



Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2015

Skrivningstid 10.00-15.00

**OBS! Disponera er tid! Skrivningstiden kommer inte förlängas.
Endast kortsvar krävs.**

Maxpoäng 120

Lycka till!

Fråga 1

Emma är 33 år och väntar sitt första barn. BMI: 42. Hon mår bra, förutom illamående. I samband med inskrivningen (graviditetsvecka 9) på mödravårdscentralen togs tyroidea screeningsprov på grund av ärftlighet för hypotyreos. Du får bedöma hennes provsvar och ser att TSH (tyroideastimulerande hormon)-värdet är lägre än referensvärdet (TSH: 0,2 mIE/L; referensvärden på labb-listan: 0,4-4,0 mIE/L).

a) Hur bedömer du värdet? Vad tror du är den mest sannolika orsaken till att TSH ligger så lågt? Vidare utredning? Motivera. (3p)

Svar: Normalt värde (eventuellt lätt gestationell hypertyreos). Humant koriongonadotropin (HCG) och TSH har strukturella likheter. HCG kan därför binda sig till TSH-receptorn. HCG från placenta når sin högsta nivå under den första trimestern och kan leda till förhöjda T4-nivåer och sänkta TSH-nivåer (via feed back). Hos cirka 20 % blir påverkan så stor så att TSH sjunker till under referensnivån. Enligt SFOG's nya guideline är nedre referensnivån på TSH 0.1 mIE/L i första trimestern. Någon ytterligare utredning behövs inte.

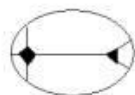
Du är jour på förlossningen då Emma kommer in med värkar i fullgången tid. Den barnmorska som handlägger Emma kommer till dig, då hon tror att fostret ligger i hög rakställning.

b) Vad är hög rakställning? Beskriv fostrets rotationer i samband med en normal förlossning (till förlossning i framstupa kronbjudning) – rita gärna! (5p)

Svar: Hög rakställning: fosterhuvudet ställer in sig i bäckeningången med sutura sagittalis i mittvidd (jmf nedan).

Normal förlossning: Förlossningsstart: Sutura sagittalis står i tvärvidd i eller strax ovan bäckeningången

A. Flektion av huvudet då huvudet står i bäckeningången



B. Intern rotation av huvudet då sutura sagittalis vrids till mittvidd (skruvliknande rörelse ned genom bäckenet). Lilla fontanellen vrids mot mammans symfys.

C.



D. Framfödande av huvudet och extension av nacken under symfyssen

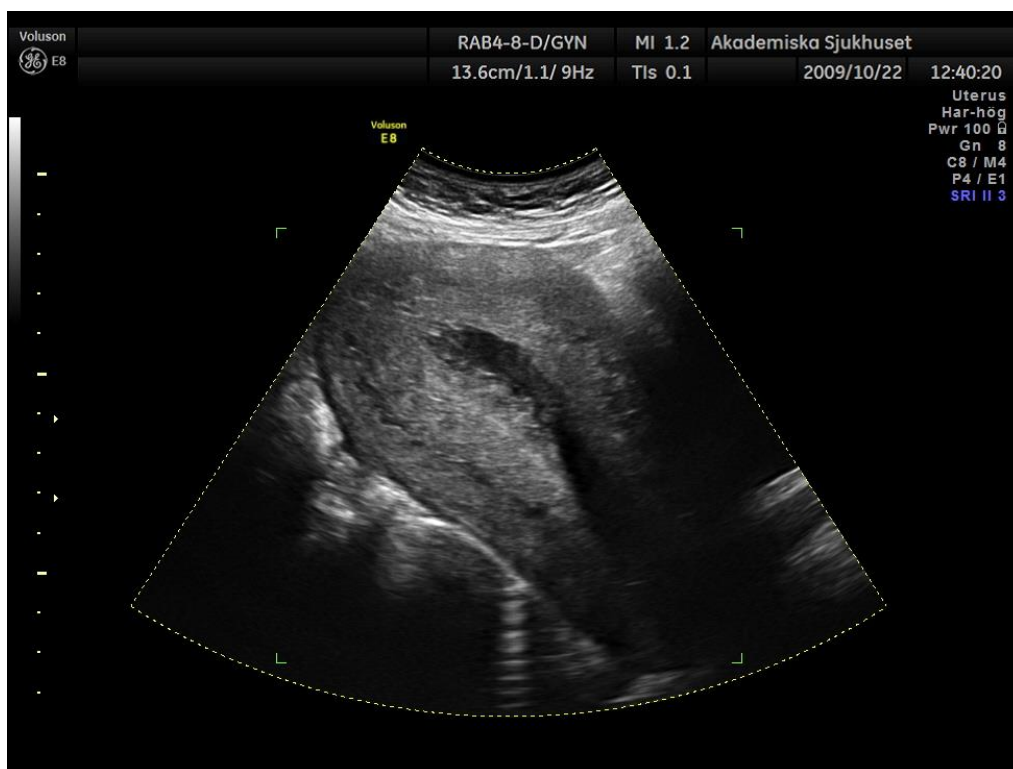
E. Yttre rotation av huvudet och axlarnas framfödande. Framre axeln bjuder sig först.

