

Reproduktion

[Tenta 2019-05-02](#)

[Tenta 2019-01-25](#)

[Tenta 2018-12-05](#)

[Tenta 2018-04-26](#)

[Tenta 2017-11-29](#)

[Tenta 2017-04-28](#)

Utveckling

[Tenta 2019-05-02](#)

[Tenta 2019-01-25](#)

[Tenta 2018-12-05](#)

[Tenta 2018-04-26](#)

[Tenta 2017-11-29](#)

[Tenta 2017-04-28](#)

Reproduktion

Tenta 2019-05-02

Fråga 1 (1 poäng)

Elina är gravid i v 31. Hon ska få behandling för en streptokockinfektion. Hon är orolig för hur läkemedlet kan påverka graviditeten. När är risken för strukturella missbildningar hos fostret störst pga läkemedelsanvändning?

- A. 0-14 dagar efter konception
- B. 2:a trimestern
- C. 3:e trimestern
- D. Hela första trimestern**
- E. Veckan innan man blir gravid

Fråga 2 (1 poäng)

Anna är 26 år gammal och söker akutmottagningen för plötsligt insättande buksmärta i nedre delen av buken. Man noterar positivt graviditetstest vilket kommer som en överraskning, blodtryck 100/55, puls 130. Med ultraljud noteras ökad mängd fri vätska i lilla bäckenet men ingen synlig graviditet. Vilken fortsatt handläggning är mest lämplig?

- A. Akut exeres
- B. Akut laparoskopi**
- C. Behandling med metotrexat.
- D. Bestämning av s-hCG nu och om 48 timmar.
- E. Inläggning och observation

Fråga 3 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt?

A. Amniotomi kan utföras för förlossningsinduktion även om kvinnan är koloniserad med GBS

- B. Att dilatera cervix genom att blåsa upp en liten ballong ovanför inre modernmunnen bör bara användas tillsammans med misoprostol
- C. Förlossning bör alltid i första hand induceras med sublinguallt misoprostol
- D. Misoprostol ges i samma doser som vid abort när det används för förlossningsinduktion.
- E. Oxytocindropp är förbehållet omföderskor som metod för förlossningsinduktion

Fråga 4 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt?

A. Albumin ligger vanligen lägre i den tredje trimestern jämfört med innan graviditeten.

- B. Pigmentförändringar på ryggen är vanligt under normal graviditet.
- C. Vid en normal graviditet ligger kvinnans blodtryck vanligen lägre i tredje trimestern jämfört med i andra trimestern.
- D. Vid normal graviditet stiger vanligen TSH i första trimestern.
- E. Vid normal graviditet ökar den perifera kärlresistensen.

Fråga 5 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt:

- A. Carpal tunnel syndrom under tidig graviditet behöver oftast opereras.
- B. Näsblödningar under graviditet är oftast ett tecken på högt blodtryck
- C. Rikliga flytningar under graviditet beror oftast på bakteriell vaginos.
- D. Smärta i bäckenlederna är vanligt under normal graviditet.**
- E. Synbortfall är vanligt under normal graviditet.

Fråga 6 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt avseende graviditetsdiabetes:

- A. Debuterar ofta före v 25 i graviditet.
- B. Leder till risk för tillväxthämning och stort barn.
- C. Leder till ökad risk för skulderdystoci vid förlossning.**
- D. Medför kraftigt ökad risk för intrauterin fosterdöd.

E. Måste alltid behandlas aggressivt för att undvika komplikationer.

Fråga 7 (1 poäng)

Pirjo är 39 år gammal och väntar sitt första barn. Kontroller på MVC har varit normala men blodtrycket har stigit de två sista veckorna. Hon kommer till förlossningsavdelningen i vecka 28 pga en färsk vaginal blödning. På CTG noteras takykardi och nedsatt variabilitet. Uterus palperas hård. Det är svårt att palpatoriskt och anamnestiskt få fram något tydligt värmönster. Med den information du nu har tillgänglig, vilken är den troligaste diagnosen?

A. Ablatio placentae

- B. Hemorragisk cystit
- C. Spontan förlossningsstart med prematurbörd
- D. Uterusruptur
- E. Vasa previa

Fråga 8 (1 poäng)

Vilken är den vanligaste orsaken till riklig blödning efter förlossning?

A. Atonisk uterus

- B. Cervixskada
- C. Koagulationsrubbing
- D. Kvarhållen placenta
- E. Vaginalbristning

Fråga 9 (1 poäng)

På jourläkarmottagningen i Gävle där du arbetar som allmänläkare kommer Ingrid, 41 år. Hon födde sitt femte barn för 7 månader sedan. Hon ammade fram till 6 månaders ålder. Sedan tre veckor tillbaka känner hon en ömmande knöl i vänster bröst. Du kan palpera en resistens i bröstet som är c:a 4 cm stor och lätt ömmande. Hon har ingen feber. Vilken diagnos är viktigast att utesluta?

- A. Aterom
- B. Bröstböld
- C. Bröstcancer**
- D. Mjölckstockning
- E. Lipom

Fråga 10 (1 poäng)

Lydia är 42 år gammal och har fött två barn. Hon lever i en ny fast relation och önskar p- piller när hon nu slutat amma. Hon är frisk för övrigt och ingen i hennes släkt har haft blodproppar. Hennes menstruationer har blivit rikligare med åren men hon upplever att de är normala. Du kontrollerar för säkerhets skull ett Hb som är 115. Blodtryck är normalt och somatisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud utfaller normalt. Vilken metod är mest lämpligt för Lydia?

- A. Hormonspiral
- B. Kombinerade p-piller
- C. Kopparspiral
- D. P-plåster
- E. P-ring

Fråga 11 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt:

- A. För att kunna diagnosticera PCOS behöver man verifiera att patienten har polycystiska ovarier, klinisk eller biokemisk hyperandrogenism, och infertilitet.
- B. För att kunna diagnosticera PCOS behöver man verifiera att patienten har polycystiska ovarier, klinisk eller biokemisk hyperandrogenism, och övervikt
- C. Vid högt FSH hos en 25-årig kvinna bör man utesluta prematur ovariell insufficiens.**
- D. Vid lågt FSH hos en 25-årig kvinna bör man utesluta prematur ovariell insufficiens.
- E. Testosteronbrist är ett vanligt skäl till nedsatt sexuell funktion hos kvinnor

Fråga 12 (1 poäng)

Vilket är första tecknet på normal pubertet hos flickor:

- A. Acneförändringar
- B. Begynnande brösttillväxt**
- C. Begynnande menstruationsblödning
- D. Begynnande könsbehåring
- E. Humörförändringar

Fråga 13 (1 poäng)

Vilket påstående är korrekt avseende slemhinneproblem i underlivet hos äldre postmenopausala kvinnor:

- A. Klåda i underlivet beror oftast på lokal svampinfektion.
- B. Lättblödande slemhinnor beror oftast på lichen sclerosus et atrophicus
- C. Lättblödande slemhinnor beror oftast på lokal vaginalcancer.
- D. Torra slemhinnor beror oftast på lokal östrogenbrist.**
- E. Torra slemhinnor beror oftast på eksem.

Fråga 14 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt avseende fertilitet?

- A. Artificiell reproduktiv teknologi är inte möjligt vid azoospermi.
- B. Cervixdysplasi är en vanlig orsak till kvinnlig infertilitet
- C. Endometrios är en vanlig orsak till kvinnlig infertilitet.**
- D. Kvinnor med endometrios har högre risk för att utveckla ovariellt hyperstimuleringsyndrom än kvinnor med PCOS.
- E. Kvinnor med PCOS har ingen ökad risk för hyperstimuleringsyndrom.

Fråga 15 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt avseende cyster?

- A. Alla äggstockscyster behöver undersökas av gynekolog.
- B. Corpus luteumcyster försvinner alltid spontant.**
- C. En enkelrummig, ekofattig, tunnväggig cysta som är 4 cm hos en kvinna i fertil ålder bör följas upp efter 3 månader.
- D. En enkelrummig, ekofattig, tunnväggig cysta som är 6 cm hos en kvinna i fertil ålder är att betrakta som normalfynd och behöver inte följas upp.
- E. Follikelcyster ses ofta hos kvinnor efter menopaus.

Fråga 16 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt?

- A. Liksom för bröstcancer finns en stark ärftlig komponent vid cervixcancer.
- B. Lätta cellförändringar försvinner oftast inte utan behandling
- C. Medianåldern för att insjukna i cervixcancer är 18-25 år.
- D. Medianåldern för att insjukna i cervixcancer är 55-60 år.**
- E. Konisering ökar risken för placenta previa.

Fråga 17 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden om gynekologisk cancer är korrekt?

- A. Endometriecancer i stadium Ia kräver ofta kombination av strålbehandling och radikal hysterektomi.
- B. Risken för äggstockscancer ökar vid användning av kombinerade p-piller.
- C. Vulvacancer har ofta en ulcererande lymfkörtel som första tecken.
- D. Vulvacancer är vanligare bland kvinnor yngre än 40 år jämfört med äldre.
- E. Äggstockscancer diagnosticeras oftast i avancerade stadier (III-IV).**

Fråga 18 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden om endometrios är korrekt?

- A. Bör i första hand behandlas kirurgiskt och radikalt med laparoskopisk resektion och diatermi.
- B. Bör i första hand behandlas med enbart NSAID
- C. Misstanke skall alltid verifieras med laparoscopi
- D. Vanligare hos kvinnor vars mödrar har endometrios**
- E. Vanligare hos kvinnor från västra Afrika.

Fråga 19 (1 poäng)

Vilket av följande påstående om inkontinens är korrekt

- A. Ansträngningsinkontinens behandlas i första hand med läkemedel
- B. Ansträngningsinkontinens definieras som ofrivilligt urinläckage i samband med t.ex. hosta, nysningar och fysisk aktivitet.**
- C. Ansträngningsinkontinens finns bara hos kvinnor som fött barn vaginalt.
- D. Ansträngningsinkontinens innebär ofta att man får täta trängningar
- E. Överaktiv blåsa går att behandla med så kallad TVT-operation.

Kortsvarsfrågor

Kort svar 1

Myom är en benign uterustumör, som är relativt vanligt förekommande hos fertila kvinnor. De upptäcks inte sällan som bifynd, men kan ibland ge upphov till både kroniska och akuta symptom som kräver behandling.

a. Vilka kroniska och icke-akuta symptom kan växande myom leda till? Ange 3. (3p)

Internetmedicin.se:

- Trycksymtom
 - kan yttra sig som trängningar, frekvent miktation, obstipation, men även som en tyngdkänsla enbart, obehag vid samlag eller vid motion.
- Infertilitetsproblematik
- Blödningsrubbningar / Blödningsproblematik
 - yttrar sig oftast som mycket riklig menstruation, som ofta medför järnbristanemi. Kan också vara kombinerat med oregelbundenhet i menstruationscykeln, med mellanblödningar eller korta cykler. Samlagsblödning kan också förekomma.

Gynboken:

- Nedre buksmärta, ryggsmärta, smärta ner till benen
- Dyspareuni
- Ökat bukomfång

b. Vilken myomkomplikation kan leda till en akut buksmärta, som förutom smärta över myomet även kan ge upphov till feber och stegrade inflammatoriska parametrar? (1p)

Nekros i myomet

c. Vilka olika behandlingsalternativ finns vid symptomgivande myom, ange 2 farmakologiska och 2 icke farmakologiska. (2 p)

Farmakologiskt

- Esmya
- GnRH-analog
 - minskar uterus och myomets volym
 - biverkning pga låga östrogennivåer (som menopaus)
 - allvarligaste biverkan är reduktion av benmassan
- Mirena-spiral
 - behandlar blödningsbesvären
 - ingen effekt på myomstorleken
- Cyklokapron?

Icke-farmakologiskt

- Enukeation (myomektomi)
 - obs! ökad risk för uterusruptur!
- Ocklusion av arteria uterina genom röntgenledd embolisering för att minska myomets storlek.

- Hysterektomi

Kort svar 2

Vilka 4 infektioner screenas alla gravida för inom mödrahälsovården? (2p)

Rubella, syfilis, HIV, hepatit-B

Kort svar 3

Till kvinnoklinikens akutmottagning kommer en 38-årig kvinna som för 3 dagar sedan genomgått laparoskopisk sterilisering. Hon är tidigare opererad för gallsten, extrauterin graviditet och är appendektomerad. Postoperativt har hon inte mått särskilt bra och söker nu pga fortsatta buksmärtor och kräkningar. I status finner du att buken är uppblåst och spänd, men mjuk. Det hörs sparsamt med tarm ljud. Temp 37.9 grader.

a. Vilka prover och undersökningar ordinerar du? (1,5 p)

Enligt facit samma fråga tenta fredagen den 27 april, 2012

Svar: CRP, Hb, buköversikt

b. Vilken diagnos är viktigast att utesluta? (1p)

Enligt facit samma fråga tenta fredagen den 27 april, 2012:

Tarmskada i samband med buk-OP

Svar "tarmileus" gav också rätt förra terminen.

Kort svar 4

Kerstin 55-år remitteras från kirurgkliniken till kvinnokliniken för gynekologisk bedömning på grund av buksmärtor. Hon har känt sig lite sjuk senaste veckan men för 1 dygn sedan fick hon hög feber 38.8 och ont i nedre delen av buken, mest på vä-sida, som så småningom spred sig över hela buken. Hon uppger inga blödningar. Hon har en CU-spiral som sattes in vid 40 års ålder. Hon har inte haft någon blödning sedan menopaus vid 51 års ålder.

Vid bukpalpation finner man kraftig palpationsömheter över buken, men inget tydligt peritonitstatus. CRP 120.

Gynekologisk undersökning visar att spiralen är på plats. Uterus normalstor, på vänster sida om uterus palperas en ömmande kuddig resistens. Vaginal ulj visar normal uterus, spiralen sitter i kaviteteten och ovarierna går ej att identifiera.

a. Ange två troliga diagnoser (2p).

Tube-ovarialabscess (TOA)

- Vanlig orsak till TOA är icke utläkt PID (pelvic inflammatory disease).
- Många som drabbas av TOA är i klimakteriet men har ändå kvar en gammal spiral.

Divertikulit

b. Motivera varför du anger dessa två diagnoser (2p)

- TOA - spiral som suttit i>5 år ger ökad infektionsrisk. Typisk symtombild som vid TOA.
- Divertikulit - typisk lokalisation på vänster sida.

c. Hur får du korrekt diagnos (1p)

Svar enligt äldre tenta med samma fråga:

Ultraljud, CT-Buk, MRI (ultraljud ger 1 p; bara CT/MR ett halvt p)

Kort svar 5

Ulla 56 år, är remitterad till dig för en gynekologisk konsultation från sin husläkare pga andfåddhet och en obehaglig känsla i buken. Dessa problem har hon haft i ca 3 månader. Ulla har alltid varit frisk, och har aldrig opererats i magen. Kom in i menopaus vid 52-års ålder. Hon är III-para (3 PN). Lungröntgen som gjordes i förrgår pga andfåddheten visade pleuravätska bilateralt. Hb 112g/l, mammografi u.a.

Vid undersökningen palperar du en rejält utspänd buk. Gynekologisk undersökning är svår att genomföra pga en väldigt spänd buk som komprimerar vagina.

Vaginal och abdominellt ultraljud visar en liten uterus och kraftigt ökad mängd fri vätska i buken. Du ser en expansivitet på höger sida som är 9x9cm stor.

a. Vilken/vilka diagnoser misstänker du? (1p)

- Ovarialcancer som metastaserat.

b. Motivera varför du misstänker detta? (2p)

Man ser expansivitet på hö sida.

