanuell palpation
- c. Vaginal ultraljudsundersökning

Byter ej HRT innan jag undersökt.

Vid spekulumundersökning ser Du en normal cervix. Vid bimanuell palpation känner du en normal uterus, inga resistenser. Ultraljudsundersökningen visar ett endometrium på 12 mm.

Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? 2p

Jag tar ett borstsmear från cervix och en endometriebiopsi.

PAD från endometriebiopsi visar sparsamt material med enstaka, benigna endometriekörtlar. Borstsmear cervix visar oklar atypi.

Hur går du vidare? 2p

Planerar för hysteroskopi.

Vid hysteroskopi ser Du en fokal förändring på endometriets ventralsida. Denna avlägsnades. PAD-svaret Du fick 3 veckor senare visade cancer corporis uteri.

Hur meddelar du patienten PAD-svaret? 2p

Patienten informeras vid det planerade återbesöket om diagnosen.

Patienten är för övrigt frisk och önskar veta vilken behandling som rekommenderas

Vilken behandling rekommenderar du? 2p

Du rekommenderar total hysterektomi och salpingoophorektomi bilateralt, planerar för operation.

Kod:.....

Gynekologi

1 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

2 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta. Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andragradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet: Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten. Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt.

IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontant gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar. Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

3 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andragradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet: Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten.

Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt. IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontan gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar.

Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancerrisk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammas bröstca. Vad säger Du? 1 p

4 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andrageradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet:. Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten.

Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt.

IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontant gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar.

Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningsstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningsstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancerrisk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammas bröstca. Vad säger Du? 1 p

Beträffande tidigare p-piller bruk ökar RR för bröstcancer till 1,24 under pågående behandling, men ingen riskökning kvarstår 5 år efter avslutad behandling.

Anamnestiskt inget som talar för ärftlig bröstcancer (BRCA 1 och BRCA 2) enligt den sk Lundaregeln. Det är endast ett och inte 3 fall under 50 års ålder (50-3).

Hereditet i sig är en riskfaktor (bland många).

Hon undrar nu om vaccination mot cellförändringar (som hon läst om i tidningar) kan vara aktuellt för henne, vad svarar Du – motivera!

Vad heter vaccinet och vad skyddar det mot ? 2 p

Du kan fortsätta ditt svar på baksidan av detta papper

5 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andrageradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet:. Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten.

Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt. IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontan gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar.

Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningsstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningsstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancerrisk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammas bröstca. Vad säger Du? 1 p

Beträffande tidigare p-piller bruk ökar RR för bröstcancer till 1,24 under pågående behandling, men ingen riskökning kvarstår 5 år efter avslutad behandling.

Anamnesticke inget som talar för ärftlig bröstcancer (BRCA 1 och BRCA 2) enligt den sk Lundaregeln. Det är endast ett och inte 3 fall under 50 års ålder (50-3).

Hereditet i sig är en riskfaktor (bland många).

Hon undrar nu om vaccination mot cellförändringar (som hon läst om i tidningar) kan vara aktuellt för henne, vad svarar Du – motivera!

Vad heter vaccinet och vad skyddar det mot ? 2 p

Vaccinet är registrerat för yngre kvinnor och bör ges före samlagsdebuten. Eftersom hon haft cellförändringar har hon redan varit smittad. Studier pågår för att se om det finns någon vinst att ge vaccination även för "äldre" kvinnor och kvinnor som haft cellförändringar. Effekten av detta är i dagsläget oklar.

Ingen indikation finns fn att ge henne vaccination.

Gardasil, det skyddar mot HPV 16 och 18 (högrisk) och HPV 6 och 11 (lågrisk; ger kondylom)

Se nästa sida för nästa fråga

6 (10)

Hon vill nu veta riskerna för blodpropp om man står på p-piller. Hur stor risk är det vid de olika kombinerade p-pillren, gestagena preparat och vad gäller för Nuvaring? Tillhör hon någon riskgrupp ? Motivera 2 p

7 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andrageradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet:. Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten.

Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt. IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontan gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar.

Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningsstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningsstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancerrisk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammas bröstca. Vad säger Du? 1 p

Beträffande tidigare p-piller bruk ökar RR för bröstcancer till 1,24 under pågående behandling, men ingen riskökning kvarstår 5 år efter avslutad behandling.

Anamnesticke inget som talar för ärftlig bröstcancer (BRCA 1 och BRCA 2) enligt den sk Lundaregeln. Det är endast ett och inte 3 fall under 50 års ålder (50-3).

Hereditet i sig är en riskfaktor (bland många).

Hon undrar nu om vaccination mot cellförändringar (som hon läst om i tidningar) kan vara aktuellt för henne, vad svarar Du – motivera!

Vad heter vaccinet och vad skyddar det mot ? 2 p

Vaccinet är registrerat för yngre kvinnor och bör ges före samlagsdebuten. Eftersom hon haft cellförändringar har hon redan varit smittad. Studier pågår för att se om det finns någon vinst att ge vaccination även för ”äldre” kvinnor och kvinnor som haft cellförändringar. Effekten av detta är i dagsläget oklar.

Ingen indikation finns fn att ge henne vaccination.

Gardasil, det skyddar mot HPV 16 och 18 (högrisk) och HPV 6 och 11 (lågrisk; ger kondylom)

Fortsättning nästa sida för fråga

8 (10)

Hon vill nu veta riskerna för blodpropp om man står på p-piller. Hur stor risk är det vid de olika kombinerade p-pillren, gestagena preparat och vad gäller för Nuvaring?

Tillhör hon någon riskgrupp ? Motivera 2 p

*Absolut risk 2 på 10 000 användar år för levonorgestrel (Neovletta) och 4 på 10 000 för desogestrel(Desolett), 5,3 på 10 000 för Nuvaring, 8 på 10 000 för cyproteronacetat (Diane). Studier pågår angående p-piller innehållande noretisteron (Trinovum, Synfase), lynestrenol(Restovar), norgestimant (Cilest) och drospiperinon (Yasmin och Yasminelle)
Inga kända trombosrisker med gestagena metoder.*

Hennes riskfaktorer: blodpropp- övervikt, ålder >35 år.