Emma blev normalförlöst. 10 dagar postpartum söker Emma då hon tycker att hennes vaginala blödning ökat i mängd sedan ett par dagar. När du gyn-undersöker henne ser du en mensliknande blödning ur cervix. Uterus är lätt ömmande och svår att avgränsa vid palpation (troligen på grund av Emmas övervikt). Emma har ingen feber, kapillärt Hb: 105, kapillärt CRP: 17. Du utför en ultraljudsundersökning och får följande bild.

c) Hur bedömer du bilden (normal eller onormal)? Vad finns det för risker med postpartumexeres? (2p)

Svar: Normalbild av uterus 10 dagar postpartum. Uterus innehåller då vätska/blandat eko. Eventuella placentarester brukar ses som en avgränsat hyperekokogen massa utan vätskekomponent.

Postpartum exeres bör endast utföras på strikt indikation då perforationsrisken är betydligt högre vid puerperal curettage än vid exeres efter abort. Det finns även risk för infektion och sammanväxningar (Ashermans syndrom).



Fråga 2.

Latifa är tidigare frisk, normalviktig och icke-rökare samt 43 år. Hon väntar sitt första barn efter IVF. Hon är gravid i v 29+5. Du träffar henne på förlossningsmottagningen, dit hon kommer efter ett MVC besök, där man upptäckt ett blodtryck på 160/100 mmHg och 2+ proteinuri, 1+ hematuri. Latifa känner sig trött och svullen och har lite ont i ryggen samt ett tryck över pannan. Du misstänker att detta rör sig om en pre-eklampsi.

a) Hur handlägger du detta rent praktiskt nu på mottagningen (utöver utvidgad anamnes)? Ange högst 4 åtgärder! (4 p)

Svar: Bekräfta att blodtryck är fortsatt högt och om över 150/100, ord BT sänkande LM, i första hand po behandling med tex Trandate el Ca- blockare el Hydralazin

Ultraljud, fotklonus

CTG: (doortest) skall tas på alla som kommer till en förlossningsmottagning med misstänkt graviditetskomplikation

Labprover: Hb, TPK, ALAT, urat och krea

Överväg inläggning och Betapred behandling

Latifa och hennes man har flera frågor om pre-eklampsi, bland annat om hur vanligt det är, vilka riskfaktorer som finns samt om man hade kunnat göra något för att undvika detta. Vad svarar du avseende:

b) Incidensen av pre-eklampsi? (1 p)

Svar: 3-7% av gravida drabbas

c) Vilka riskfaktorer har identifierats för att utveckla pre-eklampsi? (3 p, 0,5 per rätt svar)

Svar: Högt BMI, hög och låg maternell ålder, etnicitet (Afrikanska kvinnor har högre risk), flerbörd, hereditet, ny partner, långt mellan graviditeter, diabetes, tidigare högt blodtryck, njursjukdom, antifosfolipidsyndrom, vissa autoimmuna sjukdomar tex SLE

d) Vad finns det för förebyggande behandling för att minska risken för pre-eklampsi? Borde Latifa fått den? (2p)

Svar: Det finns idag inga rekommendationer av primär eller sekundär profylax till kvinnor som Latifa. SFOG rekommenderar endast ASA profylax 75 mg x 1 till kvinnor som klassas som hög risk för PE, dvs. om de tidigare haft svårt PE/ IUGR, kronisk njursjukdom, diabetes med kärlkomplikationer, autoimmuna sjukdomar så som SLE och antifosfolipidsyndrom. Ej heller finns det vetenskapligt underlag för att rekommendera särskilda livsstilsråd eller kostråd inkl folsyra om kvinnan inte tillhör en högrisk grupp. Begränsa sin viktuppgång.