Ovariecancer upptäcks ofta först i ett sent stadiet när den redan metastaserat, vilket den verkar ha gjort här. Ascites är ett symptom på det.

Efter att ha metastaserat till närliggande bukorgan och lever brukar ovariecancer metastasera till lungorna → pleuravätska.

Kort svar 6

Britta 39 år har inte haft mens på 7 månader. Hon är frisk. Hennes mamma hade blodpropp under sin graviditet, men i övrigt finns det inget avvikande i anamnesen. Laboratiemässigt finner du normalt Hb och CRP, högt FSH. Hon remitteras till endokrinmottagning där proverna upprepas med samma resultat en månad senare.

a. Vad är det troligaste diagnosen? (1p)

Prematur ovariell insufficiens (POI)

- Diagnos ställs efter förhöjt FSH-värde över 40 IE/L vid minst två mätningar med mer än en månads mellanrum.

b. Vilken typ av preparat bör Britta få behandling med. Motivera preparatet, preparaten? (2p)

HRT: En kombination av östrogen och gestagen ges sekventiellt (östrogen kontinuerligt och gestagen 10-14 dagar) för att få regelbundna bortfallsblödningar.

Gestagen skyddar endometrie-slemhinnan från hyperplasi och cancer.

Hormonell substitution behandlar vasomotoriska symptom och atrofiska besvär såsom vid normal klimakterieålder.

Östrogensubstitution kan rekommenderas fram till 50-årsåldern för att minska risken för osteoporos samt kardiovaskulär sjuklighet.

c. Britta undrar varför hon måste ha behandling eftersom hon mår bra. Varför bör man inte avstå behandlingen? Motivera för Britta. (2p)

För tidig menopaus kan leda till kraftig benskörhet.

Hormonbehandlingen skyddar mot det, på samma sätt som kroppens egna hormon gör det vanligtvis.

Obehandlad POI innebär en flerfaldigt ökad risk för osteoporos, fraktur och mortalitet beroende på hjärt-kärl sjukdom (gynboken).

Kort svar 7

Mari väntar sitt första barn. Hon söker i v 34 för att hon vid flera tillfällen känt sig yr och svimfärdig när hon legat i soffan och läst. Beskriv tänkbar orsak samt verkningsmekanism för hennes symptom (2p)

Vena-cava-syndrom: fostret trycker på vena cava när modern ligger på rygg -> flödet stryps -> vasovagal reaktion.

Kort svar 8

Karin 57 år, 2-para söker med ca ett års anamnes på urinträngningar både dag och natt samt ibland läckage. Läcker oftast inte vid hosta och nysning. Ange tre tänkbara orsaker till hennes symtom. (3p)

Samma fråga fanns med på SFOG Specialistexamen i Obstetrik & Gynekologi 2013:

Svar:

UVI (akut - kronisk)

Tumörer (uterus, ovarier, blåsa)

Interstitiell cystit

Stensjukdom (främmande kropp)

Östrogenbrist

Cystocele

Neurogen orsak (detrusorhyperreflexi, ex MS)

Polyuri

IDIOPATISK

Kort svar 9

Leanne, 59 år, 3-para med normala förlossningar kommer till gyn.mottagningen via primärvården för bedömning. Hon klagar över skavningskänsla och känsla av att något finns i slidan.

Hon har mest besvär vid promenader och ofta svårt att tömma blåsan helt. Hon behöver oftast kissa två gånger i följd. Vid gyn. undersökning ser du en pingpongbollstor förändring i slidöppningen.

a. Vad är det troligaste att "förändringen" du ser i slidöppningen utgörs av? (1p)

Cystocele, dvs främre vaginalprolaps där urinblåsan bultar in under vaginalslemhinnan.

b. Hur kan du behandla henne i detta skede på din mottagning? (2p)

- Lokalt verkande Östrogen
- Bäckbottenträning
- Ringbehandling

Kort svar 10

Kam är gravid med första barnet i v 39+4. Hon kommer till förlossningen då hennes barnmorska uppmätt ett blodtryck på 160/105 mm Hg. Kam har huvudvärk men mår annars bra. Du misstänker pre-eklampsi.

a. Vilka blodprover tar du? (2p)

lilla-tox-paketet; Hb, TPK, (LPK?), ALAT, krea, urat

b. Varför tar du just dessa prover? (1p)

Påvisa ev påverkan på organ som oftast påverkas vid preeklampsi (lever, njurar)

Du tänker att Kam nog bör induceras. Vad görs innan man bedömer om/hur en kvinna ska induceras? (1p)

Enl Alfresco "Riktlinje Induktion av förlossning":

- Bishops score
- Barnmorskekontroll innefattande CTG samt blodtryck, puls, ev urinprov, ev temp görs före val av induktionsmetod.

Vad avgör vilken metod som är lämplig? (1p)

Mognadsstatus enligt bishops score, 0-5 p = omogen, 6 och mer = mogen

Kort svar 11

32-årig kvinna med 3 års primär infertilitet inkommer till akutmottagningen i graviditetsvecka 9. De senaste dagarna lätt molvärk i nedre delen av buken samt i korsryggen. Sedan någon timme accentuerad värk. Hon har ingen vaginal blödning. Blodtryck 160/70, puls 100, Hb 115 g/l. Du har svårt att adekvat palpera uterus men utför vaginal ultraljudsundersökning. Vad gör du om du finner:

a. Förtjockat endometrium, ingen avvikande ses över adnexa (1p)

Inläggning för observation, smärtlindring, ta och ev. följa S-hCG. Kvalificerat ultraljud av specialist av uterus och adnexa.
Ektopisk grav? Missfall?

b. Jämn hinnsäck med levande foster i uterus (1p)

Urinsticka (utesluta cystit). Inläggning för observation & smärtlindring. Uteslut appendicit med kvalificerat ultraljud.

Tenta 2019-01-25

Fråga 1 (1 poäng)

Petra kommer till MVC i v 28. Hon väntar sitt andra barn och besväras av trötthet. Hennes Hb är 99.

Vilken är den troligaste orsaken till Petras anemi?

- A. B12-brist
- B. Folatbrist
- C. Försämrat upptag i tarmen pga graviditet.
- D. Järnbrist**
- E. Talassemi

Fråga 2 (1 poäng)

Vilket påstående är korrekt?

- A. FSH bildas framförallt i leydigcellerna
- B. LH bildas framförallt i primordialfolliklarna.
- C. Progesteron relaxerar glatt muskulatur.**
- D. Östrogen bildas framförallt i hypofysen.
- E. Östrogenhalten i blodet är som högst under lutealfas

Fråga 3 (1 poäng)

När leder mammans läkemedelsanvändning till störst risk för strukturella missbildningar hos fostret.

- A. 0-14 dagar efter konception
- B. 2:a trimestern
- C. 3:e trimestern
- D. Hela första trimestern**
- E. Veckan innan man blir gravid

Fråga 4 (1 poäng)

Majken är 65 år och lever i Spanien på vintrarna men besöker dig på vårdcentralen i Sverige då hon är hemma över sommaren. Hennes man dog för 3 år sedan men hon har ändå ett aktivt sexliv utan fast partner. Hon besvärar sig dock sedan länge av intensiv klåda i underlivet och hon tycker det kan vara mycket smärtsamt vid samlag. Vid undersökning noterar du en normal flytning men i vulva ses vita områden med skör hud och rivmärken.

Vilken diagnos är mest trolig?

- A. Atopiskt eksem
- B. Candida albicans
- C. Chlamydia trachomatis
- D. Lichen sclerosus**
- E. Neisseria gonorrhoeae

Fråga 5 (1 poäng)

Doris är 23 år. Hon söker för oregelbundna blödningar. Hon fick menarke vid 11 års ålder och minns inte om hon hade regelbundna blödningar innan hon började med p-piller i 14-årsåldern. Efter att hon slutade p-pillren för 1,5 år sedan har hon endast haft 6-7 menstruationer.

Gynekologisk undersökning utfaller normalt. I blodprovsvaren noterar du testosteron vid övre referensintervallet men normalt FSH och ett mycket lågt SHBG.

Vilken diagnos misstänker du i första hand?

- A. Hypotalamisk amenorre
- B. Polycystiskt ovariesyndrom**
- C. Prematur ovariell insufficiens
- D. Prolaktinom
- E. Turner's syndrom

Fråga 6 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är utgör en kontraindikation för användning av kombinerad preventivmedelsmetod:

- A. BMI 30
- B. Bröstcancer hos patientens syster
- C. Migrän med aura**
- D. Persisterande HPV-infektion
- E. Superficiella varicer

Fråga 7 (1 poäng)

Efter hur många missfall i rad bör man starta utredning för så kallad habituell abort?

- A. 1
- B. 2
- C. 3**
- D. 4
- E. Patientens önskemål avgör när utredning görs.

Fråga 8 (1 poäng)

Carla är 29 år gammal och söker på vårdcentralen för intensiv klåda i handflator och fotsulor.

Hon är gravid i v. 34. Hon har inga tidigare sjukdomar.

Vilken diagnos är mest sannolik?

- A. Atopiskt eksem
- B. Intrahepatisk kolestas**
- C. Psoriasis (pustolosis palmoplantaris)
- D. Ptyriasis versicolor
- E. Scabies

Fråga 9 (1 poäng)

Cathy är 27 år och söker för stora blödningar. Hon önskar att bli gravid och du förskriver därför inte hormonell behandling utan enbart Cyklokapron och järntabletter.

Vilket typ av läkemedel är Cyklokapron?

- A. Faktor VIII-frisättare
- B. Fibrinolyshämmare**
- C. NSAID
- D. Protrombinkomplex
- E. Vitamin K

Fråga 10 (1 poäng)

Greta är 42 år och har diabetes mellitus typ 1 och är lätt överviktig. Hon har 2 barn och vill inte ha flera. Hon söker för rikliga men regelbundna blödningar och man finner ett intramuralt myom på 3 cm.

Vilken behandling är mest lämplig?

- A. Kombinerade p-piller
- B. Hormonspiral
- C. Hysterektomi
- D. Myomenukleation
- E. Progesteronreceptormodulator (Esmya)

Fråga 11 (1 poäng)

Pirjo är 39 år gammal och väntar sitt första barn. Kontroller på MVC har varit normala men blodtrycket har stigit de två sista veckorna. Hon kommer till förlossningsavdelningen i vecka 28 pga en färsk vaginal blödning. På CTG noteras takykardi och nedsatt variabilitet. Uterus palperas hård. Det är svårt att palpatoriskt och anamnestiskt få fram något tydligt värkmönster. Med den information du nu har tillgänglig, vilken är den troligaste diagnosen?

- A. Ablatio placentae**
- B. Hemorragisk cystit
- C. Spontan prematurförlossning
- D. Uterusruptur
- E. Vasa previa

Fråga 12 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt?

- A. Behandling av GBS i urin minskar risk för sepsis hos mamman
- B. Enterokocker är vanligaste agens vid urinvägsinfektion hos gravida.
- C. Kontrollodling behöver inte utföras efter behandling av gravida med urinvägsinfektion
- D. Recidiverande urinvägsinfektioner under grav skall alltid föranleda profylaktisk antibiotikabehandling under förlossning
- E. Urinvägsinfektion bör misstänkas när gravida kvinnor har prematura sammandragningar**

Fråga 13 (1 poäng)

Kimberley är 21 år och på besök från Irland och söker kvinnokliniken då hon är oönskat gravid. Med ultraljud konstateras att hon är gravid i v. 11+1. Hon önskar att göra abort så snart som möjligt.

Vilken handläggning är mest lämplig utifrån Kimberleys önskemål?

- A. Ge Mifepriston idag och meddela att hon kan göra resten av behandlingen i hemlandet.
- B. Informera om att hon måste göra aborten i sitt hemland men att du kan skriva

remiss.

C. Påbörja aborten idag med Mifepriston och slutföra som hemabort

D. Senarelägga aborten och utföra den som medicinsk andratrimesterabort

E. Vårdplanera för medicinsk eller kirurgisk abort Sverige snarast möjligt

Fråga 14 (1 poäng)

Märta är 27 år och har behandlats tidigare för svåra cellförändringar med så kallad konisering vid två tillfällen. Efterkontrollerna har varit normala. Hon planerar nu graviditet och undrar om hennes genomgångna operationer ökar hennes risker i samband med graviditet och förlossning?

Vad har Märta ökad risk för?

A. Cervixruptur

B. Infertilitet

C. Prematurbörd

D. Tidiga missfall

E. Utebliven progress

Fråga 15 (5 poäng)

Kicki 28 år, väntar sitt första barn och hade ett BMI på 34 vid inskrivningen. Hon kommer på kontroll på MVC i v. 26 och har gått upp 8 kg. Barnmorskan uppmäter ett slumpsocker som är förhöjt.

Nämn ett sätt att diagnosticera graviditetsdiabetes? (1p)

Glukosbelastning (OGTT)

- fastande, på morgonen 75g socker i vattenlösning ca 200ml.
- Mäter blodsocker venöst 1 och 2 timmar efteråt. 2 timmarsprov viktigast.

Det visar sig att Kicki har graviditetsdiabetes.

Ange två risker som Kicki själv löper under graviditeten och förlossningen? (1p)

- Ökad risk för preeklampsi, induktion, sectio, instrumentell förlossning och prematurbörd.

Ange två risker som hennes foster löper under graviditeten och/eller förlossningen? (1p)

- Ökad risk för makrosomi/LGA och dess följder såsom skulderdystoci, fosterasfyxi, hypoglykemi post partum.

Nämn en åtgärd som du rekommenderar att Kicki vidtar i första hand för att minska risken för komplikationer? (1p)

Grundstenen i behandling av kvinnor med konstaterad graviditetsdiabetes är personligt anpassade **kostråd** och **livsstilsråd** samt utbildning i självtest, inklusive tolkning av kapillärt P-glukos. Om 3 värden på en vecka ligger över målvärdet bör farmakologisk behandling inledas med Metformin eller insulin.

Ingen poäng för behandling om man missar livsstilsråd.

Motivera varför fortsatta kontroller av Kicki blodsocker efter graviditeten kan vara motiverat! (1p)

Närmare 60% av kvinnorna med GDM riskerar att senare i livet utveckla diabetes typ 2.

Fråga 16 (2,5 poäng)



Beskriv ovanstående CTG utifrån de parametrar som bedöms vid CTG-tolkning.

Basalfrekvens ca 140, god variabilitet, accelerationer, inga tydliga decelerationer. 3-4 värkar per 10 minut.

- Basalfrekvens: ser ut att ligga strax under 140 (ca 135) senaste 10 minuter (om man även jämför med hela CTG-kurvan som man ser), dvs inte förhöjd eller för låg.
- Variabilitet: God variabilitet (ska vara 5-25)
- Accelerationer: Tolkar toppar sedan ca kl 14.00 som accelerationer, på basen av att de sedan går åter till tidigare basalfrekvens kring 135. (regeln 15-15)

- Decelerationer:
 - Om tolkning kring accelerationer ovan gäller, tycks inga decelerationer finnas (ev en icke-komplex variabel mitt i accelerationen strax innan 14.05-märket - oklart om detta räknas?).
 - MEN: Eventuellt omvänt: om de tre accelerationerna i samband med värkar egentligen är en förhöjd basal till ca 160, skulle det istället kunna tolkas som sena uniforma decelerationer, vilket inte är bra. Men det känns mindre troligt då de droppar till tidigare basalfrekvens.
- Värkar: Ca 3-4 per 10 min. Mål är 5, men inte fler.

Fråga 17 (1,5 poäng)

Nämn tre riskfaktorer för att utveckla preeklampsi.

- Låg eller hög ålder modern
- Flerbörd
- Tidigare preeklampsi
- m.m.