**Vilket/vilka preventivmedel, och eventuell ytterligare behandling, föreslår du Annika?
Varför ? 1 p**

9 (10)

Annika 39 år kommer för första gången till din mottagning. Hon vill ta ett cellprov och diskutera preventivmedel. Hon berättar att hon är skild, projektledare och att hon fött 2 barn -97 och -01 och opererats för ett utomkvedshavandeskap -99 och äter Levaxin. Hon hade cellförändringar -94 och opererades för detta.

Vad vill Du veta mer i anamnesen? 2 p

Hereditet- blodproppar hos någon släkting? Bröstcancer hos första och andragradssläktingar inkl ålder vid insjuknande?

Rökning? Genomgått andra operationer? Andra sjukdomar? Nuvarande preventivmedel? Tidigare preventivmedel och ev biverkningar? Mensmönster ? Blödningsmängd ? Tidigare gynekologiska sjukdomar och STI? Operations metod+ ingrepp vid X-op? Spontana graviditeter? Grad av cellförändring och uppföljning efteråt? Överkänslighet/allergier? SM? Sexliv nu? Vikt och längd ?

Följande framkommer:

Hereditet:. Moder bröstcancer vid 46 års ålder, lever fortfarande, inga andra bröstcancer fall i släkten.

Styvsyster DVT i benet vid 34 års ålder.

Röker ej. Appendektomerad vid 10 års ålder, hypothyreos med Levaxin sedan 5 år. Inga mediciner för övrigt.

IV-gravida, II-para, PN -97 och -01. Primärt infertil men blev spontan gravid. Laparoskopi med tubotomi vid extrauterin graviditet -99. En legal abort -88. Kondylom i tonåren, för övrigt inga kända STD-sjukdomar.

Hon har haft p-piller från tonåren i ca 10 år. Nu kondom som prevention. Koniserad -94 och härefter har kontroller varit ua. Hon har regelbunden mens 5-7/28-30 men blöder rikligt de första 2-3 dagarna. SM för 18 dagar sedan. Ny relation sedan 2 mån.

Vad vill Du nu undersöka i status och för övrigt utredningsmässigt, och varför? 2 p

Gynekologisk undersökning och ultraljud – mäta endometrietjocklek/tillväxt, uterus storlek, myom, ovarial cystor

Blodtryck

Vikt och längd; BMI

Om anamnesen talar för blödningstendens även koagulationsutredning.

(CD 1-7): blodstatus, APTT, INR, blödningstid, v Willebrandt faktor

Ta smear

Hb och ev S-Fe

Ev Klamydiatest

Vid undersökningen finner Du en drygt normalstor livmoder, portio status post konisation, ultraljudsmässigt endometrium 12 mm-homogen ekogenicitet (CD 18), myom ca 2 cm ventralt intramuralt, bilat ovarier normala

Blodtryck 130/85

Vikt 69 kg, 165 cm BMI 25,3

Annika undrar nu hur hennes bröstcancerrisk ser ut med hänsyn till hennes tidigare p-piller bruk och hennes mammans bröstca. Vad säger Du? 1 p

Beträffande tidigare p-piller bruk ökar RR för bröstcancer till 1,24 under pågående behandling, men ingen riskökning kvarstår 5 år efter avslutad behandling.

Anamnesticiskt inget som talar för ärftlig bröstcancer (BRCA 1 och BRCA 2) enligt den sk Lundaregeln. Det är endast ett och inte 3 fall under 50 års ålder (50-3).

Hereditet i sig är en riskfaktor (bland många).

Hon undrar nu om vaccination mot cellförändringar (som hon läst om i tidningar) kan vara aktuellt för henne, vad svarar Du – motivera!

Vad heter vaccinet och vad skyddar det mot ? 2 p

Vaccinet är registrerat för yngre kvinnor och bör ges före samlagsdebuten. Eftersom hon haft cellförändringar har hon redan varit smittad. Studier pågår för att se om det finns någon vinst att ge vaccination även för ”äldre” kvinnor och kvinnor som haft cellförändringar. Effekten av detta är i dagsläget oklar.

Ingen indikation finns fn att ge henne vaccination.

Gardasil, det skyddar mot HPV 16 och 18 (högrisk) och HPV 6 och 11 (lågrisk; ger kondylom)

Fortsätt till nästa sida

10 (10)

Hon vill nu veta riskerna för blodpropp om man står på p-piller. Hur stor risk är det vid de olika kombinerade p-pillren, gestagena preparat och vad gäller för Nuvaring?
Tillhör hon någon riskgrupp? Motivera 2 p

Absolut risk 2 på 10 000 användar år för levonorgestrel (Neovletta) och 4 på 10 000 för desogestrel(Desolett), 5,3 på 10 000 för Nuvaring, 8 på 10 000 för cyproteronacetat (Diane). Studier pågår angående p-piller innehållande noretisteron (Trinovum, Synfase), lynestrenol(Restovar), norgestim (Cilest) och drospenon (Yasmin och Yasminelle)

Inga kända trombosrisker med gestagena metoder.

Hennes riskfaktorer: blodpropp- övervikt, ålder >35 år.

Vilket/vilka preventivmedel, och eventuell ytterligare behandling, föreslår du Annika? Varför? 1 p
*Levonova- säkert prev.medel och hjälp mot menorrhagi- ingen evidens finns dock idag
beträffande bröstcancerrisk.*

*Minipiller- prev.medel och ev hjälp mot menorrhagi- ingen evidens finns dock idag
beträffande bröstcancerrisk*

Om Annika absolut vill undvika hormoner:

Barriärmetod (kondom) + Cyklokapron och/eller NSAID

Spiral i kombination med Cyklokapron eller/ och NSAID mht menorrhagin (X ej KI)

Sterilisering(?)+ Cyklokapron och/eller NSAID

Persona+ Cyklokapron och/eller NSAID

Kod:.....