Fråga 3.

35-åriga Sofia förlöstes 2003 med ett akut sectio pga hotande fosterasfyxi. 2005 inducerades hon i fullgången tid, då hon kände stor oro inför förlossningen och hur det skulle gå med barnet. Hon blev vaginalförlöst, men 2008 genomgick hon ett elektivt sectio pga sekundär förlossningsrädsla. Sofia fick diagnosen SLE 2010 med lungengagemang samt periodvis led- och hudbesvär. Hon väntar nu sitt fjärde barn och kommer till dig på specialistmödravården för graviditetsplanering. Sofia är nu i graviditetsvecka 13+0.

a) Innebär Sofias graviditet några särskilda risker som du skall ta hänsyn till (både vad det gäller mor och barn och både vad det gäller nuläget, under graviditet, förlossningen och i puerperiet)? 4 svar i punktform. (4p)

Svar: Ökad skovrisk (13-60% - störst risk om aktiv sjukdom redan i början av graviditeten – penetrera anamnesen). Skoven kan vara svåra att skilja från preeklampsi, ökad risk om påverkad njurfunktion vid graviditetens början (glomerulonefrit – penetrera anamnesen). Ökad missfallsrisk, ökad risk för prematurbörd. Trombosrisk samt ökad risk IUGR och IUFD om pos. Kardiolipin- eller antifosfolipidantikroppar. Ökad risk för AV-block hos barnet om pos SS-A och SS-B. Ökad risk för uterusruptur. Komplikationer pga adherenser vid förnyat sectio. Ökad risk för avvikande fosterläge pga flerföderska. Ökad risk för SLE-skov i puerperiet.

b) Hur lägger du upp din plan för hur du skall följa henne under hennes graviditet med hänsyn till eventuella riskfaktorer och hennes grundsjukdom SLE (provtagning, undersökningar, kontroller, ev. medicinering)? 4 svar i punktform. (4p)

Svar: Kontroll av njurfunktion, blodtryck, kardiolipin- och fosfolipidantikroppar, SS-A och SS-B- antikroppar. Kontroll av fostertillväxt och ev. lågdos ASA. Trombosprofylax om pos. kardiolipin- och fosfolipidantikroppar. Kontroll av barnet om pos. SS-A och SS-B. Ökad uppmärksamhet avseende utveckling av preeklampsi.

Sofia får så småningom en liten gosse där barnmorskan noterar APGAR 4/7/7 i gossens FV2-mapp.

c) Vad innebär detta? (1p) Redogör för vilka parametrar som bedöms i APGAR-score. (2p)

Svar: Beskriver barnets tillstånd under de första 10 minuterna i livet. Mycket låga apgar 0-3 är associerat med försämrat neonatalt utfall. Hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus, retbarhet.

Fråga 4.

17-åriga Victoria Blomberg kommer till din mottagning tillsammans med sin 42-åriga mamma. Viktoria är fullt frisk, hade menarche vid 12 års ålder och har regelbundna menstruationer. Hon är normalviktig och röker inte.

Hon kommer nu tillsammans med sin mamma för preventivmedelsrådgivning. Hon har sedan några månader en fast partner. De har haft samlag, men kondom fungerar inte speciellt bra och Viktoria har behov av ett mer effektivt preventivmedel.

Viktorias mamma har följt med till besöket då hon vid 39 års ålder fick bröstcancer och genomgick behandling för denna. Viktoria vill ha p-piller, men både Victoria och mamman har många frågor kring hormonella preventivmedel, cancerrisker och framför allt risken för bröstcancer.

a) Ge Viktoria och hennes mamma adekvat information om hormonella preventivmedel och cancer (6p).