Fråga 18 (4 poäng)

Faridhe, 47 år, III-para med normalt gynekologisk status enligt journalanteckningarna, ringer på din telefontid för att få svar efter genomgång endometriebiopsi som utfördes på Kvinnoklinikens mottagning p g a rikliga oregelbundna blödningar som haft senaste året. Histologi visar "benign endometriehyperplasi".

Vilken är den troliga orsaken till Faridhes endometrieförändringar? (1p)

Anovulatorisk blödningsrubbnig, ovariell insuff.

Beskriv mekanismen bakom att förändringarna uppträder? (1p)

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

eller

Östrogenstimulering av endometriet utan progesteron. Progesteron frisätts vid ovulation från corpus luteum. Utan ovulation avtar cykliciteten och endometriet stimuleras kontinuerligt = tillväxt och nekros i endometrievävnaden = oregelbunden och rikligare blödning.

b) Nämn 2 lämpliga förstahandsbehandlingar för patienten? (2p)

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

Cyklikapron?

Fråga 19 (3 poäng)

Du blir kallad till avdelningen kl 03.00 på natten för att titta på Åsa som laparoskopiserats pga ett utomkvedshavandeskap under dagen. Först mår Åsa mycket bra men har fått mera ont idag vid 18.00 tiden. Ingen har tittat på proverna som togs vid 22.00-tiden men du ser ett CRP på 22 och ett LPK på 12,7 och Hb 101, puls 120 och bltr i liggande 90/60.

Vilken diagnos är viktigast att utesluta? (1p)

Tarmskada / perforerad tarm (?) **eller Blödning**

Beskriv och motivera hur du resonerar dig fram till denna diagnos? (1p)

Nyligen bukop. **eller ChockNEWS.**

Peritonit? Feber?

- Dessa två ej normala efter laparoskopiskt ingrepp.

Vidare ska patienten bli bättre och bättre efter OP. Om inte, tänk tarmskada.

Vidare: ökande buksmärta? Uppdriven buk?

Beskriv hur man ska kunna ställa rätt diagnos? (1p)

Radiologisk överblick av tarmen/buken **eller Laparotomi**
Buköversikt eller DT-buk

Går även att göra exploration om radiologi inkonklusivt men kvarstående klinisk misstanke. Viktigt att agera.

Fråga 20 (5 poäng)

Annika 54 år och besväras av svettningar och humörförändringar sedan ett halvår. Hon kan inte sova och har inget tålamod med folk längre. Är i övrigt frisk, förnekar viktförändring och har gått på alla hälsokontroller som samhället erbjuder. Hon hade sin senaste menstruation för 8 månader sedan.

Behövs ytterligare utredning av Annikas klimakteriesymptom? (1p)

Anamnes, BT och gynus, annars räcker det.

Hur skiljer sig behandlingen åt vid klimakteriebesvär mellan kvinnor med respektive utan livmoder? (2p)

Farmakologisk behandling: En kombination av östrogen och gestagen ges sekventiellt (östrogen kontinuerligt och gestagen 10-14 dagar) för att få regelbundna bortfallsblödningar. Om ingen livmoder, inget gestagen.

Motivera varför behandlingarna skiljer sig åt! (2p)

Gestagenet motverkar östrogenets benägenhet att stimulera celledelning i endometriet dvs minskar risken för cancer.

Gestagen medför dock liten ökad risk för bröstcancer, varför det inte ska ges till kvinna som är hysterektomerad. (hos icke-hysterektomerad överväger dock den skyddande effekten av gestagen mot endometriecancer).

Fråga 21 (5 poäng)

Linda väntar sitt första barn. Hon är i vecka 8 och mår så illa- kräks varje dag. Hon kommer till dig på mödravården och undrar nu vad hon skall göra och om det finns någon bot eller behandling.

Hur kan du hjälpa henne? (1p)

Diagnos: Graviditetsillamående. Svår form kallas hyperemesis gravidarum.

Först receptfria tabletter, alt recept Lergigan, minskar främst illamående men inte kräkning i samma utsträckning:

- Tablett Pyridoxin (vitamin B6) 40 mg, 1 x 3, receptfritt.

Enligt PM SöS: Det finns inte visat att vitamin B6 har någon effekt på hyperemesis.

- Tablett Postafen 25 mg, 1 x 2–4, receptfritt.
- Tablett Lergigan comp 10/50 mg, 1 x 2–4, receptbelagt. Kan bytas mot Lergigan 25 mg

Hon kommer tillbaka två veckor senare och tycker det är ännu värre. Kräks hela tiden och får inte behålla någon mat. Hon har gått ned 4 kg i vikt. Har svimmat vid 2 tillfällen. Du remitterar till dina kolleger på KK.

Beskriv 4 åtgärder som kommer vidtas när hon kommer till sjukhuset samt motivera varje åtgärd. (4p)

Hyperemesis är en uteslutningsdiagnos som skall ställas först när andra orsaker utesluts. Uteslut därför alltid:

1. Mola hydatidosa -> kontroll vag ulj
2. Diabetesinsjuknande -> kontroll p-glukos
3. Hyperthyreos-> kontroll s-TSH

Behandling: Grunden är vätsketillförsel och antiemetika!

- Injektion Neurobion i m 3 ml, en gång per dag i 3 dagar.
 - Neurobion ges innan tillförsel av glukos då det annars kan förvärra. Detta ges på grund av risk för B1 (tiamin)-brist, B1-brist kan leda till irreversibla neurologiska skador (Wernickes Korsakoffs syndrom). Dag 4 kan man gå över till per oral behandling med till exempel tablett Beviplex Forte, 1 x 3 i minst 4 veckor.
- Vätska upp (3 liter) - rehydrera, RA och NaCl (utan glukos innan man givit tiamin).
- Blodgas - elektrolytstatus (styr behov i dropp t.ex. kalium natrium). - inläggning?
- Urinsticka för att se ev ketoner - inläggning?
- Antiemetika

Fråga 22 (3 poäng)

Beata 47 år kommer till mottagningen och säger att hon har svårt att hålla urinen. Ofta läcker hon då hon försöker hitta nyckeln när hon ska öppna dörren och hon får ofta springa snabbt på toaletten då hon är rädd att kissa på sig. Hon är 165 cm och väger 69 kg. Hon har fött 3 barn vaginalt och födde första barnet med kejsarsnitt. Hon kissar alltid innan hon promenerar till jobbet och har då inga problem att hålla urinen.

Vilken diagnos är troligast att Beata har? (1p)

Trängningsinkontinens

Hur kan diagnosen bekräftas? (1 p)

Dryck/miktionslista

Nämn ett möjligt förstahandsalternativ för behandling av tillståndet? (1p)

Blåsträning + antikolinergika (t.ex. Detrusitol)

Fråga 23 (5 poäng)

Mari, 19 år har alltid haft smärtsam mens. Nu har det blivit värre och hon använder Ipren. Det gör ändå så pass ont att hon måste vara hemma från skolan. Hon har en pojkvän men de har svårt att ha sex för det gör så ont inne i magen vid samlag. Kondom används som preventivmedel. Vid undersökning ser allt fint ut vid inspektion, ingen ömhet i vulva eller vagina, däremot ömmar det kraftigt vid bimanuell palpation framför allt vid bakre fornix.

Vilken diagnos misstänker du? (1p)

Endometrios

Vilken behandling ordinerar du som Mari bör ha framöver? (2p)

Smärtstillande + hormonell behandling med mål att uppnå amenorré och anovulation

- Analgetika paracetamol + nsaid
- Kombinerade p-piller eller p-ring: monofasiska (samma dos varje tablett) kontinuerligt utan uppehåll
 - Om ej kontraindicerat.
- Alt. gestagen, t.ex. hormonspiral?

Nämn 2 behandlingseffekter du vill uppnå? (2p)

amenorré och anovulation

Fråga 24 (1,5 poäng)

Soheila är 25 år och väntar sitt första barn. Hon har vistats utomlands i hemlandet under hela sin graviditet och kommer till MVC för inskrivning 30 veckor efter sista mens. Hon är i övrigt helt frisk.

Barnmorskan noterar ett symfys-fundusmått (SF-mått) som vida överstiger +2SD.

Ange minst tre skäl till ökat SF-mått!

- Stort barn, t.ex. till följd av graviditetsdiabetes, gener, eller moder som gått upp mer än 15 kg under graviditet.
- Stort barn utan patologisk orsak
- Polyhydramnios
- Tvillingbörd
- Felberäknad graviditetlängd, t.ex. spottblödning som tolkats som SM av patient. Då kommer barnet alltid vara "större än förväntat".
- Individuell variation i mätningen - tummen på fel ställe.

Fråga 25 (3 poäng)

Svea, III-grav, II-para kommer till förlossningen i graviditetsvecka 37 för planering av sätesändläge. Tidigare 2 PN.

Vad erbjuder man i första hand ? (1p)

Försök till yttre vändning. Lyckas i ca 50% av fallen.

Vad finns det för andra alternativ? (2p)

Förlossning i sätesbjudning
Elektivt sectio

Fråga 26 (2 poäng)

Hur skiljer sig verkningsmekanismen åt mellan kombinerade p-piller och en hormonspiral?

Kombinerade

- Gestagen + östrogen
 - Huvudsaklig verkningsmekanism är hämning av ägglossningen.

Hormonspiral

- Lågdoserad gestagen:
 - Cervixsekret blir segt: spermerna kommer inte fram
 - Hämmar i regel inte ovulation.

- Endometriet blir tunt - mindre blödning.

Alternativt:

Hormonspiral:

- Utsöndrar levonorgestrel lokalt i endometriet som blir tunt
- Cervixsekretet blir hårt och ogenomträngligt
- Levonorgestrel hämmar spermiemotilitet
- Minskar blödningsmängd med upp till 90%.
- Hämmar ej ovulation som regel.

Kombinerade p-piller:

- Gestagen
 - Hämmar LH-frisättning → Hämmar ovulation
 - Förtjockar cervixsekretet → Hindrar spermier från att penetrera cervix
- Östrogen
 - Ökar koncentrationen av progesteronreceptorer → Bidrar till bättre blödningskontroll
 - Hämmar FSH-frisättning → Hämmar utveckling av dominant follikel

Tenta 2018-12-05

Fråga 1 (1 poäng)

Lydia är 42 år gammal och har fött två barn. Hon lever i en ny fast relation och önskar nu p-piller när hon nu slutat amma. Hon är frisk för övrigt och ingen i hennes släkt har haft blodproppar. Hennes menstruationer har blivit rikligare med åren men hon upplever att de är normala. Du kontrollerar för säkerhetsskull ett Hb som är 115. Blodtryck är normalt och somatisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud utfaller normalt. Vilken metod är mest lämpligt för Lydia?

A. Hormonspiral

- B. Kombinerade p-piller
- C. Kopparspiral
- D. P-plåster
- E. P-ring

Fråga 2 (1 poäng)

Helena är 33 år gammal och söker för oregelbundna blödningar. Hon har varit gravid en gång men avbrutit graviditeten och använder inte något preventivmedel sedan ett par år. Vid närmare

anamnestagning framkommer det att hon haft c:a 1-2 menstruationsblödningar per år sista två åren. Helena tror att det kan ha gått ungefär ett år sedan hennes senaste blödning. Gynekologisk undersökning utfaller normalt men du har svårt att se äggstockarna med ultraljud. I blodprovsvaren noterar du högt FSH.

Vilken diagnos misstänker du i första hand?

- A. Hypotalamisk amenorré
- B. Polycystiskt ovariesyndrom
- C. Prematur ovariell insufficiens**
- D. Prolaktinom
- E. Turner's syndrom

Fråga 3 (1 poäng)

Vilken är den vanligaste orsaken till riklig blödning efter förlossning och därmed maternell död i samband med förlossning?

- A. Atonisk uterus**
- B. Cervixskada
- C. Koagulationsrubbing
- D. Kvarhållen placenta
- E. Vaginalbristning

Fråga 4 (1 poäng)

Vilket av följande påståenden är korrekt avseende sterilisering:

- A. Man har rätt till sterilisering om man fyllt 18 år
- B. Man har rätt till sterilisering om man fyllt 25 år**
- C. Man har endast rätt till sterilisering om man har barn
- D. Vid sterilisering krävs endast muntlig medgivande av patienten
- E. Vid sterilisering krävs att partnern informeras

Fråga 5 (1 poäng)

Vad är korrekt avseende lagar som reglerar abort?

- A. Kvinnan har alltid rätt att välja abortmetod.
- B. I Sverige har kvinnan rätt att begära abort till och med v. 12+0
- C. I Sverige har kvinnan rätt att begära abort till och med v. 18+0.**
- D. Vid inducerad abort där fostret visar livstecken efter framfödandet ska barnläkare

alltid tillkallas.

E. Vårdgivare har ingen skyldighet att utföra inducerad abort om det strider mot deras religiösa övertygelser.

Fråga 6 (1 poäng)

Beatha söker pga blåsor i underlivet. Hon har haft detta tidigare vid något tillfälle men aldrig sökt vård för detta tidigare. Det visar sig att hon är tidigt gravid men ej hunnit skriva in sig vid mödravården.

Vilken information ska du ge Beatha?

- A. Vid genital herpesinfektion ska smittspårning utföras.
- B. Vid genital herpesinfektion finns ingen behandling att erbjuda.
- C. Vid genital sekundär herpesinfektion under andra trimestern under graviditeten finns en hög sannolikhet för smitta mellan mor och barn.
- D. Vid upprepade genitala herpesinfektioner under graviditeten bör man förlösa med kejsarsnitt oavsett om det föreligger en aktuell infektion i samband med förlossningen eller inte.
- E. Vid upprepade genitala herpesinfektioner under graviditeten bör man behandla profylaktiskt inför förlossningen.**

Fråga 7 (1 poäng)

Sabrina är 47 år och inkommer med feber och misstänkt infektiös process i lilla bäckenet. Du misstänker tuboovarialabscess.

Vilken information ger du Sabrina?

- A. Risken för tuboovarial abscess är ökad hos kvinnor som tidigare haft salpingit.**
- B. Sabrina har haft otur då tuboovarial abscess är vanligast hos kvinnor innan 40 års ålder.
- C. Tuboovarialabscess skall alltid opereras inom ett dygn.
- D. Tuboovarialabscess kräver i likhet med divertikulit inte alltid antibiotikabehandling.
- E. Tuboovarialabscess orsakas oftast av klamydia och därför måste du ta detta prov på Sabrina.

Fråga 8 (1 poäng)

Majvor är 52 år gammal och frisk bortsett från essentiell hypertoni som hon behandlar med Enalapril 10 mg x 1. Hon sökte för buksmärtor vid kirurgakuten för 6 veckor sedan och man noterade då flertalet myom i livmodern vid CT-undersökning. Hon är nu helt besvärsfri. Majvor har fött två barn som nu är vuxna och hon har inte längre några menstruationer.

Vilken handläggning är mest lämplig för Majvor?

- A. Embolisering
- B. Hysterektomi
- C. Lugnande besked- ingen åtgärd
- D. Myomenukleation
- E. Specialistultraljud för att bedöma risk för sarkom**

Fråga 9 (1 poäng)

Maud är 34 år och du känner henne då du är hennes allmänläkare sedan många år. Bortsett från atopiska eksem är hon frisk. Nu har man opererat bort en ovarialcysta med laparoskopisk enukleation. Hon var lite orolig för allvarlig komplikation i samband med ingreppet. Fyra dagar efter operationen söker Maud för feber och allmän sjukdomskänsla

Vad är viktigast att utesluta?