1 (4)

Katharina 40 år söker dig på gyn mottagningen. Hon besväras sedan ca 3 år av tilltagande urininkontinens.

Vilka frågor vill Du ha svar på i första hand? 2p

Vilka undersökningar beställer du i första hand? 2p

2 (4)

Katharina 40 år söker dig på gyn mottagningen. Hon besväras sedan ca 3 år av tilltagande urininkontinens.

Vilka frågor vill Du ha svar på i första hand? 2p

Du frågar om vid vilka tillfällen och när under dygnet hon läcker, om hon fött barn, om hon känner trängningar, hur mycket hon läcker vid varje tillfälle, om urinvägsinfektioner.

Vilka undersökningar gör/ beställer du i första hand? 2p

Du tar urinsticka, gör en gyn undersökning (och tittar då speciellt efter uretras upphängning, prolaps, och utesluter bäckenresistens). Du prövar att göra Bonney's test. Katarina får lämna in en urinodling samt göra en hemtest (miktionslista + blöjvågningstest). Resurin kontrolleras.

Katarina har fött två barn och berättar att hon läcker mest när hon går på gympa, och det är bara då hon använder trosskydd. Hon läcker aldrig nattetid. Ibland kan hon känna trängningar speciellt om hon är på jobbet som lärare och rädd för att läcka. Hon har haft cystit vid några enstaka gånger och senast för 2 år sedan. Redia + niturstickor är negativa. Gyn undersökning visar måttligt rörlig uretra, läcker ej vid hosta men blåsan innehåller endast 5 ml resurin och Bonney's test kan ej testas. Lätt sänkning av främre vaginalväggen, men inget riktigt cystocele. Inre genitalia ua.

Vilken typ av urininkontinens förefaller mest sannolik? 1p

Finns det något i anamnes och status som inte stämmer med den diagnosen? 1p

Vad menas med Bonney's test? 1p

3 (4)

Katharina 40 år söker dig på gyn mottagningen. Hon besväras sedan ca 3 år av tilltagande urininkontinens.

Vilka frågor vill Du ha svar på i första hand? 2p

Du frågar om vid vilka tillfällen och när under dygnet hon läcker, om hon fött barn, om hon känner trängningar, hur mycket hon läcker vid varje tillfälle, om urinvägsinfektioner.

Vilka undersökningar gör/ beställer du i första hand? 2p

Du tar urinsticka, gör en gyn undersökning (och tittar då speciellt efter uretras upphängning, prolaps, och utesluter bäckenresistens). Du prövar att göra Bonney's test. Katarina får lämna in en urinodling samt göra en hemtest (miktionslista + blöjvågningstest). Resurin kontrolleras.

Katarina har fött två barn och berättar att hon läcker mest när hon går på gympa, och det är bara då hon använder trosskydd. Hon läcker aldrig nattetid. Ibland kan hon känna trängningar speciellt om hon är på jobbet som lärare och rädd för att läcka. Hon har haft cystit vid några enstaka gånger och senast för 2 år sedan. Redia + niturstickor är negativa. Gyn undersökning visar måttligt rörlig uretra, läcker ej vid hosta men blåsan innehåller endast 5 ml resurin och Bonney's test kan ej testas. Lätt sänkning av främre vaginalväggen, men inget riktigt cystocele. Inre genitalia ua.

Vilken typ av urininkontinens förefaller mest sannolik? 1p

Stressinkontinens förefaller mest sannolik.

Finns det något i anamnes och status som inte stämmer med den diagnosen? 1p

Trängningar passar inte riktigt med den diagnosen och att hon inte läcker vid hosta.

Vad menas med Bonney's test? 1p

Bonney's test innebär att man ber patienten hosta i gyn-läge, och läcker hon då lyfter man upp uretra utan att komprimera densamma. Läcker patienten inte då vid ny hoststöt säger man att testen är positiv och talar för stressinkontinens. En förutsättning är att det finns urin i blåsan.

Miktionslistan såg ut så här, och blöjvågningstest enbart måttliga läckage vid gymping.

Tidpunkt	Mängd (dl)	Läckage (x)
07.00	5,0	
9.30	2,5	
12.15	2,5	
14.30	3,0	
17.00	2,5	x (gympa)
19.00	1,5	
23.15	3,0	
Totalt: 7	20,0	1
Maxvolym	5,0	

Kan miktionslistan stämma med stressinkontinens? Motivera? 1p

Vilken behandling rekommenderar du i första hand? I andra hand om den första inte fungerar? 2 p

4(4)

Katharina 40 år söker dig på gyn mottagningen. Hon besväras sedan ca 3 år av tilltagande urininkontinens.

Vilka frågor vill Du ha svar på i första hand? 2p

Du frågar om vid vilka tillfällen och när under dygnet hon läcker, om hon fött barn, om hon känner trängningar, hur mycket hon läcker vid varje tillfälle, om urinvägsinfektioner.

Vilka undersökningar gör/ beställer du i första hand? 2p

Du tar urinsticka, gör en gyn undersökning (och tittar då speciellt efter uretras upphängning, prolaps, och utesluter bäckenresistens). Du prövar att göra Bonney's test. Katharina får lämna in en urinodling samt göra en hemtest (miktionslista + blöjvågningstest). Resurin kontrolleras.

Katharina har fött två barn och berättar att hon läcker mest när hon går på gympa, och det är bara då hon använder trosskydd. Hon läcker aldrig nattetid. Ibland kan hon känna trängningar speciellt om hon är på jobbet som lärare och rädd för att läcka. Hon har haft cystit vid några enstaka gånger och senast för 2 år sedan. Redia + niturstickor är negativa. Gyn undersökning visar måttligt rörlig uretra, läcker ej vid hosta men blåsan innehåller endast 5 ml resurin och Bonney's test kan ej testas. Lätt sänkning av främre vaginalväggen, men inget riktigt cystocele. Inre genitalia ua.