Svar: Kombinerade p-piller

Minskad risk:

- Ovarialcancer – genomsnitt RR 0,7. Skyddseffekten ökar med anv.tid. kvarstår åtminstone 30 år efter avslutad behandling
- Endometriecancer- Genomsnitt ca50% riskreduktion. Kvarstår åtminstone 20 år efter avslutad behandling
- Coloncancer RR 0.85

Ökad risk:

- Bröstcancer (RR 1,08 – 1.24). Försvinner inom 10 år efter avslutad beh
- Cervixcancer. Riskökning ses efter >5 år. Inte oberoende av högrisk- HPV

Nettoeffekten med all sannolikhet positiv (minskad cancerrisk hos p-pilleranvändare)

Gestagena metoder

Depo-provera ger ett mycket gott skydd mot endometriecancer (RR 0.2). Motsägelsefulla data avseende ovarialcancer (skydd) och bröstcancer (riskökning) och inga konklusiva slutsatser kan dras. Hormonspiral erbjuder ett mkt gott skydd mot endometriehyperplasi och cancerprotektiv effekt sannolik. För övr gestagena metoder saknas data/för få användare än så länge)

b) Vilka råd ger du Viktoria med avseende på mammans bröstcancer? (2p)

Svar: Hon kan använda den metod hon önskar. Ingen kontraindikation.

Kombinerad hormonell metod kan vara att föredra framför gestagen metod då det finns en samvariation mellan cancer mammae och ovarialcancer och kombinerade metoder erbjuder en mkt bra riskminskning för det senare, där nettoeffekten med all sannolikhet är positiv.

Viktoria får en metod som hon trivs med. Två år senare kommer hon igen för preventivmedelsdiskussion. Hon berättar nu att hennes syster (22 år) för två månader sedan, i samband med ett komplicerat benbrott, fick en blodpropp.

c) Påverkar detta förskrivningen av preventivmedel för Viktoria, och i så fall hur (2p)?

Svar: Kombinerad hormonell preventivmedelsmetod ska nu anses som kontraindicerad. Om hon valt att använda kombinerad hormonell metod ska hon byta metod.

Fråga 5.

Du sitter på gynmottagningen med Aina 70 år framför dig. Hon har sökt för postmenopausala blödningar och utredningen, inklusive CT thorax-buk, visar en icke spridd högt differentierad corpuscancer. Din uppgift idag är att skriva in henne för den planerade hysterektomin. Vid anamnesen framkommer att hon har högt blodtryck sedan flera år tillbaka samt diabetes mellitus typ 2. För 4 månaders sedan låg hon inne för en mindre bakvägsinfarkt, men nu känner hon sig helt återställd, och tycker att hon klarar alla sina vardagssysslor som vanligt.

Listan med mediciner som hon nogsamt skrivit ner visar att hon står på Trombyl 75 mg x1, Seloken 150 mg x1, Metformin 400 mg x2 samt Furix 40 mg x1. Hennes blodtryck är 140/90 mmHg och hennes BMI 32 (vikt 95 kg).

a) Vilka ytterligare undersökningar vill du göra? Motivera (3p)

Svar: Auskultera hjärta och lungor, EKG samt ultraljud hjärta med tanke på att hon haft infarkt < 6 månader sedan. CT thorax är gjord i samband med cancerutredningen, så rtg cor-pulm behövs inte. Ta Hb (pga blödningar och hjärtsjukdom), elstatus inkl krea pga diuretikabehandling samt diabetes.

b) Vilka råd ger du till Aina angående hennes medicinering inför operationen? (2p)

Svar: Hon skall sätta ut Trombyl 2 veckor före operationen. Övriga mediciner behåller hon oförändrat. Metformin skall hon inte ta op dagens morgon.

c) Varför skall Aina ha trombosprofylax, och hur länge? (2p)

Svar: Ja det skall hon. Pga. obesitas, ålder, diabetes och malignitet skall hon ha trombosprofylax med lågmolekylärt heparin i minst 4 veckor.

d) Skall Aina ha antibiotika profylax? Motivera (1 p)

Svar: Ja, SBU anser i sin rapport från 2010 att det finns vetenskapligt underlag för att rekommendera antibiotika profylax i samband med borttagande av livmoder, men det saknas underlag för rekommendation av specifikt läkemedel och dos. Sannolikt räcker det med ett endosförfarande. Rätt svar behöver således inte innehålla förslag på läkemedel och dos.

e) Hur ordinerar du reglering och övervakning av hennes blodsocker före-, under och efter operationen? (2 p)

Svar: Hon skall ha en 5- 10% glukosinfusion, b-glukos kontrolleras 2 ggr/ timme samt regleras med kortverkande Insulin till ett målvärde att ha ett normalt blodsocker (4-6 mmol).

Fråga 6.