- A. Infektion i porthål
- B. Intraabdominell blödning
- C. Lunginflammation
- D. Tarmskada**
- E. Urinvägsinfektion

Fråga 10 (1 poäng)

Gullan är 58 år och har två vuxna barn som föddes med normal förlossning. Hon söker dig på vårdcentralen då hon läcker urin vid hosta och nysning. Det hela har förvärrats kraftigt efter en lunginflammation. Ungefär 2-3 gånger i veckan behöver hon gå upp på natten och kissa en gång. Hon är normalviktig och använder inga mediciner då hon inte har några kroniska sjukdomar.

Vilken diagnos är mest trolig?

- A. Ansträngningsinkontinens**
- B. Blandinkontinens
- C. Cystocele
- D. Nykturi
- E. Trängningsinkontinens

Fråga 11 (1 poäng)

Farzaneh är 22 år och söker för buksmärta och blödning. Man noterar positivt graviditetstest vilket patienten förvånas över. Blodtryck 100/55, puls 130. Med ultraljud noteras ökad mängd fri vätska i lilla bäckenet men ingen synlig graviditet.

Vilken fortsatt handläggning är mest lämplig?

- A. Akut exeres
- B. Akut laparoskopi**
- C. Behandling med metotrexat.
- D. Bestämning av s-hCG nu och om 48 timmar.
- E. Inläggning och observation

Fråga 12 (1 poäng)

Vad är den vanligaste genesen till spontan abort?

- A. Duplexgraviditet
- B. Infektion
- C. Kromosomavvikelse**
- D. Psykisk stress
- E. Tunga lyft

Fråga 13 (1 poäng)

Du arbetar som distriktsläkare i Mora och går rond på det lokala äldreboendet. Sjuksköterskan ber dig att undersöka Ulla som har uttalad demens. Den senaste tiden har personalen noterat att något hänger ut ur hennes underliv. Vid undersökningen noterar du en uterovaginal prolaps där cervix når utanför introitus när Ulla krystar.

Vilken åtgärd föreslår du i första hand?

- A. Cervixamputation
- B. Expektans**
- C. Hysterektomi
- D. Operation med uterosakropexi
- E. Prolapsring

Fråga 14 (1 poäng)

Vilket läkemedel ger du Ulla i frågan ovanför utöver ditt förslag till åtgärd?

- A. Antibiotikaprofylax
- B. Lokalt östrogen
- C. Mirabegron (Betmiga)
- D. Tolterodin (Detrusitol)
- E. Vitt vaselin

Fråga 15 (1 poäng)

Helena är gravid i vecka 26 och Hb visar 114 g/l. Hon står på järntabletter. I vecka 7 hade hon Hb 132 g/l.

Helena undrar om man ska göra något åt hennes Hb. Vilken information ger du Helena?

Normalt Hb för tidig graviditet är >110 g/l och i vecka 28 >105 g/l.

Borde vara ok om inte patienten är påverkad?

Ev. öka dosen järntabletter, om patientens mage tål det?

Fråga 16 (2 poäng)

Ange 4 orsaker till feber som är specifikt relaterade till puerperiet.

- Mastit/bröstabscess/mjölkstockning
- UVI
- Endometrit
- Sårinf i perineum
- Luftvägsinf eller pneumoni (OBS! Tänk även på LE)
- Tromboflebit
- DVT

Fråga 17 (3 poäng)

Mia och Ali kommer till MVC för att diskutera fosterdiagnostik. De har tid för KUB och undrar om man i samband med denna undersökning kan se läppspalt hos fostret. De är oroliga då Alis bror föddes med detta.

Beskriv för Mia och Ali vilka undersökningar som utgör KUB? 1p

KUB- kombinerat ultraljud och biokemi. Mätning av nackuppkläring i kombination med nivåer i mammas blod av PAPP-A och beta-hCG.

Förklara för Mia och Ali vad syftet är med KUB- undersökningen? 1p

Genom KUB kan sannolikheten för att bära på ett foster med kromosomavvikelse räknas ut. 90 % av foster med Downs syndrom kan hittas med denna metod.

Vad svarar du paret avseende möjligheten att detektera läppspalt under denna graviditet? 1p

3D-ultraljud anges tillföra mer information jämfört med konventionellt ultraljud för framställning av läpp-gomspalt i prospektiva studier. I en studie erhöles en sensitivitet med 3D-ultraljud på 100% jämfört med 58-91% med 2D-ultraljud (6).

Man kan med konventionellt ultraljud ofta framställa läppspalt men har haft stora svårigheter att visualisera den hårda gommen. 3D-tekniken medger bättre visualisering av ansiktets anatomi eftersom man kan erhålla projektioner som är svåra eller omöjliga att erhålla med konventionell teknik (7).

Fråga 18 (6,5 poäng)

Eva är 36 år och väntar sitt första barn. Hon kommer på MVC i v. 28 och har inga symtom. Vid inskrivning och hittills under graviditeten har alla kontroller varit normala. Barnmorskan uppmäter blodtrycket till 150/95 och efter några timmars vila 155/90.

Varför uppfyller inte Eva krav för diagnos på preeklampsi? 1p

Blodtryck $\geq 140/90$ mmHg uppmätt vid två tillfällen med minst 4-(6) timmars intervall krävs för diagnosen graviditetsindicerad hypertoni (givet att hon inte hade hypertoni redan innan graviditeten).

För diagnos preeklampsi krävs konstaterad graviditetsinducerad hypertoni i kombination med **nydebuterad proteinuri ≥ 300 mg/24 timmar** efter 20 graviditetsveckor.

Ange två risker som Eva löper under graviditeten? 1p

Eftersom störd placentafunktion är en av de patogenetiska hörnpelarna vid preeklampsi är intrauterin tillväxthämning, **för tidig avlossning av placenta (ablatio placentae)**, fetal hypoxi och intrauterin fosterdöd betydligt vanligare i denna patientgrupp än bland kvinnor utan blodtryckssjukdom. En betydande del av fetal morbiditet och mortalitet beror på iatrogen **prematurbörd på maternell indikation**.

**Maternell hypertensiv stroke och död enl internetmedicin.
HELLP?**

Ange två ökade risker som hennes foster löper under graviditeten? 1p

Eftersom störd placentafunktion är en av de patogenetiska hörnpelarna vid preeklampsi är **intrauterin tillväxthämning**, för tidig avlossning av placenta (ablatio placentae), **fetal hypoxi** och **intrauterin fosterdöd** betydligt vanligare i denna patientgrupp än bland kvinnor utan blodtryckssjukdom. En betydande del av fetal morbiditet och mortalitet beror på iatrogen prematurbörd på maternell indikation

Motivera varför fortsatta kontroller av Evas blodtryck efter graviditeten kan vara motiverat! 2p

Genomgången preeklampsi utgör en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom senare i livet.

- Hypertoni
- Ischemisk hjärtsjukdom
- Stroke

När under en normal graviditet ligger blodtrycket som lägst i vila och varför är det viktigt att känna till detta? 1,5p

Lägst i andra trimestern.

Fråga 19 (1 poäng)

Olga är 32 år och har bokat en tid på vårdcentralen för långvariga buksmärtor och värk i samband med mens. Hon har ofta besvär av orolig mage och har haft det så i många år.

Vilken diagnos bör misstänkas?

Endometrios.

Fråga 20 (2 poäng)

Frida som har regelbundna blödningar är 36 år och ska resa till Kreta under sin semester och undrar om du kan hjälpa henne med att skjuta upp sin mens då hon inte vill blöda när hon ska bada.

Hur kan du hjälpa henne att uppnå blödningsfrihet under semestern? 1p

Mensen kan skjutas upp med gestagen, vanligen med Primolut-Nor. Behandling måste påbörjas senast tre dagar innan förväntad menstruation.

Vilken är den farmakologiska mekanismen bakom att blödningsfriheten inte kommer med denna behandling? 1p

Då stöts inte livmoderslemhinnan bort som den brukar vid mensen, utan den blir kvar så länge som du tar tablettarna. När du slutar med tablettarna kommer blödningen efter en till två dagar.

Fråga 21 (5,5 poäng)

Ulla är 71 år och slutade menstruera för många år sedan. Hon lever med sin man men har inga barn. Hon är överviktig och hade oregelbundna menstruationer under största delen av sitt liv. I helgen fick hon en blödning i samband med samlag och vid närmare anamnestagning framkommer att hon haft småblödningar i snart 5 veckor.

Nämn den viktigaste diagnosen att utesluta? 1p

Postmenopausal blödning är endometrieccancer tills motsatsen är bevisad.

Nämn tre riskfaktorer som Ulla har för denna diagnos? 1,5p

1. Övervikt
2. Nullparitet
3. Hög ålder

Förklara mekanismen bakom varför dessa riskfaktorer ökar risken för denna diagnos! 1,5p

De flesta patienter (cirka 80 %) tillhör Endometrieccancer typ I som är **associerad med hyperöstrogenism** samt god prognos.

Fetma är en oberoende riskfaktor och i Västeuropa associerad med upp till 40 % av all endometrieccancer (2-5). I fettväven sker aromatisering av androstendion till östrogen. Detta resulterar i en **ökad nivå av östrogen utan balans av progesteron**. Fetma är även associerad med sänkt koncentration av sexualhormonbindande globulin (SHBG), vilket leder till ökad mängd fritt östrogen.

Infertilitet är associerad med biologiska förändringar såsom anovulatoriska menstruationscykler som föranleder en **förlängd östrogenpåverkan utan tillräcklig progesteronproduktion** samt höga serumkoncentrationer av androstendion. Även låga koncentrationer av SHBG kan vara av betydelse. Lägre koncentrationer av SHBG har påvisats hos nullipara jämfört med kvinnor som fött barn (6).

Östrogenbehandling utan samtidigt gestagentillägg i mer än 5 år mer än 6-faldigar risken för endometrieccancer, och en förhöjd risk tycks finnas kvar mer än 10 år efter avslutad behandling (11, 12). Kontinuerlig kombinationsbehandling tycks å andra sidan

minska risken för endometriecancer (13, 14) men ökar samtidigt risken för bröstcancer (16).

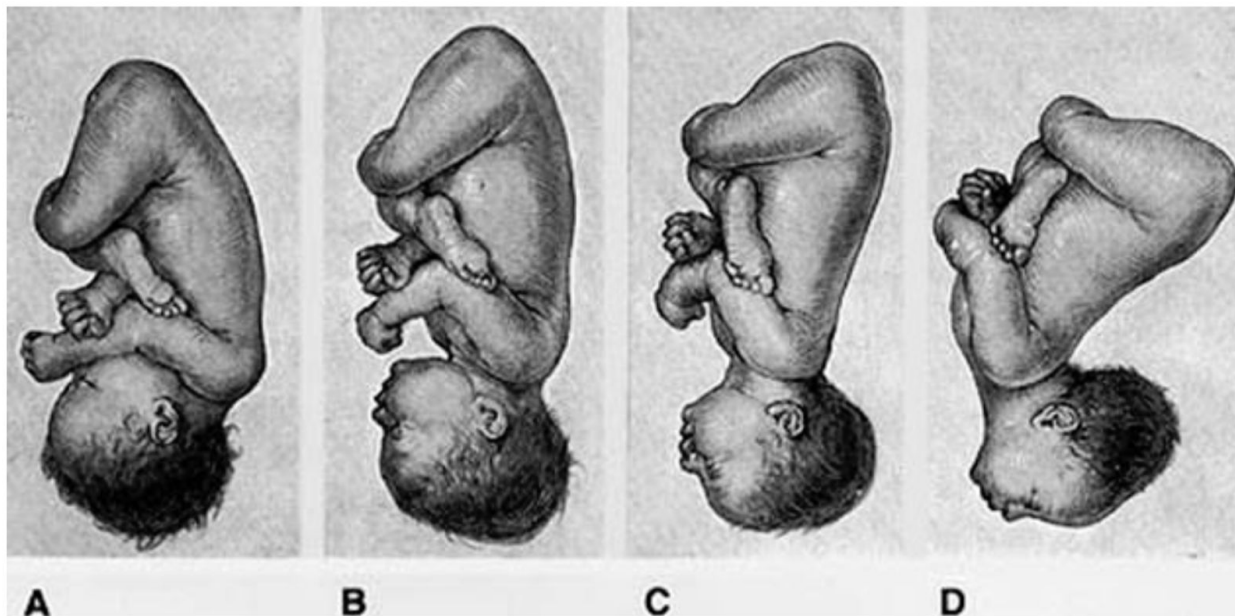
Patologiska tillstånd med hormonstörningar såsom polycystiska ovarialsyndromet (PCO) och östrogenproducerande tumörer (granulosa-tecacellstumörer) ger en ökad risk för endometriecancer.

Hög ålder = statistisk risk?

Nämn tre andra diagnoser som kan förklara Ullas nytillkomna blödningar! 1,5p

1. Cervixcancer
2. Östrogenbehandling är en vanlig orsak till postmenopausal blödning.
3. Försvagade slemhinnor i slidan och urinledaren. Små sprickor kan ge mindre blödningar, särskilt efter samlag.
4. Godartade polyper i livmoderhalsen kan blöda.

Fråga 22 (3 poäng)



Koppla ihop rätt bjudning med rätt bild (1p):

Framstupa kronbjudning Bild: A

Vidöppen ansiktsbjudning Bild: D

Vidöppen hjässbjudning Bild: B

Vidöppen pannbjudning Bild: C

Vilken bjudning är vanligast? 1p

Framstupa kronbjudning

Motivera varför denna bjudning är vanligast och leder till minst risk för komplikationer under förlossningen. 1p

Minst huvudomfång och därmed enklast passage genom förlossningskanalen.

Fråga 23 (1 poäng)

Nämn två vanliga smärtsymtom vid endometrios?

- Dyspareni
- Smärta bakre fornix
- Smärtsam mens

Fråga 24 (1 poäng)

Vad är den rekommenderade initiala behandlingen vid endometrios?

1. Smärtlindring med paracetamol (Alvedon) och COX-hämmare är standardbehandling.

2. Hormonell behandling: Behandlingsstegen är; p-piller i första hand, därefter gestagener och slutligen GnRH-analoger. Före behandling med GnRH-analog bör diagnosen fastställas via laparoskopi och eventuellt px.

Fråga 25 (2 poäng)

Olga kommer till dig och berättar att hon och hennes make Fredrik har försökt få barn under två års tid utan framgång.

Motivera för Olga varför även Fredrik måste komma till mottagningen och berätta om 2 saker som man söker hos Fredrik?

33% mannen, 33% kvinnan, 33% okänd anledning.

1. Spermieantal
2. Spermimotoilitet

Fråga 26 (6 poäng)

Ange tre orsaker till kvinnlig infertilitet? 3p

1. PCOS
2. Prematur Ovariell Insufficiens
3. Myom (Mekanisk orsak)

Förklara varför var och en av dessa kan leda till infertilitet! 3p

1. PCOS - ingen ägglossning (inget ägg väljs ut)
2. Prematur Ovariell Insufficiens - ingen ägglossning
3. Myom - mekaniskt problem med t.ex. implantation

Tenta 2018-04-26

FRÅGA 1 (2 poäng)

Soheila är gravid i v 20. Det finns flera fysiologiska förändringar som uppträder i en helt normal graviditet.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta avseende en normal graviditet?

- A. Blodtrycket ligger vanligen lägre i tredje trimestern jämfört med i andra trimestern.
- B. TSH stiger vanligen i första trimestern.
- C. Den perifera kärlresistensen minskar.**
- D. Albumin ligger vanligen lägre i den tredje trimestern jämfört med innan graviditeten.**
- E. Pigmentförändringar i ansiktet är vanligt.