Vilken typ av urininkontinens förefaller mest sannolik? 1p

Stressinkontinens förefaller mest sannolik.

Finns det något i anamnes och status som inte stämmer med den diagnosen? 1p

Trängningar passar inte riktigt med den diagnosen och att hon inte läcker vid hosta.

Vad menas med Bonney's test? 1p

Bonney's test innebär att man ber patienten hosta i gyn-läge, och läcker hon då lyfter man upp uretra utan att komprimera densamma. Läcker patienten inte då vid ny hoststöt säger man att testen är positiv och talar för stressinkontinens. En förutsättning är att det finns urin i blåsan.

Miktionslistan såg ut så här, och blöjvågningstest enbart måttliga läckage vid gymping.

Tidpunkt	Mängd (dl)	Läckage (x)
07.00	5,0	
9.30	2,5	
12.15	2,5	
14.30	3,0	
17.00	2,5	x (gympa)
19.00	1,5	
23.15	3,0	
Totalt: 7	20,0	1
Maxvolym	5,0	

Kan miktionslistan stämma med stressinkontinens? Motivera? 1p

Miktionslistan passar bra med stressinkontinens, läckage endast dagtid vid gympa, i övrigt helt normal.

Vilken behandling rekommenderar du i första hand? I andra hand om den första inte fungerar? 2 p

Du rekommenderar patienten bäckenbottenmuskelträning, och om detta inte hjälper utredning med urodynamik och sedan troligen operation ex med TVT-plastik.

Evidensbaserad medicin

1 (10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras. Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen
(Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a)Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning. 1p

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga? 1p

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord. 1p

2 (10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen (Just nu bortser vi från den information som finns på Läke-medelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning.

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

a) *Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?*

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga?

Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord.

Cochrane Library, PubMed

Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

a) Varför finns det inga studier på cervixcancer? 0,5 p

b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer) 1p

3 (10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen (Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning. 1p

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

a) Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga? 1p

Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord. 1p

Cochrane Library, PubMed

Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

a) Varför finns det inga studier på cervixcancer? 0,5p

a) Tidsaspekten, cervixcancer utvecklas under lång tid, svårt att bedriva studier under så lång tid. Kräver i allmänhet också mycket större studier om det egentliga utfallet är sällsynt. Kan vara etiskt diskutabelt om det finns ett starkt stöd för interventionen

b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer) 1p

b) Det måste finnas ett känt samband mellan surrogatmättet och det utfallsmått som är av egentligt intresse (patientrelaterade effektmått) Det måste också vara sannolikt att ett gynnsamt utfall i surrogatmättet också ger ett gynnsamt utfall i det utfallsmått som är av egentligt intresse.

Du bestämmer dig för att i brist på studier som visat utfall på cervixcancer så är studier som använt CIN som surrogatmått mest intressant, och du hittar en sådan studie.

Studien är en uppföljning av en tidigare publicerad studie omfattande totalt 2391 kvinnor.

Se bifogat abstrakt (Mao et al, Obstet Gynecol 2006; 107: 18-27)

Besvara utifrån uppgifterna i abstraktet följande frågor.

Se nästa sida för frågor

4 (10)

- a) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den ovaccinerade gruppen?
- b) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den vaccinerade gruppen?
- c) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i absoluta tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?
- d) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i relativa tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?
- e) Beräkna numbers needed to treat (NNT) för CIN 2-3 resp. för persisterande HPV infektion.

a – e ger 3 poäng

I svaret bör framgå hur siffrorna beräknats. Rätt uppställda formler krävs för fullt godkänt svar, eventuella räknefel spelar mindre roll.

5 (10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen (Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning.

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

a) Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga?

Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord.

Cochrane Library, PubMed

Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

a) Varför finns det inga studier på cervixcancer?

a) Tidsaspekten, cervixcancer utvecklas under lång tid, svårt att bedriva studier under så lång tid. Kräver i allmänhet också mycket större studier om det egentliga utfallet är sällsynt. Kan vara etiskt diskutabelt om det finns ett starkt stöd för interventionen

b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer)

b) Det måste finnas ett känt samband mellan surrogatmålet och det utfallsmått som är av egentligt intresse (patientrelaterade effektmått) Det måste också vara sannolikt att ett gynnsamt utfall i surrogatmålet också ger ett gynnsamt utfall i det utfallsmått som är av egentligt intresse.

Du bestämmer dig för att i brist på studier som visat utfall på cervixcancer så är studier som använt CIN som surrogatmål mest intressant, och du hittar en sådan studie.

Studien är en uppföljning av en tidigare publicerad studie omfattande totalt 2391 kvinnor.

Se bifogat abstrakt (Mao et al, Obstet Gynecol 2006; 107: 18-27)

Besvara utifrån uppgifterna i abstraktet följande frågor.

a) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den ovaccinerade gruppen?

Absoluta risken för CIN 2-3 var 1.6% ($12/750 = 0.016$) och för persisterande HPV 14.8% ($111/750 = 0.148$) i den ovaccinerade gruppen.

Fortsätt nästa sida

6(10)

b) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den vaccinerade gruppen?

I den vaccinerade gruppen var risken för CIN 2-3 0% (0/750) och för persisterande HPV 0.9% (7/750= 0.009) i den vaccinerade gruppen.

c) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i absoluta tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

Den absoluta riskskillnaden för CIN 2-3 var 1.6% (1.6-0) och för persisterande HPV 13.9% (14.8-0.9).

d) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i relativa tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

Den relativa effekten av vaccinet för CIN 2-3 var 1.0 ((1.6-0)/1.6) och för persisterande HPV 0.94 (13.9/14.8).

e) Beräkna numbers needed to treat (NNT) för CIN 2-3 resp. för persisterande HPV infektion. I svaret bör framgå hur siffrorna beräknats. Rätt uppställda formler krävs för fullt godkänt svar, eventuella räknefel spelar mindre roll.