Du är jour på gynakuten. Mette, 32 år, söker på grund av vaginal blödning och högersidig lågt sittande buksmärta. Hon är tidigare frisk, utan allergi och aldrig opererad tidigare.

Hon är spiralbärare med regelbunden menstruation. Senaste menstruation var för 7 veckor sedan. 1 para, partus normalis.

Sjuksköterskan har tagit ett blodtryck som är 90/50 och puls 110. Positivt gravtest. Hb 100 g/L.

a) Vad gör du momentant och hur vill du undersöka henne? (3p)

Svar: Skickar bastest. Sätter venflon och sätter i.v. vätska, då hon är cirkulatoriskt påverkad. (1p) Undersöker patienten vaginalt med spekulumundersökning för att värdera blödningsgrad, kontrollerar eventuella graviditetsrester och bimanuell palpation för att värdera uterus storlek, palpationsömheter och eventuell resistens över adnexa. (1p) Därefter vaginalt ultraljud för att konstatera graviditet och dess lokalisering, då hon har positivt graviditetstest. (1p)

Utifrån status vid din undersökning misstänker du ett utomkvedshavandeskap.

b) Vilka kvinnor har en ökad risk för utomkvedshavandeskap? (2p)

Svar: Tidigare X, tidigare tubaroperation, IVF, tidigare salpingit, vid graviditet hos spiralbärare (inte enbart att de är spiralbärare)

c) Vilka ultraljudsfynd talar för ett utomkvedshavandeskap? (2p)

Svar: Avsaknad av intrauterin fosterstruktur. (0,5p)

Corpus luteum ipsilateralt.

Hyperekogen resistens i den ena tuban, alternativt adnexring (doughnut sign), sällsynt med fosterstruktur eller hjärtaktivitet. Kan i sällsynta fall även vara lokaliserad i cervix, interstitiellt, abdominellt, tidigare sectioörr. (0,5p)

Eventuell vätska i fossa Douglasi. (0,5p)

Pseudohinnsäck kan ses intrauterint vid X (ca.10 %).(0,5p)

d) Vilka behandlingsmöjligheter finns vid utomkvedshavandeskap? (2p)

Svar: Expektans där S-hCG ska följas tillsammans med UL vid opåverkad patient och låga S-hCG.

Metotrexat-behandling.

Kirurgisk behandling med laparoskopi eller laparotomi, vid påverkad patient och misstanke om blödning.

e) Vilken behandling är lämpligt här? Motivera. (1p)

Svar: Då patienten har ont, har lågt hemoglobin och vätska i buken med säkert UL-fynd och positivt graviditetstest bör patienten opereras. Patienten är cirkulatoriskt stabil så laparoskopi är mest lämpligt.

Fråga 7.

Frida Karlsson, en 20-årig student, söker på din mottagning. Hon flyttade till staden för sex månader sedan, för att börja studera till sjuksköterska. I samband med att hon flyttade "gjorde hennes kille slut" och hon slutade då med sina p-piller. Sedan dess har hon inte haft någon menstruation och hon känner sig lite orolig på grund av detta. Hon har "googlat" en del och blivit uppskrämd av det hon hittat på nätet.

a) Komplettera anamnesen (3p)

Svar: Menarche, tidigare blödningsmönster (utan preventivmedel), Vikt (både vikt upp o ner kan påverka menstruationsmönstret), Träningsvanor, Kost, andra sjukdomar, sekretion ur bröstet? Huvudvärk? Ärftlighet(tidig menopaus), Läkemedel, behåring/virilsering.

Du kompletterar anamnesen och inget påtagligt framkommer. Du går nu vidare med klinisk undersökning.

b) Vad fokuserar du på vid din undersökning/status (3p)?

Svar: AT. Vikt/Längd/BMI. Behåring? Kroppsfett/fettfördelning Bröst: Sekretion Gynstatus/ultraljud: tecken till hypoöstrogenism (slemhinnor, endometrium), Ovarier – aktivitet? PCO-bild?