FRÅGA 2 (2 poäng)

Mary kommer till vårdcentralen när hon är gravid i v 30. Det känns så konstigt i magen och hon får springa och kissa hela tiden. Här bör man misstänka urinvägsinfektion.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Urinvägsinfektion bör misstänkas när gravida kvinnor har prematura sammandragningar**
- B. E.coli och Grupp B Streptokocker är vanliga agens vid urinvägsinfektion hos gravida.**
- C. Kontrollodling skall utföras efter behandling av gravida med urinvägsinfektion.**
- D. Vid Grupp B Streptokocker i urinen under graviditet skall patienten enbart få behandling med antibiotika under förlossning om hon har symptom.
- E. Grupp B Streptokocker är den vanligaste orsaken till neonatal sepsis.**

FRÅGA 3 (2 poäng)

Riita är gravid i v 36 och kommer i december till mödravården för att hon inte kan sova längre. Något är fel för det kliar så hon blir tokig sedan några dagar. Klådan fanns nog där innan dess men nu har den blivit helt ohanterlig.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta avseende intrahepatisk kolestas under graviditeten ("hepatos")?

- A. Intensiv klåda på magen är typiskt symtom.
- B. Intensiv klåda i handflator och fotsulor är ett typiskt symtom.**
- C. Tillståndet innebär ingen ökad risk för intrauterin fosterdöd.
- D. Tillståndet innebär ökad risk för intrauterin fosterdöd.**

FRÅGA 4 (2 poäng)

Kvinnor i länder med få resurser riskerar att dö i samband med förlossning. Den vanligaste orsaken att kvinnor dör vid förlossning är blödning.

Vilket är den vanligaste orsaken till blödning post partum > 1000 ml:

- A. Cervixskada.
- B. Perinealbristning.
- C. Atonisk uterus.**
- D. Koagulopati.

FRÅGA 5 (3 poäng)

Miriam 32 år kommer för preventivmedelsrådgivning efter att hon har slutat amma när hennes barn är 10 månader. Hon har hört att man kan äta ihop p-pillerkartor och slippa ha blödningar.

Det viktigt att känna till de kontraindikationer som finns för kombinerad hormonell metod.

Vilket/vilka av nedanstående tillstånd utgör kontraindikation mot användning av kombinerade hormonella preventivmedelsmetoder?

- A. Inflammatorisk tarmsjukdom.**
- B. Tidigare genomgången djup ventrombos.**
- C. Välbehandlad hypertoni.**
- D. Bröstcancer hos patientens syster.

FRÅGA 6 (3 poäng)

Alba kommer till avdelning för att få en abort utförd i v 21+4.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Vårdgivare har ingen skyldighet att utföra inducerad abort om det strider mot deras religiösa övertygelser.
- B. Socialstyrelsen kan aldrig medge inducerad abort efter v. 22+0.
- C. Vid inducerad abort där fostret visar livstecken ska barnläkare alltid tillkallas.
- D. Kvinnor har rätt att få samtalskontakt vid abort.**

FRÅGA 7 (3 poäng)

Anna 25 år kommer till dig på mottagningen då hon inte haft mens på 6 månader. Hon har tidigare ätit kombinerade p-piller men slutat pga barnönskan.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. För att kunna diagnosticera PCOS behöver man verifiera att patienten har polycystiska ovarier, hyperandrogenism, och infertilitet.
- B. För att kunna diagnosticera PCOS behöver man verifiera att patienten har polycystiska ovarier, hyperandrogenism, och övervikt
- C. Vid lågt FSH hos en 25-årig kvinna bör man utesluta prematur ovariell insufficiens.
- D. Vid högt FSH hos en 25-årig kvinna bör man utesluta prematur ovariell insufficiens.**
- E. För att kunna tolka testosteron behöver man samtidigt analysera SHBG.**

FRÅGA 8 (2 poäng)

Vid ett rutinbesök på vårdcentralen klagar Fadumeh 80 år en passant på att hon blöder från underlivet ibland i samband med toalettbesök och upplever att det är så torrt att hon inte kan genomföra samlag längre.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Torra slemhinnor hos en 80-årig kvinna beror oftast på lokal östrogenbrist.**
- B. Klåda i underlivet hos en 80-årig kvinna beror oftast på lokal svampinfektion.
- C. Lättblödande slemhinnor hos en 80-årig kvinna beror oftast på lokal östrogenbrist.**
- D. Lättblödande slemhinnor hos en 80-årig kvinna beror oftast på lokal vaginalcancer.

FRÅGA 9 (3 poäng)

Ingrid är 37 år gammal och hon berättar att hon och hennes make försökt få barn i 2 års tid utan att lyckas.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Endometrios är en vanlig orsak till kvinnlig infertilitet.**

- B. Kvinnor med endometrios har högre risk för att utveckla ovarieellt hyperstimuleringsyndrom än kvinnor med PCOS.
- C. Cervixdysplasi är en vanlig orsak till kvinnlig infertilitet.
- D. IVF är inte möjligt vid azoospermi.

FRÅGA 10 (3 poäng)

Emelie 22 år har haft underlivsproblem i några dagar.
Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Vid bakteriell vaginos noteras ofta rodnade slemhinnor.
- B. Vid vulvovaginal svampinfektion noteras ofta gråaktig flytning.
- C. Vid bakteriell vaginos kan man behandla både systemiskt och vaginalt.**
- D. Vid bakteriell vaginos bör man överväga partnerbehandling.
- E. Vid vulvovaginal svampinfektion finns relativt hög risk för uppåttstigande infektion (salpingit).

FRÅGA 11 (2 poäng)

När du undersöker Matilda 20 år med ultraljud inför att hon önskar bli gravid ser du en cista på 3,5 cm på ena äggstocken.
Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Alla äggstockscystor behöver undersökas av gynekolog.
- B. Corpus luteumcystor försvinner alltid spontant.**
- C. Follikelcystor ses ofta hos kvinnor innan menopaus.**
- D. En enkelrummig, ekofattig, tunnväggig cista upp till 4 cm hos en kvinna i fertil ålder är att betrakta som ett normalfynd.**
- E. En enkelrummig, ekofattig, tunnväggig cista upp till 6 cm hos en kvinna i fertil ålder är att betrakta som ett normalfynd.

FRÅGA 12 (3 poäng)

Trine 29 år har alltid haft mycket mensvärk och har haft kombinerade p-piller i flera år. Hon fick diagnosen endometrios och har mycket frågor vad som gäller för kvinnor med endometrios.
Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. De med endometrios har en ökad risk för ektopisk graviditet.**
- B. De med endometrios har en ökad risk för ovarialcancer.**
- C. De med endometrios har en ökad risk för infertilitet.**
- D. De med endometrios har en ökad risk för cervixdysplasi.
- E. De med endometrios skall inte behandlas med endast gestagen.

FRÅGA 13 (1 poäng)

På kirurgakuten träffar du Alexandra, 56 år, som tidigare blivit hysterektomerad och oforektomerad pga cancer i "gynsfären".

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Endometrie cancer i stadium Ia kan oftast behandlas med enbart kirurgi.
- B. Äggstockscancer diagnosticeras oftast i avancerade stadier (III-IV).**
- C. Vulvacancer är vanligare bland kvinnor yngre än 40 år jämfört med äldre.
- D. Risken för äggstockscancer ökar vid användning av kombinerade p-piller.

FRÅGA 14 (3 poäng)

Maria är 40-år och söker för att hon har svårt att hålla urinen i vissa sammanhang.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Ansträngningsinkontinens är vanligare hos kvinnor som fött barn.**
- B. Ansträngningsinkontinens innebär ofta att man får täta trängningar.
- C. Ansträngningsinkontinens går att behandla med så kallad TVT-operation.**
- D. Trängningsinkontinens går att behandla med så kallad TVT-operation.
- E. Trängningsinkontinens definieras som ofrivilligt urinläckage i samband med t.ex. hosta, nysningar och fysisk aktivitet.

FRÅGA 15 (1 poäng)

Ella 23 år söker på ungdomsmottagningen pga att hon inte längre kan ha penetrerande sex med sin kille. Det gör helt enkelt för ont.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta?

- A. Vaginism innebär en viljestyrd muskelkontraktion av musklerna runt introitus vaginae i samband med penetration.
- B. Clitoris innerveras av sensoriska nervändslut från n. pudendalis.**
- C. För att sätta diagnosen lokaliserad provocerad vestibulodyni (LPV, tidigare vulvavestibulit) krävs minst 6 månaders anamnes på penetrationssmärta.**
- D. Kvinnor som drabbas av diagnosen lokaliserad provocerad vestibulodyni (LPV, tidigare vulvavestibulit) är sällan över 30 år.**

FRÅGA 16 (1 poäng)

Åke är född Ida och genomgår just nu könskorrigering behandling från kvinna till man. Han har några frågor om hur detta kommer att bli för honom.

Vilket/vilka av nedanstående påståenden är korrekta avseende testosteronbehandling hos patienter som genomgår behandling för att korrigera sitt kön från kvinna-till-man?

- A. Menstruationerna försvinner oftast så snart testosteronbehandlingen inletts.**
- B. Muskelmassan ökar inom några månader efter att testosteronbehandlingen inletts.**
- C. Brösten minskar påtagligt i storlek inom ett år efter att testosteronbehandlingen inletts.
- D. Risken för hjärt-kärlsjukdom ökar kraftigt.

FRÅGA 17 (2 poäng)

En kvinna kommer till dig, på mödrahälsovården där du vikarierar, i graviditetsvecka 20. Hon är frisk och födde barn för tre år sedan, PN. Barnet vägde 2,3 kg. Blodtryck idag 125/75 mm Hg, urinsticka visar 0/spår för proteinuri. Hon har just varit på rutinultraljud och allt var bra där. Hon mår bra och arbetar som vanligt och det går bra.

Finns skäl med ledning av ovanstående att vidta någon mer åtgärd under graviditeten? Motivera ditt svar.

- Vill man ha extra koll på tillväxten på bebis II också?
- Det står bara att föregående grav var partus normalis, dvs att barnet föddes tidigast v 37. Om hon födde v.37 är 2,3kg precis på -2SD gränsen (inom AGA). Om hon födde senare är 2,3 kg under -2SD (SGA).
 - Beroende på när hon födde sitt förra barn bör, eller kanske bör man inte, göra extra kontroller.

FRÅGA 18 (3 poäng)

Greta 34 år är gravid i v 14 och kommer för inskrivning. Förra barnet föddes i v 39 med kejsarsnitt på grund av sätesändläge och vägde 4.7 kg. Barnet mår fint idag.

Hur planerar du Gretas graviditet? Gör du något utöver ordinarie basprogram, i så fall vad och varför (1,5 poäng)?

Förra barnet hade en ökad födelsevikt, en så kallad LGA. Den vanligaste enskilda riskfaktorn för LGA är graviditetsdiabetes. GDM är ett notoriskt underdiagnosticerat tillstånd. Sensitiviteten är högre vid glukosbelastning jmf med mätning av "slumpsocker" som görs på MVC. Därför bör man planera OGTT under denna graviditet.

Greta undrar om förlossningssätt, vad rekommenderar du och varför (1,5 poäng)?

Vare sig sätesbjudning eller tidigare LGA motiverar annat planerat sätt för förlossning än vaginalt om inte något annat tillstötter under denna graviditet. Vaginal förlossning rekommenderas. Inte heller kejsarsnitt rekommenderas då risken för uterusruptur är marginellt förhöjd vid ett tidigare kejsarsnitt.

FRÅGA 19 (5 poäng)

Du är WHO-konsult på hälsoministeriet i ett sjukvårdsdistrikt i ett grannland till Sverige. Här har man hittills bara haft s.k. opportunistisk screening, dvs. man har tagit prover på kvinnor som sökt för gynekologiska besvär, men inte haft regelbunden kallelse för alla kvinnor. Ditt uppdrag är nu att medverka till uppbyggnad av ett screeningprogram med provtagning för att identifiera förstadier till cervixcancer. Du behöver nu övertyga de ansvariga på ministeriet om nyttan med denna screening.

Genom att använda dina kunskaper om riktlinjer för att starta ett screeningprogram, motivera varför screening för CIN kan uppfylla kriterierna för screeningprogram (3p)

Ej facit:

WHO:s kriterier för screening:

- Sjukdomen ska vara vanlig, allvarlig och utgöra en samhällelig belastning
- Diagnostik av symtomfria individer ska vara möjlig
- Diagnostiskt test ska med hög sannolikhet klassificera sant sjuka individer som sjuka och sant friska som friska
- Effektiv behandling ska finnas och vara tillgänglig.
- Tidig upptäckt och behandling ska innebära en förbättrad prognos.
- Verksamheten ska vara allmänt accepterad i den befolkning som omfattas av screening, och vara kostnadseffektiv.

Argument:

- Beräknas rädda flera hundra liv per år.
- Livmoderhalscancer är allvarlig, men nio av tio kvinnor med tidigt upptäckt sjukdom kan botas.

Kan du ge förslag på hur det prediktiva värdet på testet som oftast används i screeningen idag kan förbättras, dvs. minska andelen falskt negativa prover (2p)

- Kombinera primär cellprovstagning som har låg sensitivitet med HPV-testning som har närmare 100% sensitivitet men sämre specificitet än cellprovstagning.

FRÅGA 20 (5 poäng)

En 26-årig kvinna väsentligt frisk söker dig på grund av lågt sittande buksmärta med viss utstrålning mot ryggen och vaginal blödning. Hon lever i ett fast förhållande sedan 2 år och

använder kondom som preventivmedel. Hon är 0-gravida. Hon berättar att hon haft attacker av lågt sittande buksmärta den senaste veckan men de gått över efter en stund. Det gör mer ont åt vänster sida nedtill i buken. Vid bukpalpation finner du att hon är rejält ömt nedtill i buken. Vilken/vilka bakomliggande diagnoser bör du ha mest respekt för i detta här läget och vad blir det mest lämpliga fortsatta handläggningen? Motivera svaret.

Ektopisk graviditet är den diagnos man bör ha mest respekt för. Utredningen ska innefatta graviditetstest och gyn us inkl vaginalt UL. Om graviditetstest är positivt ska s-hCG analyseras och tolkas i förhållande till ultraljudsfynden. Diagnosen är potentiellt letal.

FRÅGA 21 (6 poäng)

Elisabeth, 46 år, är tidigare frisk söker på kvinnokliniken akutmottagning pga riklig blödning. Efter 3 månaders blödningsuppehåll har hon nu fått en mycket riklig blödning med koagler. Hon har nu i 3 dagar och nätter blött igenom både binda och tampong. Hon har inga mediciner och inget eget preventivmedel. Vid den gynekologiska undersökningen finner du att uterus normalstor, det rinner blod ur cervix. Ultraljundsundersökningen visar normala förhållanden. Patientens Hb är 98 g/l. Elisabeth har provat Cyklokapron som skrevs ut av hennes husläkare igår i dosen 1gX4 utan större effekt.

Föreslå diagnos och redogör kort för dess bakomliggande mekanism? (2p)

Ej facit:

Anovulatoriska blödningar.

För regelbundna menstruationer krävs ägglossning. Anovulatoriska blödningar förekommer fysiologiskt efter mensdebut hos unga kvinnor och även hos kvinnor före menopaus. Dessa blödningar är alltid smärtfria och kan vara mycket rikliga. Vid långvarig östrogenpåverkan utan ägglossning produceras inget progesteron som gör att slemhinnan avstöts. Så småningom blir livmoderns slemhinna då så tjock att den fläckvis går i nekros. Samtidigt som delar av slemhinnan växer till avstöts andra nekrotiska delar. Ibland bildas en enkel hyperplasi.