NNT för CIN 2-3 var 62 (1/0.016) och för persisterande HPV 7 (1/0.139).

I abstraktet kan du se att effekten av vaccinet, angivet som "vaccine efficacy", var 100% (95% confidence interval 65 – 100) för CIN 2-3, resp. 94% (confidence interval 88-98%) för persisterande HPV infektion.

Förklara vad ett konfidensintervall är.

7(10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen (Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning.

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

a) Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga?

Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord.

Cochrane Library, PubMed

Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

a) Varför finns det inga studier på cervixcancer?

a) Tidsaspekten, cervixcancer utvecklas under lång tid, svårt att bedriva studier under så lång tid. Kräver i allmänhet också mycket större studier om det egentliga utfallet är sällsynt. Kan vara etiskt diskutabelt om det finns ett starkt stöd för interventionen

b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer)

b) Det måste finnas ett känt samband mellan surrogatmålet och det utfallsmått som är av egentligt intresse (patientrelaterade effektmått) Det måste också vara sannolikt att ett gynnsamt utfall i surrogatmålet också ger ett gynnsamt utfall i det utfallsmått som är av egentligt intresse.

Du bestämmer dig för att i brist på studier som visat utfall på cervixcancer så är studier som använt CIN som surrogatmått mest intressant, och du hittar en sådan studie.

Studien är en uppföljning av en tidigare publicerad studie omfattande totalt 2391 kvinnor.

Se bifogat abstrakt (Mao et al, Obstet Gynecol 2006; 107: 18-27)

Besvara utifrån uppgifterna i abstraktet följande frågor.

a) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den ovaccinerade gruppen?

Absoluta risken för CIN 2-3 var **1.6%** ($12/750 = 0.016$) och för persisterande HPV **14.8%** ($111/750 = 0.148$) i den ovaccinerade gruppen.

8(10)

b) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den vaccinerade gruppen?

I den vaccinerade gruppen var risken för CIN 2-3 **0%** (0/750) och för persisterande HPV **0.9%** (7/750=0.009) i den vaccinerade gruppen.

c) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i absoluta tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

c) Den absoluta riskskillnaden för CIN 2-3 var **1.6%** (1.6-0) och för persisterande HPV **13.9%** (14.8-0.9).

d) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i relativa tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

d) Den relativa effekten av vaccinet för CIN 2-3 var **1.0** ((1.6-0)/1.6) och för persisterande HPV **0.94** (13.9/14.8).

e) Beräkna numbers needed to treat (NNT) för CIN 2-3 resp. för persisterande HPV infektion.

I svaret bör framgå hur siffrorna beräknats. Rätt uppställda formler krävs för fullt godkänt svar, eventuella räknefel spelar mindre roll.

e) NNT för CIN 2-3 var **62** (1/0.016) och för persisterande HPV **7** (1/0.139).

I abstraktet kan du se att effekten av vaccinet, angivet som "vaccine efficacy", var 100% (95% confidence interval 65 – 100) för CIN 2-3, resp. 94% (confidence interval 88-98%) för persisterande HPV infektion.

Förklara vad ett konfidensintervall är.

Ett 95%-igt konfidensintervall anger med 95% sannolikhet inom vilka gränser det sanna värdet ligger.

Vilket svar ger du modern?

9(10)

Du blir kontaktad på din mottagning av mamman till en 13-årig flicka. Mamman har läst om vaccin mot cervixcancer och vill diskutera med dig om hennes dotter bör vaccineras.

Hon undrar hur stor risken för cervixcancer är och hur mycket den kan påverkas med vaccinet, och om det finns några risker med vaccinet.

Du har läst informationen om Gardasil, det nyligen registrerade vaccinet, och som du minns det var det goda resultat med vaccinet. Du inser dock att du inte riktigt kommer ihåg detaljerna, och för att kunna besvara mammans frågor mer noggrant lovar du att återkomma med besked då du inhämtat mer information.

Du börjar med att gå till Socialstyrelsens hemsida/Epidemiologiskt centrum/ och finner där i cancerregistret (Cancer Incidence in Sweden) och Dödsorsaksregistret att cirka 450 kvinnor insjuknar och 150 – 200 dör årligen i cervixcancer.

För att få mer information om effekten av vaccinering beslutar du att söka vidare i litteraturen (Just nu bortser vi från den information som finns på Läkemedelsverkets och C-ARG:s hemsida)

a) Formulera en fokuserad frågeställning som stöd för din litteratursökning.

Använd gärna följande format för din frågeställning:

Patient/population (vilken patientgrupp/population gäller din fråga?)

Intervention (vilken intervention är aktuell?)

Jämfört med (vad skall interventionen jämföras med?)

Utfall (vilket utfallsmått avses att påverka med interventionen?)

a) Hos unga flickor som ännu inte infekterats med HPV, kan vaccin mot HPV minska risken för cervixcancer jämfört om man inte vaccinerar?

b) Vilken/vilka typ av studie(r) besvarar bäst din fråga?

Randomiserade kontrollerade studier där utfall för en vaccinerad grupp jämförts med utfall för en icke-vaccinerad grupp

c) Ange vilka databaser du i första hand skulle söka information i, och möjliga sökord.

Cochrane Library, PubMed

Human papillomavirus, vaccine, uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia

Du hittar vid din sökning inga studier som studerat effekten av vaccin på cervixcancer, men några som studerat utfallet på CIN respektive persisterande HPV infektion.

a) Varför finns det inga studier på cervixcancer?

a) Tidsaspekten, cervixcancer utvecklas under lång tid, svårt att bedriva studier under så lång tid. Kräver i allmänhet också mycket större studier om det egentliga utfallet är sällsynt. Kan vara etiskt diskutabelt om det finns ett starkt stöd för interventionen

b) Vad ska man generellt tänka på om studier redovisar sk surrogat eller intermediärmått (i detta fall CIN resp HPV) som utfall istället för det som är det egentliga syftet med behandlingen (cervixcancer)

b) Det måste finnas ett känt samband mellan surrogatmålet och det utfallsmått som är av egentligt intresse (patientrelaterade effektmått) Det måste också vara sannolikt att ett gynnsamt utfall i surrogatmålet också ger ett gynnsamt utfall i det utfallsmått som är av egentligt intresse.