Inget avvikande framkommer i status. Du beslutar dig för att gå vidare med lab. utredning.

c) Vilka prover överväger du? Motivera! (2p)

Svar: Graviditetstest, FSH/LH-Nivåbestämning, Prolaktin – hyperprolaktinemi?, TSH/Fritt T4 – Hypothyreos?, Ev. testosteron/SHBG – PCOS

Samtliga provsvar är normala. Du ringer upp Frida och meddelar detta. Hon undrar förstås varför hennes mens ändå uteblir.

d) Hur informerar du Frida? (2p)

Svar: Sannolikt stressbetingat pga. stora omställningar i livet (flytta hemifrån, ny stad, killen gjorde slut, studier). Stress, såväl psykisk som fysisk, kan påverka hypothalamus/hypofys/binjurebarksaxeln med ökad insöndring av bla CRH, ACTH och POMC och olika enkefalinier som i sin tur kan ha effekter på GnRH-

*insöndringen (men just detta ordval har du inte när du informerar Frida 😊).
Prognosen god. Uppföljning om mensen inte kommer åter spontant*

Fråga 8.

En 57-årig kvinna söker för våldsamt klåda i underlivet sedan minst ett halvår. Du ser följande:



a) Trolig diagnos? (1p)

Svar: Lichen sclerosus

b) Ange minst 2 differentialdiagnoser. (2p)

Svar: Eksem, Svamp

c) Vilka prover bör tas för säker diagnos och för att utesluta viktiga differentialdiagnoser? (3p)

Svar: Stansbiopsi, Wet smear, Odling

d) Hur stor är malignitetsrisken? (1p)

Svar: Ca 10 %

e) Vilken behandling väljer du? (2p)

Svar: Grupp IV steroid, Dermovat® (Klobetasol) i nedtrappningschema

f) Förutom malignitetsrisken, varför bör dessa patienter kontrolleras årligen. (1p)

Svar: Underbehandlingsrisk. Risk att pat eller kollega avbryter behandlingen pga. rädsla för Dermovat.

Fråga 9.

En 56-årig kvinna söker för urininkontinens. Hon läcker framförallt vid ansträngning såsom hosta, nysning och skratt. Hon får gå upp och kissa ca 4 gånger per natt. Hon har inga trängningar, och hade sista mens för tre månader sedan. Vid undersökning finner du atrofi och uretra är lite dåligt upphängd och rörlig vid hosta. Inget läckage vid hostprovokation. Det föreligger ingen prolaps, uterus normalstor och inga patologiska palpabla resistenser i lilla bäckenet.

a) Trolig diagnos? (1p)

Svar: Stressinkontinens

b) Vad stämmer inte med detta? (1p)

Svar: Nykturi

Du föranstaltar om urodynamisk undersökning och får följande utlåtande:

Residualurin 5 ml, cystometri till 500 ml utan tecken på detrusorinstabilitet, MaxUCP 65 cm, negativt slutningstryck, läcker vid hosta, uretra rörlig, Bonney's test pos. Maxflöde lågt, 5 ml/s.

c) Hur bör det låga maxflödet utredas vidare och varför? (1p)

Svar: Nytt fritt flöde, och om detta är patologiskt tryck/flödes undersökning. Lågt maxflöde är kontraindikation för operation

d) Vilka två huvudorsaker finns till dåligt flöde? (1p)

Svar: Uretrastriktur (postvesikalt hinder), atonisk blåsa

e) Om fyndet skulle bli normalt och du skall erbjuda patienten behandling. Beskriv kort vilka 3 behandlingar som finns? (3p)

Svar: Uroterapi med bäckenbottenträning, lokal östrogenbehandling, operation (TVT)

Patienten väljer operation och återkommer efter denna med trängningar, s.k. de novo urge

f) Vad kan denna bero på? (3p)

Svar: UVI, för hårt åtdragen slynga, neurogen störning av slyngan

Fråga 10.

Sara, 42 år, kommer till din mottagning för undersökning. I Saras cellprov, taget hos barnmorska, sågs atypi, som dessutom visade sig vara högrisk HPV och hon blev därför remitterad till gynekolog. Du finner vid bedömningen av kolposkopin att det rör sig om Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), men tar några biopsier för att vara helt säker.

Ett sätt att påvisa HPV infektion är genom att mäta antikroppar i serum, men det är vanligare att analysera ett prov från portio, som i detta fall.

a) Vilken molekylär metod använder man sig mest frekvent av då man analyserar HPV i cervikala prov och beskriv kortfattat metoden? (2p)

Svar: PCR – Polymerase chain rection.(1p) Man amplifierar de DNA strängar av HPV som finns i provet och får då utslag om det finns HPV. Vidare kan man även skilja mellan högrisk och lågrisk HPV.(1p)

På cellprovet som du tog i samband med kolposkopin fick du svaret "avvikande körtelceller".

b) Vid svaret "avvikande körtelceller" på cytologprov från cervix/portio, varifrån kan dessa celler härröra? Ett svar per poäng (2p)

Svar: Reaktiva förändringar (inflammation, polyper)(1p), svåra dysplasier/adenocarcinom från cervix, endometrium, ovarier eller kolon(1p).