Den unga kvinnan som söker för riklig smärtfri blödning, ofta klumpvis, som aldrig haft menssmärtor och som är trött, yr och har anemi är en typisk patient liksom 45-åringen med långdragna rikliga oregelbundna blödningar.

Nämn två förstahandsbehandlingsalternativ? (2p)

Vid riklig långvarig blödning utan mönster:

1. Börja direkt med gestagen, t ex medroxiprogesteron eller noretisteron 5 mg 2 gånger/dag i 10 dagar (räknas som dag 16–25). Blödningen upphör troligen efter några dagar och återkommer några dagar efter avslutad behandling. Upprepa ytterligare minst 2 cykler.

2. Till perimenopausal kvinna är hormonspiral lämpligt.

FRÅGA 22 (5,5 poäng)

Birgitta 73 år kommer till dig på vårdcentralen för att "något hänger ut på eftermiddagen". Birgitta är frisk och mycket aktiv. Hon har fött 3 barn vaginalt. Kom in i menopaus vid 53 års ålder. Hon använder lokalt östrogen sedan flera år.

Vad är det vanligaste vävnaderna/organen som kan "bukta ut" genom slidan (1,5p)?

Rectum, urinblåsa, uterus

Vilka riskfaktorer finns för dessa fenomen och förklara hur varje riskfaktor bidrar till uppkomsten (0,5 poäng per riskfaktor, max 2 poäng)?

Paritet, bristning, fetma, tungt arbete, lyft, ärftlighet m.fl. Max 2 poäng varav paritet, bristning och fetma bör ingå.

Hur kan man behandla Birgitta, beskriv utifrån en behandlingstrappa med vad man kan börja med och hur man resonerar vidare (2 poäng)?

Reducera riskfaktorer såsom fetma. Bäckbottenträning, prolapsring + lokalt östrogen, kirurgi.

FRÅGA 23 KLINISK GENETIK (3 poäng)

Kromosomanalys görs på en kvinna som nyligen fått ett barn med Downs syndrom. Resultatet visar att kvinnan har en balanserad Robertsonsk translokation mellan kromosom 14 och 21. Kvinnans bror visar sig också vara bärare av translokationen. Vilken risk har kvinnan respektive hennes bror att få barn med Downs syndrom?

Vilken ytterligare information ger du?

Tenta 2017-11-29

Fråga 1.

Gestationsdiabetes är kopplat till följande perinatale komplikationer:

1. Tillväxthämning
2. Intrauterin fosterdöd
3. Neonatal hypoglykemi
4. Skulderdystoci

Markera det nedanstående alternativ som stämmer (1p)

- A. 2, 3 och 4
- B. 2 och 3
- C. 3 och 4
- D. Alla (1, 2, 3 och 4)**

Fråga 2.

Vilken är den vanligaste orsaken till blödning post partum > 1000 ml? (1p)

- A. Cervixskada
- B. Atonisk uterus**
- C. Perinealbristning
- D. Koagulopati

Fråga 3.

En 25-årig förstföderska söker i v. 34+0 med riklig vaginal blödning utan smärta eller värkar. Vid undersökning är livmodern mjuk och oöm och fostrets huvud är fixerat i bäckeningången. Den korrekta handläggningen är att som nästa steg...(1p)

- A. ...ge tokolys
- B. ...utföra spekulumundersökning efter vaginalt/abdominellt ultraljud**
- C. ...utföra vaginal palpation av cervix
- D. ...ge Cyklokapron (tranexamsyra)

Fråga 4. a.

Vilket av följande preparat ska inte användas för att behandla högt blodtryck under graviditet? (1p)

- A. Enalapril
- B. Labetalol
- C. Nifedipin
- D. Dihydralazin

4 b. Motivera varför det vore olämpligt att använda just detta (1p)

Användning av ACE-hämmare i tidig graviditet har satts i samband med en ökad risk för hjärtfel hos barnet.
Användning av ACE-hämmare under andra och tredje trimester är associerat med fetal njurskada.

Fråga 5.

5. Vilket/vilka påstående/påståenden är sanna om svensk abortlag?

1. Det är tillåtet att kvinnan tar mifepriston hemma vid medicinsk abort
2. Det är en skyldighet för vårdgivaren att upp till graviditetsvecka 18+0 utföra abort på en kvinna som önskar det
3. Efter v 18+0 kan abort beviljas om kvinnan ansöker om detta till Socialstyrelsen
4. Efter v 21+6 kan abort aldrig beviljas

Markera det nedanstående alternativ som stämmer (1p)

- A. 1, 2 och 3
- B. 2 och 3**
- C. samtliga
- D. 2, 3 och 4

Fråga 6.

Vilken är den vanligaste mödradödlighetsorsaken i u-länder? (1p)

- A. Ektopisk graviditet

B. Postpartumblödning

- C. Abortrelaterade dödsorsaker
- D. Pre-eklampsi

Fråga 7.

Sena decelerationer vid CTG-registrering är associerat till (1p)

- A. Kompression mot huvudet
- B. Kompression av navelsträngen
- C. Fetal hypoxi**
- D. Sätessförlossning

Fråga 8.

Elin är 14 år och har svår mensvärk. Hon fick mens för 8 månader sedan för första gången. Hon brukar ta Ipren men det hjälper inte särskilt bra. Hon får stanna hemma från skolan 2 dagar per menstruation och har haft 6 stycken menstruationer totalt. Hon är frisk och har ingen ärftlighet av betydelse. Vilket eller vilka behandlingsalternativ är korrekta?

- 1. Kombinerade p-piller i kontinuerlig regim**
- 2. P-stav**
- 3. Hormonspiral**
- 4. Att avstå behandling som hämmar ägglossning på grund av Elins ålder

Markera det nedanstående alternativ som stämmer (1p)

- A. 2 och 3
- B. 2 och 4
- C 3 och 4
- D 1, 2 och 3**

Fråga 9.

Vilka åtgärder kan du vidta för att behandla värksvaghet under förlossning?

- 1. Ge värkhämmande medicin tex Bricanyl så att livmodern får återhämta sig
- 2. Ge Syntocinon

3. Ge misoprostol
4. Utföra amniotomi

Markera det nedanstående alternativ som stämmer (1p)

- A. 1 och 4
- B. 2 och 4**
- C. samtliga förslag
- D. 2, 3 och 4

Fråga 10

Adele och Miriam har varit ett par i 3 månader. Nu har Adele fått flytningar och miktionsveda och dessutom har hon drabbats av en vänstersidig konjunktivit.

Vilken är den mest troliga förklaringen till Adeles besvär? (1p)

*Mycoplasma genitalium? (konjunktiviten)
...eller klamydiakonjunktivit. Om hyperakut insjuknande med mycket pus - tänk på gonokockkonjunktivit.*

Hur hanterar du detta? Motivera behandling, provtagning och omhändertagande (2p)

“Sektionen för Venereologi inom SSDV (Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi) rekommenderar i sina riktlinjer att patienter med symtom som genital flytning och dysuri om möjligt provtas för klamydia, gonorré och M. genitalium.”

M. genitalium: Rekommenderad behandling i Sverige: tablett azitromycin (Azitromax) 500 mg x 1 dag 1, 250 mg x 1 dag 2-5.

Aktuell(a) partner i en pågående relation bör provtas och behandlas, övriga partner beroende på provtagningsresultat.

Klamydia: Doxycyklin 2 tabl à 100 mg dag 1, därefter 100 mg dagligen dag 2-9. Behöver inte odlas utan räcker med PCR klamydia. Gonorre odlas alltid och resistensbestäms. Båda är smittspårning på. Ögondroppar också eller?

Fråga 11.

Greta är 17 år och tränar handboll flitigt. Hon kommer för att hon alltid haft rikliga och smärtsamma menstruationer och det påverkar hennes prestation. Sedan högstadiet har Greta också fått svår huvudvärk, skolläkaren sa då att det var migrän och hon upplever ofta synpåverkan precis innan huvudvärken börjar. För detta fick hon Imigran och det funkar bra men mensproblemen får hon inte ordning på. Hon har provat Ipren men tycker inte att det hjälper nämnvärt.

Föreslå både hormonell och icke hormonell behandling och motivera ditt val. (3p)

Migrän med aura är kontraindikation för kombinerade metoder.

Mirenaspiral (lågdoserad gestagen)

- "Med Mirena är den genomsnittliga blödningsmängden reducerad med ca 90 %. 25 % får amenorré (50 % efter 5-8 år) och det stora flertalet en avsevärd minskning av blödningsmängden." - SFOG spec-tenta 2016 fråga 4

Analgetika? (Paracetamol + NSAID) + Cyklokapron?

- Minska smärtan med analgetika
- Cyklokapron för att minska blödning
- NSAID minskar även blödning.

Fråga 12.

Elsa 75 år har via husläkaren fått en remiss till kvinnokliniken pga misstänkt prolaps. Hon har sedan ett par månader känt en tyngdkänsla i nedre delen av buken och fått täta urinträngningar. Elsa har en lättare hjärtsvikt där medicinering är just påbörjad. Hon är för övrigt frisk. Vid undersökning finner du ett måttligt cystocele.

Hur utreder Du henne förutom gynundersökningen? Ange 2 kompletterande undersökningar

Vaginalt och abdominellt ultraljud? Bukpalpation.

Hur behandlar du henne? (1p)

Prolapsring + lokalt östrogen.

Finns det någon annan diagnos som du absolut bör utesluta? (1p)

Ovarialcancer kan ge ökade urinträngningar.

Fråga 13.

Carolin är 20 år och söker på ungdomsmottagningen för att hon har ökad behåring i ansiktet och på bröstet. Hon har också en oregelbunden mens och är något överviktig, BMI

29. PCOS är något du börjar fundera över. Detta är en kriteriediagnos. Hur går du tillväga för att bekräfta eller avfärda den diagnosen? Ange vilka kriterier som ingår och hur du tar reda på om de uppfylls (3p)

1. Oligo/anovulation \geq 2 år
2. Klinisk/biokemisk hyperandrogenism
 - o Klinisk: Hirsutism, androgen alopeci.
 - o Biokemisk: Ökat testosteron, sänkt SHBG, $T\text{-SHBG} > 0,050$, $LH/FSH\text{-kvot} > 2$.
3. Polycystiska ovarier på UL eller Ovarialvolym $> 10\text{ml}$

2 av 3 kriterier ska vara uppfyllda för diagnos och samtliga diffdiagnoser ska vara uteslutna.

Insulinresistens och hyperinsulinemi är vanliga hos kvinnor med PCOS, men ej universellt drag.

Fråga 14.

Mimmi och Musse väntar sitt första barn. Mimmi är 29 år och erbjuds på barnmorskemottagningen en s.k. KUB-test.

Vad innebär en KUB-test? Hur går det till och vad är syftet med testet? (2p)

KUB- kombinerat ultraljud och biokemi. Mätning av nackuppkläring i kombination med nivåer i mammas blod av PAPP-A och beta-hCG.

Genom KUB kan sannolikheten för att bära på ett foster med kromosomavvikelse räknas ut. 90 % av foster med Downs syndrom kan hittas med denna metod.

Mimmi får svar på KUB-testet som är 1:188

Vad innebär detta svar för Mimmi? Beskriv kortfattat hur du informerar henne och vilken undersökning du erbjuder du henne härnäst för att komma vidare i fosterdiagnostiken. (3p)

Vilka som erbjuds att göra NIPT/moderkaksprov/fostervattensprov är olika inom olika regioner och landsting.

Inom Stockholms landsting erbjuds NIPT (och troligen även invasivt prov) till den som gjort en KUB-undersökning där sannolikheten för kromosomfel är mer än 1:200.

NIPT (Non-invasive prenatal testing):

Bygger på att man analyserar cellfritt DNA från fostret i mammans blod. Detta tas från mamman i vecka 10+ . Testet identifierar de vanligaste kromosomavvikelse med en träffsäkerhet på drygt 99 procent (kromosom 13,18,21 samt avvikelse könskromosomerna X och Y.)

Moderkaksprov (corionvillibiopsi) kan utföras från graviditetsvecka 12. Fostervattenprov (amniocentes) kan utföras från graviditetsvecka 15. Detta kan vara aktuellt om man har en förhöjd sannolikhet för kromosomavvikelse, andra allvarliga ärftliga tillstånd, eller om man har upptäckt någon missbildning vid ultraljudsundersökningen.

Fråga 15.

Melania, 24 år, söker mottagningen pga svår klåda i underlivet sedan 3 dagar. Hon har en manlig partner, Donald, sedan 6 månader. Nyligen behandlades paret för en klamydiainfektion.

Vid undersökningen finner du rodnade slemhinnor och rikligt med vit-gulaktig flockig flytning

Beskriv för Melania vilken diagnos som är mest trolig, tänkbar orsak till detta, hur det kan behandlas och svara på Melanias fråga om även Donald ska behandlas? (2p)

Candidakolpit / Candidavaginit

Candidavaginit behandlas i första hand med receptfria medel som ekonazol (Pevaryl) eller klotrimazol (Canesten) vagitorier och ev kräm i 1-3 dagar.

Partnerbehandling behövs ej.

CAVE: Om Donald kanske blir president och inte är helt trogen. Risk för upprepade STI.

Fråga 16.

Nova 27 år och kommer till akutmottagningen med smärtor i buken. Debuten kom plötsligt i natt och nu har Nova så kraftiga smärtor att hon inte kan ligga still. Hon mår illa och kräks. Beskriv vilka differentialdiagnoser, minst 4, som är rimliga att överväga och vilka undersökningar/åtgärder som kan utesluta resp bekräfta ditt antagande (4p)

Ovarialtorsion, cystruptur, endometrios (?), X, missfall, corpus luteum med blödning, gastroenterit, appendicit

Gynus, UL, U-hCG, S-hCG

Fråga 17.

Ofelia är gravid i graviditetsvecka 30. SF kurvan visade misstänkt stor för tiden och ett tillväxt ultraljud gjordes som visade +35% Ofelia undrar nu varför fostret verkar växa så mycket. Förklara vad som är den vanligaste orsaken till överdriven fetal tillväxt och hur ni nu ska gå tillväga för att ställa diagnosen. Beskriv också hur undersökningen går till praktiskt. (3p)

Vanligaste orsaken: Graviditetsdiabetes.

Diagnostik: OGTT (glukosbelastning).

- Efter 12 timmars fasta tas ett kapillärt p-glukos.
- Patienten får sedan dricka 75 g glukos löst i 250 – 350 ml vatten på högst 5 min.
- Efter 1 och 2 timmar tas ett nytt P-glukos

Ofelia undrar också om det finns några risker för barnet eller henne om den misstänkta diagnosen stämmer och i så fall vilka. Vad svarar du? (2p)

Risker för fostret:

- Makrosomi eller LGA
- Prematurbörd
- Traumatiska förlossningsskador (i huvudsak Erbs pares)
- Neonatal hypoglykemi
- Andningsstörningar

Risker för modern:

- Preeklampsi
- Graviditetshypertoni
- Behov av kejsarsnitt

- Skulderdystoci
- Ökad risk att i framtiden utveckla framför allt typ 2-diabetes
- Nefropati/Retinopati?

Fråga 18.

Filippa inkommer till mödravården i graviditetsvecka 10. I sin förra graviditet hade hon en tidigt debuterande preeklampsi och förlöstes med akut kejsarsnitt i vecka 28 pg allvarlig sjukdom. Hur vill du planera denna graviditet? Beskriv vad som ingår i din planering. Undersökningar och/eller någon särskild behandling? (2p)

Gravida med tidigare svår PE har hög risk för preeklampsi i nästa graviditet.