Du bestämmer dig för att i brist på studier som visat utfall på cervixcancer så är studier som använt CIN som surrogatmått mest intressant, och du hittar en sådan studie.

Studien är en uppföljning av en tidigare publicerad studie omfattande totalt 2391 kvinnor.

Se bifogat abstrakt (Mao et al, Obstet Gynecol 2006; 107: 18-27)

Besvara utifrån uppgifterna i abstraktet följande frågor.

a) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den ovaccinerade gruppen?

Absoluta risken för CIN 2-3 var **1.6%** ($12/750 = 0.016$) och för persisterande HPV **14.8%** ($111/750 = 0.148$) i den ovaccinerade gruppen.

Fortsätt på nästa sida.

10(10)

b) Vilken var den absoluta risken att insjukna i CIN 2-3 resp. persisterande HPV infektion i den vaccinerade gruppen?

I den vaccinerade gruppen var risken för CIN 2-3 **0%** (0/750) och för persisterande HPV **0.9%** (7/750=0.009) i den vaccinerade gruppen.

c) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i absoluta tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

c) Den absoluta riskskillnaden för CIN 2-3 var **1.6%** (1.6-0) och för persisterande HPV **13.9%** (14.8-0.9).

d) Vilken var effekten av vaccinet uttryckt i relativa tal avseende risken för att utveckla CIN 2-3 resp. persisterande HPV?

d) Den relativa effekten av vaccinet för CIN 2-3 var **1.0** ((1.6-0)/1.6) och för persisterande HPV **0.94** (13.9/14.8).

e) Beräkna numbers needed to treat (NNT) för CIN 2-3 resp. för persisterande HPV infektion.

I svaret bör framgå hur siffrorna beräknats. Rätt uppställda formler krävs för fullt godkänt svar, eventuella räknepel spelar mindre roll.

e) NNT för CIN 2-3 var **62** (1/0.016) och för persisterande HPV **7** (1/0.139).

I abstraktet kan du se att effekten av vaccinet, angivet som "vaccine efficacy", var 100% (95% confidence interval 65 – 100) för CIN 2-3, resp. 94% (confidence interval 88-98%) för persisterande HPV infektion.

Förklara vad ett konfidensintervall är.

Ett 95%-igt konfidensintervall anger med 95% sannolikhet inom vilka gränser det sanna värdet ligger.

Vilket svar ger du modern?

Du informerar modern om att idag insjuknar i Sverige årligen cirka 400-500 kvinnor och 150 – 200 dör i cervixcancer.

Du ger henne information om att det vaccin som finns registrerat är verksamt mot det virus som beräknas orsaka cirka 70 % av alla fall av cancer i livmoderhalsen. Hittills har man inte kunna visa vilken effekt vaccinationen har på insjuknandet i cervixcancer men eftersom det har en mycket god effekt på de allvarliga former av cellförändringar (CIN2-3) som utgör förstadier till cervixcancer finns det grundad anledning att tro att vaccinet också ska minska antalet fall av insjuknande i cervixcancer.

Inga allvarliga biverkningar är förknippade med vaccinet (framgår ej av bifogat abstrakt)

Vi ännu inte vet om vaccinet behöver upprepas, ännu så länge är uppföljningstiden drygt 4 år.

Bäst är effekten om vaccinet ges till kvinnor som ännu inte kan ha kommit i kontakt med HPV-viruset, dvs hos unga kvinnor som inte debuterat sexuellt.

Du bör också diskutera med modern att vaccination inte ersätter cytologprovsscreeningen, eftersom vaccinationen inte skyddar mot alla former av cervixcancer. även om vi idag inte säkert kan säga vilken utformningen den kan komma att ha när henens dotter blir vuxen.

Av svaret bör också framgå att det idag ännu inte finns beslut om HPV-vaccinet ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet och att den som vaccineras själv får stå för kostnaderna

1 (7)

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det?

0,5 p

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har?

0,5 p

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän?

1 p

2 (7)

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det?

Body Mass Index. Beräknas med formeln vikt (kg)/längd (m)²=BMI kg/m²

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har?

Viktclasser	Män	Kvinnor
Undervikt	mindre än 20	mindre än 18,6
Normalvikt	20,0–25,0	18,6–23,8
Övervikt	25,0–30,0	23,8–28,6
Fetma	Mer än 30	Mer än 28,6

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän?

Undersöka höfter och knän kliniskt, bedömer vad svullnaden kan bero på, ledsvullnad eller annan svullnad. Överväga om det kan vara frågan om djup ventrombos. Testa om det även föreligger tecken till symfyseolysbesvär. Kryckor för att avlasta knän, höfter och bäcken. Remiss till sjukgymnast för att få hjälp med avlastning och träning samt symfyseolysbälte om hon bedöms ha symfyseolysbesvär. Remiss till dietist.

Det blir som i svaret ovan. Hon går från mottagningen med kryckor och med remisser till både sjukgymnast och dietist. Elin berättar att hon är orolig inför förlossningen. Rädd för smärtan och att hennes ångest skall göra att hon tappar kontrollen.

Vilka problem ser du med Elins graviditet och förlossning?

2 p

3 (7)

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det?

Body Mass Index. Beräknas med formeln $\text{vikt (kg)}/\text{längd (m)}^2 = \text{BMI kg/m}^2$

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har?

Viktclasser	Män	Kvinnor
Undervikt	mindre än 20	mindre än 18,6
Normalvikt	20,0–25,0	18,6–23,8
Övervikt	25,0–30,0	23,8–28,6
Fetma	Mer än 30	Mer än 28,6

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän?