Vid provtagningen noterade du även en förändring i vulva som du biopsierade. Du tänkte bl.a. på differentialdiagnoserna VIN eller lichen sclerosus.

c) Högradiga VIN-förändringar delas upp i två olika typer. Vilka är typerna och vad särskiljer dem? (2p)

Svar: Högradig VIN som delas upp i uVIN (usual type) som orsakas av högrisk HPV (1p) och dVIN (differentiated type) som är HPV negativ och som främst drabbar äldre kvinnor och som kan ha samband med lichen sclerosus. (1p)

Förändringen visade sig innehålla VIN som kräver behandling. Sara kommer på återbesök för att få besked efter provtagning och undrar om alternativen till kirurgisk behandling vid VIN.

d) Vilket är alternativet till kirurgi vid VIN? Vilken är mekanismen bakom den behandlingen (2p) samt fördelar respektive nackdelar gentemot kirurgi? (2p)

Svar: Imiquimod (Aldara) är ett immunmodulerande läkemedel (1p) som aktiverar både det cellmedierade och det icke förvärvade immunförsvaret. Det leder till immunologiskt försvar mot både virusinfekterade celler och tumörceller. (1p) Fördelar är att man behåller anatomin i vulva och undviker stympande ingrepp som kan inverka på sexualfunktionen. Nackdelar är att behandlingen kan vara svår att genomföra, är långvarig och kan ge biverkningar. (1p)

Fråga 11.

Sofie 42 år kommer till dig på gynmottagningen på grund av tilltagande rikliga och oregelbundna menstruationer sedan ett års tid. Inga kontaktblödningar. Hon har fött två barn och är tidigare frisk. Sofie upplever nu att situationen börjar bli socialt ohållbar då det aldrig går att veta när blödningen kommer. Du kontrollerar ett Hb som är 92 g/L.

a) Vilka differentialdiagnoser överväger du i Sofies fall? Motivera kortfattat. (2p)

Svar: Ovariell svikt, myom eller polyp, spiralbärare, edometriehyperplasi, malignitet – dock mindre troligt.

På ultraljud såg du ett förtjockat endometrium på 18 mm. Du tog ett cytologprov samt en endometriebiopsi. PAD från endometriebiopsin visar enkel hyperplasi.

b) Redogör kort för vad begreppen hyperplasi, dysplasi och neoplasi innebär. (3p)

Svar: Hyperplasi – Tillväxt av en vävnad genom ökning av antalet celler. Tillväxten kontrolleras helt av normala tillväxtsignaler.

Dysplasi – Tillväxt av vävnad med sämre reglerad tillväxt. Cellerna förlorar en del morfologiska och funktionella karakteristika. Ofta ökning av antalet omogna celler och större variation mellan cellerna i utseende.

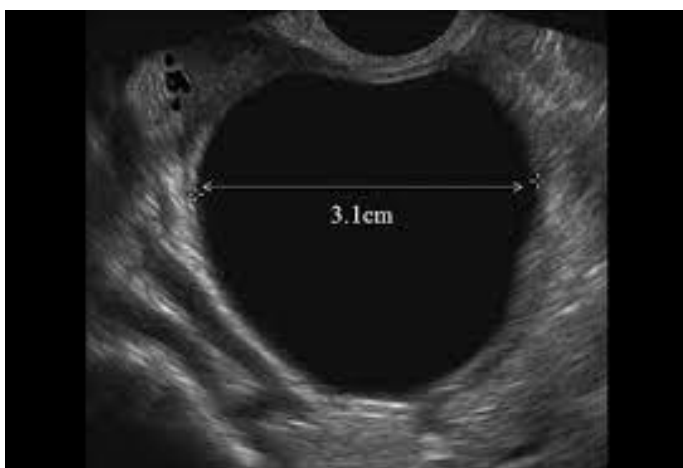
Neoplasi – Oreglerad tillväxt av vävnad. Kan vara benign eller malign.

c) Redogör för de tänkbara behandlingsalternativ som finns i Sofies fall samt vilket du väljer i första hand.(3p)

Svar: Cykliskt gestagen, hormonspiral, endometrieablation, hysterektomi, medicinsk behandling i första hand.

d) Vid ultraljudsundersökningar noterade du också denna förändring. Vad är det och hur vill du följa Sofie avseende detta?(2p)

Svar: Enkel ovarialcysta, behöver inte följas upp.