Handläggning av gravida med måttlig/hög risk för PE:

- Tidig kontakt med läkare för graviditetsplanering.
- Folsyra
- Trombyl 75 mg 1x1, från graviditetsvecka 12 till och med graviditetsvecka 36, minskar risken för PE med 10-20 procent
- ultraljud i graviditetsvecka 24 med flöde i a umbilicalis, pulsativt index (PI) (notch).
- tätare kontroller avseende blodtryck, proteinuri och ultraljud för att bedöma fostertillväxt
- ställningstagande till remittering till Spec.-MVC för vidare handläggning.

Fråga 19.

Linda är 42 år och har fött två barn vaginalt. Hon söker för tilltagande urinläckage som besvärar henne. Det framkommer att hon mest läcker i samband med att hon motionerar, men att hon även måste gå upp på natten och kissa.

Vilka undersökningar gör/beställer du i samband med hennes besök på mottagningen? (1)
Linda har också fört en miktionslista hemma under ett dygn;

Vilken typ av urinläckage lider hon av? (1)

Blandinkontinens (har dels ansträngningsinkontinens men även nokturi vilket på träning)

Vilken behandling föreslår du i första hand och kan man ge henne något ytterligare råd? (1)
Bäckenbottenträning, blåsträning, ej dricka för mkt sent på kvällen

Vilken ytterligare behandling kan man erbjuda om urinläckaget fortsätter? (1)
Antimuskarina läkemedel (trängning), TVT (ansträngningsinkontinens)

Fråga 20.

Cervixcancer preventionsprogrammet i Sverige har starkt bidragit till minskad förekomst av cervix cancer. Vilken analys, cytologi eller HPV-analys, har högst sensitivitet resp specificitet? (2p)

HPV-test ger högre känslighet (sensitivitet) och lägre träffsäkerhet (specificitet) än cytologi för att påvisa förstadier till livmoderhalscancer.

Fråga 21.

Milla och Alfons, båda 36 år, har försökt bli gravida i 14 månader och söker dig då det inte lyckats. Redogör för en orsak till kvinnlig samt en orsak till manlig infertilitet som du skulle kunna finna vid din undersökning och vilka behandlingsmöjligheter som finns vid dessa störningar. (2p)

Orsak till kvinnlig infertilitet: PCOS, endometriosis, skador på äggledaren, under-/överprod av thyroideahormon.

Orsak till manlig infertilitet: visas oftast i ett onormalt spermaprov och orsakerna är oftast hormonella eller anatomiska (reducerad spermiekvälité, avsaknad av spermier).

Behandlingsmöjligheter: Skador på äggledare: äggplockning + inplantering av embryo i uterus. Åtgärda hormonell obalans. Ägg/spermiedonation.

Fråga 22.

Kromosomanalys görs på en kvinna som nyligen fått ett barn med Downs syndrom. Resultatet visar att kvinnan har en balanserad Robertsonsk translokation mellan kromosom 14 och 21. Kvinnans bror visar sig också vara bärare av translokationen. Vilken risk har kvinnan respektive hennes bror att få barn med Downs syndrom?
Vilken ytterligare information ger du?
(3 p)

Tenta 2017-04-28

Fråga 1

1. Gunilla 47 år kommer till din gynekologmottagning och säger att hon har svårt att hålla urinen tätt. Ofta läcker hon urin när hon nästan kommit hem (står och försöker hitta rätt nyckel till lägenheten).

Gunilla är 165 cm lång och väger 69 kilo. Hon har fött 3 barn vaginalt och genomgått ett kejsarsnitt. Hon promenerar till och från jobbet och då är det inga problem att hålla urinen tätt. Du inser att du bör göra en utredning av Gunillas besvär. Det låter som överaktiv blåsa, tycker du.

Vad ingår i utredningen för att du ska kunna ställa diagnos? Vilka differentialdiagnoser måste du överväga? Motivera ditt svar (2p)

Miktionslista - måste gå på toa ofta vid trängningsinkontinens.

Retning i eller nära urinblåsa eller urinrör.

En urinvägsinfektion, blåstumör eller blåssten, eller inflammation i blåsan utan infektion, kan irritera urinblåsan inifrån. En ovarialtumör eller myomatös livmoder kan irritera blåsan utifrån.

Sköra slemhinnor postmenopausalt kan medföra sveda och irritation från urinröret. Tåta vattenkastningar på grund av stora urinmängder efter rikligt intag av dryck kan upplevas som trängningar.

Om din preliminära diagnos stämmer, vilken behandling är då aktuell att börja med? Om denna inledande åtgärd inte är tillräcklig, vad finns då att erbjuda? (2p)

Blåsträning, bäckenbottenträning, lokalt östrogen (om postmenopausal).

Antikolinerga läkemedel, exv. Detrusitol.

I värsta fall kan man använda sig av elektrisk nervstimulering eller botoxinjektioner.

Fråga 2

2. Beata är 32 år och har fått svar från gynekologiska hälsokontrollen att hon har lätta cellförändringar och att det finns högrisk HPV i hennes prov.

Förklara vad högrisk HPV är, vilken betydelse det kan ha och hur du ska gå vidare med att utreda Beata. (2p)

HPV-typerna 16 och 18 är de vanligast förekommande högrisktyperna för cancer och orsakar omkring 70 procent av alla fall av livmoderhalscancer.

Vidare utredning med kolposkopi för att avgöra om behandling behövs.

Fråga 3

3. Rosa är 42 år och remitteras från husläkaren pga rikliga vaginala blödningar. Hon har egentligen alltid haft riklig mens. Rosa har blivit lite tröttare på senare tid. Man har på vårdcentralen konstaterat att hon har en mikrocytär anemi och hon är insatt på järn-tabletter. Rosa blöder regelbundet, har fött 2 barn och har nu en kopparspiral sedan sista barnets födelse för 3 år sedan.

Status AT gott BMI 27,

CoP RR F 85

Bltr 110/66

Buk mjuk, oöm

Gyn. status: VVP ua spiraltrådar, uterus förstorad motsvarande 10-12 graviditetsveckor, fast, hård i konsistensen

Vaginalt ultraljud visar en uterus som är generellt förstorad med flera intramurala myom. Det största myomet är 3 cm.

Skriv en kortfattad bedömning för Rosa som ska innehålla sannolik diagnos, åtgärd och förslag på behandling på kort och lång sikt. Skriv på det sätt som du skulle skriva i journaltext. Motivera därefter ditt svar (3p)

Fråga 4

4. Greta är 17 år och har svår mensvärk som hon egentligen haft sedan hon fick sin mens vid 11 års ålder. Hennes mamma köper Ipren åt henne men hon tycker inte det hjälper. Greta stannar hemma från skolan första och ibland även andra dagen när hon fått mens, nästan varje månad.

Hur kan man hjälpa Greta? Föreslå en behandling och motivera denna (2p)

Endometrios: P-piller kontinuerligt eller hormonspiral Mirena ger bra blödningskontroll och effekt på smärta.

Fråga 5

5. Lisa och Sluggo kommer till gynakuten då Lisa börjat blöda vaginalt i graviditetsvecka 7+3 enligt sista menstruation. Graviditeten är hett efterlängtat. Vid undersökningen ser du ingen pågående färsk blödning.

Uterus är drygt normalstor och ultraljudsundersökning visar en intrauterin hinnsäck motsvarande c:a 6 graviditetsveckor samt en liten ekogivande struktur centralt men ingen påvisbar hjärtaktivitet.

Hur handlägger du detta? Motivera (2p)

Missed abortion - Intakt hinnsäck, foster utan hjärtaktivitet. För att undvika felbedömning, ny tid efter två veckor (?). Därefter medicinsk eller kirurgisk behandling om ej komplett missfall.

Fråga 6

6. 26-årig kvinna 3 gravida, 0 PARA uppsöker akutmottagningen med buksmärtor och rikliga blödningar 1 dag efter en kirurgisk abort i graviditetsvecka 11. Patient har ingen feber eller frossa.

Vid undersökningen: Allmänt tillstånd gott, måttligt smärtpåverkat. Blodtryck 120/70, puls 100, Hb 115 g/l. Buk mjuk, men ömt i nedre delen. Inget peritonitstatus.

Vid vaginal undersökning är cervix öppen 1 cm, uterus förstorad motsvarande graviditetsvecka 12-13, det är mjuk och ömt i lilla bäckenet, inga patologiska resistenser palperas. Vaginalt ULJ visar rikligt med rester i kaviteten.

Vilken är det mest sannolika diagnosen: (1p)

- a) Missed abortion
- b) Skada av uterus i samband med abortoperation (perforation av uterus)
- c) Inkomplett abort**
- d) Appendicit

Fråga 7

7. En 45-årig kvinna remitteras från kirurgkliniken till kvinnokliniken för gynekologisk bedömning på grund av buksmärtor. Insjuknade för 1 dygn sedan med hög feber 38.8° och ont i nedre delen av buken. Det onda var initialt mest på vänster sida, men nu har det spritt sig till hela buken. Inga vaginala blödningar. Har en CU-spiral sedan 10 år.

Vid bukpalpation finner man kraftig palpationsömheter över buken, men ingen tydligt peritonitstatus. CRP 120.

Gynekologisk undersökning visar normallånga spiraltrådar ur cervix. Uterus normalstor, på vänster sida om uterus palperas en ömmande kuddig resistens. Vaginalt ultraljud visar normalbild över uterus, spiralen sitter i kaviteteten och ovarierna går ej att identifiera.

a) Nämn två differentialdiagnoser som du misstänker? (2p)

Tube-ovarialabscess (TOA) - typisk symtombild

- Vanlig orsak till TOA är icke utläkt PID (pelvic inflammatory disease).
- Många som drabbas av TOA är i klimakteriet men har ändå kvar en gammal spiral.

Divertikulit - "rätt lokalisation"

b) Lämpliga åtgärder? Motivera ditt svar (2p)

Svar enligt äldre tenta med samma fråga:

Ultraljud, CT-Buk, MRI (ultraljud ger 1 p; bara CT/MR ett halvt p)

Behandling: Inläggning för i.v. antibiotika, laparoskopi om terapivikt.

Fråga 8

8. Maria 45 år kommer till gynekologiska mottagningen på grund av rikliga blödningar. Maria var opererad för 10 år sedan på KK på grund av invasivt cervikalt adenocarcinom och man gjorde en trackelektomi. Maria har gått i 5 år på regelbundna kontroller på KK, därefter på kontroller hos en öppenvårdsgynekolog. Prover har varit normala, inget recidiv av sjukdomen. Vid den aktuella undersökningen man ser blod i vagina, uterus palperas normalt stor, inga förändringar på plats av ovarierna kan palperas.

a) Vilken är den troligaste diagnosen och vilken diagnos ska man utesluta? (2p)

Anovulatoriska blödningar perimenopausalt. Uteslut recidiv. (korrekt ?)

b) Varför valde man att göra denna operation (trackelektomi) på Maria? (1p)

Fertilitetsbevarande kirurgi.

(Operation där endast cervix med parametrier avlägsnas. Permanent cerklage, kräver sectio vid partus)

Fråga 9

9. En 53-årig frisk kvinna söker vårdcentralen på grund av svettningar, blodvallningar och sömnstörningar sedan ett halvt år tillbaka. Menstruationen har blivit glesare men inte upphört. Hon blöder 3-4/35-42 dagar.

a) Ge förslag på behandling och motivera ditt svar. (1p)

Perimenopaus med bortfallssymtom med eller utan blödningsstörning kan behandlas med i första hand fast kombination (Novofem (tablett innehållande 1 mg östradiol 16

dagar följt av tablett innehållande 1 mg östradiol och 1 mg noretisteron 12 dagar) för bättre följsamhet

- b) Samma symptom som ovan, men hos en kvinna som inte har haft blödningar sedan 3 år. Ge behandlingsförslag och motivera (1p)

Postmenopaus kan behandlas kontinuerligt med medroxyprogesteron+östradiol, noretisteron+östradiol varvid inga bortfallsblödningar uppträder.

- c) Samma symptom som ovan, men inga blödningar sedan 10 år sedan eftersom patienten har genomgått hysterektomi. Ge behandlingsförslag och motivera (1p)

Endast östrogenbehandling för att komma åt de vasomotoriska besvären, då tillägg av gestagen ger en liten ökad risk för bröstcancer.

Fråga 10

10. Vilka följande ultraljudsfynd ger misstanke om malignitet hos en postmenopausal kvinna (2p)

- a) Exkrescenser och septa i en ovarialcysta

Inger malignitetsmisstanke både före och efter menopaus.

- b) Vätska i buken, orörliga förhållanden

Inger stark malignitetsmisstanke.

- c) Solida partier i cystan

Inger malignitetsmisstanke.

- d) Ekofri cysta >5 cm

En enkelrummig, ekofri, slätväggig cysta >50 mm bör remitteras för second opinion ultraljud och/eller operation. Eventuellt CA 125.

Fråga 11

11. Eva är 25 år och väntar sitt första barn. Du möter henne i tidig graviditet på specialistmödravården. Eva har epilepsi sedan 11 års ålder. Hennes sista anfall var för 9 månader sedan. Eva står på T.Lamotrigin som profylax mot kramper. Eva har fått information

från sin neurolog att man kontrollerar serum-koncentrationen av Lamotrigin regelbundet under graviditet.

a) Varför behöver man göra det? (2p)

Under en graviditet påverkas clearance för vissa läkemedel. Detta är mest uttalat för lamotrigin där clearance kan öka upp till 230 % under tredje trimestern.

b) Eva undrar också om hon kan amma då hon äter Lamotrigin. Nämn två ständigt uppdaterade källor där du kan söka information om amning och läkemedel (2p)

1. Janusmed amning.
- 2.

Fråga 11. Forts.

När Eva är 30 veckor gravid så möter du henne igen. Du är jour på förlossningen och Eva söker för tilltagande sammandragningar sedan 6-8 timmar.

c) Vilka undersökningar bör du utföra för att bedöma om Eva har ett påbörjat värkarbete. Motivera. (3p)?

- Manuell yttre palpation av uterus. Regelbundna kontraktioner? Smärtsamma?
- CTG
- Inre palpation. Påverkad cervix?
- Urinsticka - UVI som orsakar dessa symtom?

Efter undersökningarna så konstaterar du att Evas värkarbete har startat. Du lägger in Eva för diagnosen hotande prematurbörd.

d) Vilka läkemedel ordinerar du och varför (2p)?

- Steroidprofylax ges för att påskynda fetal lungmognad.
- Tokolys ges för att förhindra sammandragningar, och på så sätt möjliggöra effekt av steroider (avslutas 24 timmar efter sista dos av Betapred).

Det finns flera orsaker till spontan prematurbörd

e) Uppge tre orsaker (3p)

1. PPROM (för tidig vattenavgång)
2. Infektion
3. Cervixinsufficiens

Fråga 12

12. Ellen är gravid Vecka 30+0 och hennes barnmorska på mödravården har uppmätt höga symfys- fundus mått.

Ett tillväxtultraljud ordinerades och av svaret framgår att barnet ligger vänstervänt i en huvudbjudning.

Fostret har uppskattats till 1908gr (+19%) och det finns en polyhydramnios

Ellen har googlat och kommer till dig som läkare på MVC och är mycket orolig.

a) Nämn en missbildning som är relaterad till polyhydramnios som Ellen kan ha läst om? (1p)

Polyhydramnios - tänk GI-hinder.