Undersöka höfter och knän kliniskt, bedömer vad svullnaden kan bero på, ledsvullnad eller annan svullnad. Eventuell röntgen av knän för att utesluta skelettskada eller broskreduktion. Testa om det även föreligger tecken till symfyseolysbesvär. Kryckor för att avlasta knän, höfter och bäcken. Remiss till sjukgymnast för att få hjälp med avlastning och träning samt symfyseolysbälte om hon bedöms ha symfyseolysbesvär. Remiss till dietist.

Det blir som i svaret ovan. Hon går från mottagningen med kryckor och med remisser till både sjukgymnast och dietist. Elin berättar att hon är orolig inför förlossningen. Rädd för smärtan och att hennes ångest skall göra att hon tappar kontrollen.

Vilka problem ser du med Elins graviditet och förlossning?

Många problem. Dels kommer belastningsproblematiken att öka vilket kommer att göra henne mindre rörlig med bland annat ökad risk för djup ventrombos och att vikten kan öka ytterligare. Fetma ökar risken för preeklampsi och graviditetsdiabetes. Stor risk att hon behöver vara sjukskriven under stora delar av graviditeten.

Beträffande förlossningen så är vaginal förlossning att föredra. Alla komplikationer blir farligare och ingrepp blir mer riskfyllda på kvinnor med adipositas. Vid kejsarsnitt ökar risken för både kirurgiska och postoperativa komplikationer dramatiskt.

Elin kommer akut till förlossningen i graviditesvecka 31. Klockan är 03.40. Hon har rejäl huvudvärk, mår illa och tycker hon svullnat senaste veckan. Hon tycker dessutom att barnet rört sig mindre. Blodtrycket är 170/110. Lätt stegrade reflexer. 3+ äggvita i urinen, i övrigt blank sticka. CTG visar en acceptabel kurva men inga säkra accelerationer. Med ultraljud ser du ett foster i längsläge med huvud som föregående fosterdel. Normal mängd fostervatten. Viktskattning är svår att göra men dina mätningar visar -29 %. Fostret ligger helt stilla, inga andningsrörelser eller andra rörelser.

Vad är detta och hur handlägger du det hela?

3 p

4 (7)

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det?

Body Mass Index. Beräknas med formeln $\text{vikt (kg)}/\text{längd (m)}^2 = \text{BMI kg/m}^2$

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har?

Viktclasser	Män	Kvinnor
Undervikt	mindre än 20	mindre än 18,6
Normalvikt	20,0–25,0	18,6–23,8
Övervikt	25,0–30,0	23,8–28,6
Fetma	Mer än 30	Mer än 28,6

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän?

Undersöka höfter och knän kliniskt, bedömer vad svullnaden kan bero på, ledsvullnad eller annan svullnad. Eventuell röntgen av knän för att utesluta skelettskada eller broskreduktion. Testa om det även föreligger tecken till symfyseolysbesvär. Kryckor för att avlasta knän, höfter och bäcken. Remiss till sjukgymnast för att få hjälp med avlastning och träning samt symfyseolysbälte om hon bedöms ha symfyseolysbesvär. Remiss till dietist.

Det blir som i svaret ovan. Hon går från mottagningen med kryckor och med remisser till både sjukgymnast och dietist. Elin berättar att hon är orolig inför förlossningen. Rädd för smärtan och att hennes ångest skall göra att hon tappar kontrollen.

Vilka problem ser du med Elins graviditet och förlossning?

Många problem. Dels kommer belastningsproblematiken att öka vilket kommer att göra henne mindre rörlig med bland annat ökad risk för djup ventrombos och att vikten kan öka ytterligare. Fetma ökar risken för preeklampsi och graviditetsdiabetes. Stor risk att hon behöver vara sjukskriven under stora delar av graviditeten.

Beträffande förlossningen så är vaginal förlossning att föredra. Alla komplikationer blir farligare och ingrepp blir mer riskfyllda på kvinnor med adipositas. Vid kejsarsnitt ökar risken för både kirurgiska och postoperativa komplikationer dramatiskt.

Elin kommer akut till förlossningen i graviditetsvecka 31. Klockan är 03.40. Hon har rejäl huvudvärk, mår illa och tycker hon svullnat senaste veckan. Hon tycker dessutom att barnet rört sig mindre. Blodtrycket är 170/110. Lätt stegrade reflexer. 3+ äggvita i urinen, i övrigt blank sticka. CTG visar en acceptabel kurva men inga säkra accelerationer. Med ultraljud ser du ett foster i längsläge med huvud som föregående fosterdel. Normal mängd fostervatten. Viktskattning är svår att göra men dina mätningar visar -29 %. Fostret ligger helt stilla, inga andningsrörelser eller andra rörelser.

Vad är detta och hur handlägger du det hela?

3 p

Preeklampsi. Blodprov, kontrollerar Hb, Trombocyter, ALAT, Urat, APTT, INR, D-dimer mm. Avvakta provsvar. Ordinerar vila, sängläge+toa. Kontroll av blodtrycket en gång/timme tre timmar framåt, därefter ställningstagande till ev blodtrycksmedicinering.

Fortsatt CTG-registrering. Urinsamling för att kvantifiera proteinuri. Påtittning av dig som jourläkare relativt ofta för klinisk bedömning med kontroll av reflexer.

Provsvaret visar bland annat Hb 93, trombocyter 56×10^9 (ref:165-387), ALAT 4.23 mikrokatal/L (ref:<0,76), Urat 488 mikromol/L (ref:155-350), APTT 31 s (ref:28-40), INR 1,6 INR (ref:<1,2), 1,6, D-dimer 5,5 mg/L (ref <0,25). Upprepade mätningar av blodtrycket har visat 165/105, 185/114 samt senast 180/112. Reflexer som tidigare. Smärtor under höger arcus. Förnyat ultraljud med flödesmätning visar bla ett klass 2-flöde. CTG visar tendens till spontana decelerationer, inga accelerationer, nedsatt variabilitet och basalfrekvens 165.