Fråga 12.

Hilda 18 år inkommer till gyn mottagningen kl 04.30 i sällskap av en jämnårig kompis. Hon uppger att hon blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp av en före detta pojkvän. De träffades på krogen och efter stängningsdags kom hon ifrån sina kompisar. På väg till hemmet, där hon bor med föräldrarna, märkte hon att hennes före detta pojkvän följde efter henne. Han var arg och aggressiv. Först försökte hon skaka honom av sig, hon var trött, alkoholpåverkad och ville bara hem och sova. När han fortsatte att skrika åt henne började hon känna sig rädd och ökade takten. Han sprang ikapp henne och grep henne hårt om armarna och la ner henne på gräsmattan där han genomförde ett analt och vaginalt samlag. Eftersom hon var livrädd så gjorde hon inte motstånd. Efter övergreppet hotade han att han skulle "slå ihjäl henne" om hon berättade vad som hänt för någon. Hon sprang den korta biten hem. Hon ville inte väcka föräldrarna men ringde en kompis som kom över och uppmanade henne att söka sjukhuset varför hon nu är här. Hon är för övrigt helt frisk och medicinfri. Senaste menstruationen var för 2-3 veckor sedan och hon använder inget preventivmedel då hon inte har något fast sällskap för tillfället. Hilda berättar att hon är villig att genomgå undersökning och provtagning, men hon tänker inte göra någon polisanmälan.

a) Vilka typer av undersökningar/provtagningar gör du? Motivera. (6p)Svar:

*-gynekologisk undersökning med dokumentation av eventuella skador och spårsäkrings- och infektionsprov
-palpation per rektum och proktoskopi med dokumentation av eventuella skador och spårsäkring högre upp i rektum
-kroppslig undersökning med dokumentation av eventuella skador. Beskriva skadors storlek, form och färg, fylla i kroppsmallar och fotografera.*

*Spårsäkringsprover tas för eventuell senare analys (efter begäran av polis)
Infektionsprover tas och skickas direkt för analys (sjukvårdens prover)
Noggrann dokumentation av skador måste ske (underlag till eventuellt rättsintyg, vilket kan krävas in i ett senare skede)*

b) En uppgift i den gynekologiska anamnesen kräver en specifik åtgärd, vilken? (1p)

Svar: Akut p-piller – eftersom hon inte har preventivmedel.

Hilda vill inte berätta för föräldrarna om det som hänt. Inte heller polisanmäla.

c) Vad har du för anmälningsplikt till socialtjänst och polis som hälso-och sjukvårdspersonal? (2p)

Svar: Eftersom hon är 18 år och myndig har vi ingen anmälningsplikt till socialtjänsten. Det finns en möjlighet (även om patienten inte vill), men ingen skyldighet att anmäla till polisen om förväntat straff överskrider 1 år (våldtäkt: 2-6 års fängelse. Grov våldtäkt 6-10 års fängelse). 10 kap § 21 och § 23 offentlighets- och sekretesslagen (2009-400).

Fem veckor efter att du undersökte Hilda första gången är hon på återbesök för förnyad undersökning. Du efterhör hur Hilda mår i övrigt. Hon säger att det inte är så bra. Hon har varit till en kurator och pratat om det som hänt, hon har några kompisar att prata med och föräldrarna är även ett stort stöd. Den före detta pojkvännen har inte hört av sig till henne igen. Hon har dock mycket svårt att gå ut ensam, kvällstid går hon överhuvudtaget inte ut. Hon har ångest och återupplever hela tiden vad som hänt. Koncentrationen och sömnen är lidande, vilket i sin tur påverkar studierna. Hon känner sig apatisk och kan inte företa sig något.

d) Vad tror du Hilda drabbats av och hur kan du hjälpa henne? (1p)

Svar: Posttraumatiskt stressyndrom(PTSD), skriver remiss till psykiatrin.