Vad lider patienten av, vad betyder detta och hur handlägger du situationen? 3 p

Skriv svar nästa sida som är tom

5(7)

Kod:.....

6 (7)

Du träffar Elin 25 år på MVC. Hon är primigravida i vecka 24. Graviditeten har så här långt förlöpt ganska väl. Hennes stora problem är nu smärtor från bäcken, höfter och knän. Hon har sedan tidigare periodvis lidit av svullna och ömma knän men nu är det värre än någonsin. Elin vägde 132 kg vid inskrivningen i vecka 9. Hon är 163 cm lång. I samband med detta besök väger hon 141 kg.

Vad står BMI för och hur beräknas det?

Body Mass Index. Beräknas med formeln $\text{vikt (kg)}/\text{längd (m)}^2 = \text{BMI kg/m}^2$

Till vilken kategori räknas Elin med det BMI hon har?

Viktclasser	Män	Kvinnor
Undervikt	mindre än 20	mindre än 18,6
Normalvikt	20,0–25,0	18,6–23,8
Övervikt	25,0–30,0	23,8–28,6
Fetma	Mer än 30	Mer än 28,6

Hur handlägger du hennes onda bäcken, höfter och knän?

Undersöka höfter och knän kliniskt, bedömer vad svullnaden kan bero på, ledsvullnad eller annan svullnad. Eventuell röntgen av knän för att utesluta skelettskada eller broskreduktion. Testa om det även föreligger tecken till symfyseolysbesvär. Kryckor för att avlasta knän, höfter och bäcken. Remiss till sjukgymnast för att få hjälp med avlastning och träning samt symfyseolysbälte om hon bedöms ha symfyseolysbesvär. Remiss till dietist.

Det blir som i svaret ovan. Hon går från mottagningen med kryckor och med remisser till både sjukgymnast och dietist. Elin berättar att hon är orolig inför förlossningen. Rädd för smärtan och att hennes ångest skall göra att hon tappar kontrollen.

Vilka problem ser du med Elins graviditet och förlossning?

Många problem. Dels kommer belastningsproblematiken att öka vilket kommer att göra henne mindre rörlig med bland annat ökad risk för djup ventrombos och att vikten kan öka ytterligare. Fetma ökar risken för preeklampsi och graviditetsdiabetes. Stor risk att hon behöver vara sjukskriven under stora delar av graviditeten.

Beträffande förlossningen så är vaginal förlossning att föredra. Alla komplikationer blir farligare och ingrepp blir mer riskfyllda på kvinnor med adipositas. Vid kejsarsnitt ökar risken för både kirurgiska och postoperativa komplikationer dramatiskt.

Elin kommer akut till förlossningen i graviditetsvecka 31. Klockan är 03.40. Hon har rejäl huvudvärk, mår illa och tycker hon svullnat senaste veckan. Hon tycker dessutom att barnet rört sig mindre. Blodtrycket är 170/110. Lätt stegrade reflexer. 3+ äggvita i urinen, i övrigt blank sticka. CTG visar en acceptabel kurva men inga säkra accelerationer. Med ultraljud ser du ett foster i längsläge med huvud som föregående fosterdel. Normal mängd fostervatten. Viktskattning är svår att göra men dina mätningar visar -29 %. Fostret ligger helt stilla, inga andningsrörelser eller andra rörelser.

Vad är detta och hur handlägger du det hela?

Preeklampsi. Blodprov, kontrollerar Hb, Trbc, ALAT, Urat, APTT, INR, D-dimer mm. Avvakta provsvar. Ordinerar vila, sängläge+toa. Kontroll av blodtrycket en gång/ timma tre timmar framåt, därefter ställningstagande till ev blodtrycksmedicinering. Fortsatt CTG-registrering. Urinsamling för att kvantifiera proteinuri. Påtittning av dig som jourläkare relativt ofta för klinisk bedömning med kontroll av reflexer. Provsvar visar bland annat Hb 93, trombocyter $56 \times 10^9/L$ (ref:165-387), ALAT 4.23 mikrokatal/L (ref:<0,76), Urat 488 mikromol/L (ref:155-350), APTT 31 s (ref:28-40), INR 1,6 INR (ref:<1,2), 1,6, D-dimer 5,5 mg/L (ref <0,25). Upprepade mätningar av blodtrycket har visat 165/105, 185/114 samt senast 180/112. Reflexer som tidigare. Smärtor under höger arcus. Förnyat ultraljud med flödesmätning visar bla ett klass 2-flöde. CTG visar tendens till spontana decelerationer, inga accelerationer, nedsatt variabilitet och basalfrekvens 165.

Vad lider patienten av, vad betyder detta och hur handlägger du situationen?

HELLP syndromet (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). Detta innebär att hon är rejält sjuk. Man ser en anemi som möjligen beror på hemolys samt påverkad koagulation och förhöjda levervärden. Vidare ses en låg koncentration av trombocyter, sannolikt beroende på att de förbrukas. Patienten bör förlösas akut, dvs inom några timmar och kejsarsnitt är det enda alternativet med tanke på viss fosterljudspåverkan och ett klass 2-flöde. Som operatör bör man ha en van assistent, på grund av patientens fetma och risken för atoni och blödningar. Risken finns att man i samband med kejsarsnittet utlöser en kaskad av händelser som gör att koagulationsfaktorerna snabbt förbrukas och blodet slutar att koagulera. Beredskap med blodprodukter såsom plasma, e-konc och eventuellt även trombocyt koncentrat. Patienten bör vårdas på intensivvårdsavdelning till

Kod:.....

dess läget är stabilt och återhämtning påbörjats, ofta 1-2 dygn. Man måste vara extra noggrann när man syr igen buken. Patenten bör ha gördel som stöd för såret under 2-3 dygn postoperativt