1. Diafragmabräck
2. Duodenalatresi

b) Vad är den mest sannolika orsaken till polyhydramnios i detta fall? (1p)

Maternell diabetes.

c) Vilken är mekanismen till polyhydramnios av ovan nämnda orsak? (2p)

Fetal hyperglykemi -> fetal polyuri

d) Vad är definitionen av large-for-gestational age (LGA) i Sverige (1p)

Fullgångna barn med födelsevikt eller – längd >2 SDS (>cirka 4,5 kg respektive >cirka 55 cm) kan betecknas som stora.

e) Vilka mått ingår vid ultraljudsuppskattning av fostervikt (1p)

De viktigaste måtten är skallens bredd, bukens storlek och lårbenets längd.

f) Vilken laboratorieundersökning gör man ofta i ett fall som detta (1p)

OGTT?

Fråga 13

13. Pia genomgick Kejsarsnitt operation igår på grund av en svår preeklampsi graviditetsvecka 34

a) Vilket är målbloodtrycket hos en patient med svår preeklampsi i slutet av graviditeten (1p)

Målbloodtryck är systoliskt bloodtryck < 150 mmHg och diastoliskt bloodtryck 80-100 mmHg.

Du sitter nu efter kejsarsnittet som underläkare på BB och planerar Pias vård. Du ordnar med en plan för att följa upp bloodtrycket och se till att vätskebalansen är tillfredsställande.

b) Förutom bloodtrycksmedicin, bör du sätta in en annan läkemedelsbehandling. Vilken och varför? (2p)

Postpartum rekommenderas trombosprofylax alltid vid sectio (minst en vecka).

Smärtlindring: Morfin, ev. Paracetamol / NSAID. Icke-steroida antiinflammatoriska preparat (NSAID) kan ge bloodtrycksstegring och vid svår hypertoni postpartum bör dessa preparat undvikas. Paracetamol kan ge påverkan på lever och njurar och bör undvikas vid lever och njurpåverkan.

c) Är det något läkemedel som bör sättas i början av nästa graviditet med tanke på preeklampsin i denna graviditet? (1p)

Trombyl.

Fråga 14

14. Du vikarierar på en neonatalavdelning där det just fötts ett barn med avvikande genitalia. Man ser att urinröret mynnar på penis undersida mitt på skaftet och du kan inte känna några testiklar. Barnet förefaller lite slött och vill inte äta men har inga andra missbildningar.

Vad skall du misstänka? Vad gör du? (3p)

Hypospadi(?) + retentio testis(?)

- Pojkar med hypospadi ska remitteras till hypospadikirurg så fort som möjligt - primärt för bedömning av meatus vidd, samt för information till föräldrarna om missbildningen och dess rekonstruktion. / - Internetmedicin.se

OKLAR KÖNSIDENTITET!

1. ABCDE... Mår barnet väl i övrigt?
2. Akuta prover: Glukos, elektrolyter (Na, K), Kreatinin. Viktigt att hitta tecken till CAH (kongenital binjurebarkssvikt)

Hypospadi+retentio testis remiss till DSD (Disorders of development) teamet/kontakt med barnendoktrionolog

Anamnes från föräldrar: Hereditet, andra släktingar med hypospadi eller annan könsmisbildning? Infertilastrar? Etnicitet, virilisering hos kvinnliga släktingar?

Socialt: Yrken, exposition av miljögifter? Lösningssmedel/pesticider eller andra bekämpningsmedel hos mamman?

Graviditet: P-piller användning? Mediciner under graviditet? Virilisering hos moder?

Status: Phallus längd, bredd. Lokalisation av uretramynningen+ ev vaginal öppning. Notera miktionsstråle.

Laboscrotalveck: Fusion? Bakre slutning? Delad skrotum? Hyperpigmentering?

Tillväxthämning? Övriga missbildningar/dysmorfa drag? Notera: Hypotoni

DSD team utredning:

-Kromosombestämning (QF-PCR/FISH)

-17-OH, kortisol, testosteron, DHEAS, androstendion, kortisol, LH/FSH, -Ultraljudsundersökning av inre genitalia och binjuror Cystovaginoskopi och MUCG

Mutationsanalys (t.ex. CAH, androgenokänslighet och 5 α - reduktasbrist)

När misstänka oklar könsidentitet:

Uppenbart oklart kön

Bilateral icke palpabla testiklar hos fullgånget barn

Hypospadi med andra tecken på bristande virilisering såsom bifid scrotum (perineal hypospadi)

Hypospadi och retentio testis

Misstänke om clitorishypertrofi

Bakre labial fusion, sinus urogenitale

Inguinalt bräck hos flicka, med palpabel gonad

När det finns DSD i familjen/slakten

När genitalia inte överensstämmer med prenatal karyotyp

Utveckling

Tenta 191203 (ej komplett)

10. Du är ny underläkare på en barnklinik och går BB rond. En mamma till ett 1 dygn gammalt fullgånget, hittills friskt barn meddelar att hon ogärna vill ta det s.k. PKU provet. Hon har många funderingar. Hon ställer flera frågor som du skall svara övertygande på för att hon skall ta provet på sitt barn. Vad svarar du henne på de två första frågorna?

a) Vad är det för typer av sjukdomar man undersöker? Ange minst två grupper 1p

- Endokrina
- Metabola

b) Varför kan man inte vänta tills sjukdomssymtomen dyker upp och diagnosticera och åtgärda dem då? 1p

Tidig upptäckt, följd av tidigt insatt behandling, innebär i de flesta fall att sjukdomen inte utvecklas eller blir lindrigare än om den inte hade behandlats.

c) Ange dessutom två kriterier för att en sjukdom skall få vara del av screeningprogrammet förutom svaret i fråga b) 1p

- Screeningprogrammet ska minska dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med tillståndet.
- Det ska finnas åtgärder som ger bättre effekt i tidigt skede än vid klinisk upptäckt.

13. Hjärtvitier i barnaåren kan leda till bl a hjärtsvikt och/eller cyanos.

a) Ange minst 4 typiska symtom vid hjärtsvikt hos barn och ange två vitier som kan leda till hjärtsvikt. 3p

- Svette vid amning
- Tachypné
- Takykardi
- Leverförstoring
- Ev. blåsljud

Kan leda till hjärtsvikt: VSD, Coarctatio aortae, PDA.

b) Ibland uppstår cyanos plötsligt en stund eller timmar/dagar efter partus. Ange 2 vitier som kan vara orsaken till cyanos, och med vilket läkemedel kan du behandla dem akut? 2p

- Fallots tetrad (pulmonalisstenosen orsakar hö-vä shunt som ger cyanos)
- TGA

Läkemedel: Prostaglandininfusion

15. Identifiera mest sannolika diagnoser avseende varje fall av anemi hos några barn

- a) Lisa 5 år söker akut på Alva barnmottagning för gulhet och blekhet sedan 4 dagar efter en virussjukdom. Ingen känd tidigare anemi. Mamma hade anemi som barn och blev splenektomerad vid 5 års ålder, men hon vet ej diagnosen. Lisas blodprover visar: Hb 87 g/l, Bilirubin okonjugerat 67 (högt), retikulyter 250 (mkt högt), MCV 83 (normalt).
Diagnos? 1p

Sfärocytos.

- b) Ahmed 3 år från Syrien. Kommit nyligen till Sverige som flykting. Har sedan 1-årsåldern fått blodtransfusioner pga anemi — men oregelbundet pga krig. Senaste blodtransfusion 3 månader sedan. Laboratorieprover visar: Hb 57 g/l, (lågt) Ferritin 1600 (mkt högt), röd blodbild visar hypokromasi, mikrocytos, anisocytos, poikilocytos samt targetceller. Total-Bilirubin 87 (högt). *Diagnos? 1p*

Thalassemi (major).

- c) Chang, 4-årig pojke från Kina. Hade uttalad gulsot redan under andra levnadsdygnet och fick upprepade ljusbehandlingar. Ingen känd immunisering. Därefter väsentligen frisk. Nu akut blekhet och mörk urin. Okänd anledning. Status: blek och ikterisk i hud och sklerae. Ingen mjältförstoring. Hb 66 g/l. MCV normalt. ferritin normalt. Bilirubin okonjugerat 123 (mkt högt). Misstänkt diagnos? *Anamnestic fråga som kan styrka diagnosen ? 2p*

G6PD-brist. Intag av favaböner eller läkemedel? Infektion?

- d) 5 årig flicka med trötthet och feber sedan 1 v utan fokala symtom. Hb 88 g/l, Tpk 66, Lpk 44,7. *Diagnos?*

Leukemi.

16. Till akuten inkommer en 9 årig flicka som på morgonen varit svårväckt varför man kommer in med egen bil. På morgonen hörde mamman konstiga ljud från flickan i hennes (dvs flickans)

sovrum. Hon har kissat på sig men är annars torr om nätterna, sedan många år tillbaka. Hon är i övrigt frisk. I status på akuten 25 minuter senare är hon fortfarande lite trött. Ingen feber ingen nackstyvhet. I neurologstatus eller övrigt status finner du inget specifikt. I herediteten framkommer att pappan hade någon form av epilepsi som barn men den gick över. Du misstänker en specifik sjukdom.

a) Vad heter den? 1p

Benign barnepilepsi verkar rimligt, kan dock inte hitta info kring om det ingår att kissa på sig. Diagnosen stämmer bra med beskrivningen av pappan.

b) Hur ställs diagnosen? 1p

Sömn-EEG

c) Vad visar undersökningen? Specificera så gott du kan. 1p

På EEG ses Rolandic spikes. (Sidoskiftande spikes och sharp-waves med hög amplitud, centralt och midtemporalt samtidigt, fr a under sömn. Bakgrundsaktiviteten är normal.)

17. Ange de vanligaste debutsymtomen eller statusfynden för följande maligniteter hos barn

a) Akut Leukemi, ange 4 symtom/statusfynd 2p

b) Hjärntumör i bakre skullgropen, ange 4 symtom/statusfynd 2p

6YA,• /

c) Wilms tumör Ange 1 symtom/statusfynd 1p

ors-

ec LYO

Tenta 190502

1. Evelina 12 år gammal har just inkommit till akuten där du tjänstgör som barnjour. Hon har svimmat i skolan för en knapp timme sedan. Vilka frågor rörande svimningen som talar för en kardiell synkope ställer du till flickan och medföljande pappa?

a) Skedde svimningen i samband med fysisk aktivitet? Finns hereditet för plötslig död? Känsla av oregelbunden rytm före svimningen?

b) Skedde svimningen i samband med fysisk aktivitet? Koppling till rädsla? (T ex i samband med vaccination i skolan.) Var svimningen brutal? (T ex fall utan att ta emot med händerna)

- c) Skedde svimningen i samband med fysisk aktivitet? Känsla av oregelbunden rytm före? Ätit och druckit sparsamt senaste dygnet?
- d) Skedde svimningen i samband med stor stress? Koppling till rädsla? (T ex i samband med vaccination i skolan.) Finns hereditet för svimning?
- e) Skedde svimningen i samband med stor stress? I samband med uppresning från sittande till stående? Finns hereditet för plötslig död?
- f) Skedde svimningen i samband med stor stress? Hereditet för plötslig död? I samband med uppresning från sittande till stående?

2. Vilket av nedanstående påståenden om ITP hos barn är sant?

- a) Benmärgsundersökning genomförs rutinmässigt vid ITP för att utesluta leukemi
- b) ITP blödningar hos barn brukar ofta drabba leder och muskler
- c) Kronisk ITP drabbar ofta de barn som har ITP debut < 3 års ålder
- d) Nyupptäckt ITP skall alltid behandlas med intravenöst immunglobulin om trombocyttallet är $< 30 \times 10^9/l$ (ref $150 - 400 \times 10^9/l$)
- e) Trombocytttransfusion bör undvikas till barn med ITP**

3. Stina är 6 år och har sedan 1 vecka haft ett svullet höger knä. Hon har ingen feber. Hon har haft svårt att gå och haltar. Pappa har psoriasis men Stina har inga hudbesvär. Anger ingen smärta i vila. I status: gott AT, afebril. Hon har svullnad runt patella höger knä, ingen rodnad men värmeökning jämfört med framsidan av underbenet. Har en extensions och flektionsdefekt på ca 20 grader i hö knä. Status i övrigt är utan anmärkning inkl hud. Vilken diagnos är **minst** sannolik med ovanstående anamnes och status?

- a) Reaktiv artrit
- b) JIA monoartrit
- c) Borrelia artrit
- d) Septisk artrit**
- e) Psoriasis artrit

4. För att optimera förutsättningarna för att framgångsrikt omhänderta ett barn som får hjärtlungräddning är det viktigt att känna till såväl kompressionsteknik som A-HLR-algoritm. Vilket alternativ är korrekt vid HLR på ett 9 månader gammalt barn med verifierad asystoli?

- a) Kompressionsdjup 4 cm. Kompressionstakt 100-120/min. Iv adrenalin så snart infart finns.**
- b) Kompressionsdjup 4 cm. Kompressionstakt 90-110/min. Iv adrenalin (dos 1) efter 4:a minuters HLR.
- c) Kompressionsdjup 4 cm. Kompressionstakt 100-120/min. Iv adrenalin efter andra rytmanalysen
- d) Kompressionsdjup 6 cm. Kompressionstakt 90-110/min. Rytmanalys i samband med iv adrenalin varannan minut.

e) Kompressionsdjup 6 cm. Kompressionstakt 100-120/min. Rytmanalys i samband med iv adrenalin var 4:e minut

5. Barnets tillväxt påverkas av flertal faktorer inklusive nivåer av olika hormoner. Under det första sex månaderna är det flera av följande alternativ som är mest betydelsefullt för optimal tillväxt. Vilket?

- a) GH, thyroideahormoner, LH och FSH
- b) GH, thyroideahormoner, insulin och nutrition
- c) Thyroideahormoner, LH, FSH och nutrition
- d) Thyroideahormoner, insulin, kortisol och nutrition**
- e) Östradiol, testosteron, GH och kortisol

6. Oskar är en frisk gosse som föddes i fullgången tid. Han vägde 3,5 kg vid födelsen. Vilket alternativ överensstämmer bäst med hans förväntade viktökning under den första månaden och hur mycket förväntas han väga vid 5-6 respektive 10-12 månaders ålder under förutsättning att han har normal tillväxt?

- a) 100-125 g/v, 5 kg respektive 8-10 kg
- b) 100-120 g/v, 6 kg respektive 10-12 kg
- c) 150-175 g/v, 7 kg respektive 9-11 kg**
- d) 150-175 g/v, 9 kg respektive 12-14 kg
- e) 175-200 g/v, 6 respektive 11-13 kg

7. Plötslig spädbarnsdöd (SIDS) drabbar sedan 90-talet allt färre barn, de senaste åren ca 20-30 fall årligen i Sverige. Den minskade incidensen bedöms bero ändrade råd som ges på BB och BVC. Vilka är de aktuella råden?

- a) Magläge då barnet sover. Undvika rökexponering. Undvika hög temperatur i sovrummet.
- b) Magläge då barnet sover. Ammande mödrar bör undvika snus. Avstå matning 1 h före sömn.
- c) Ryggläge då barnet sover. Undvika rökning i hemmet. Barnet bör sova i egen säng.**
- d) Ryggläge då barnet sover. Apnéalarm om barnet är fött före v 34. Avstå matning 1 h före sömn.
- e) Ryggläge då barnet sover, magläge då barnet är vaket. Ammande mödrar bör undvika snus.

8. Virginia Apgar var en amerikansk narkosläkare som på 50-talet introducerade den s k Apgar-poängen. Poängsystemet används för att bedöma nyfödda barns initiala mående. Vid vilka tidpunkter görs kontrollerna? Och vad kontrolleras?

- a) Vid 1, 3 och 5 minuter. Andning, hjärtfrekvens, färg, retbarhet och tonus
- b) Vid 1, 5 och 10 minuter. Andning, hjärtfrekvens, färg, retbarhet och tonus**
- c) Vid 1, 5, 10 och 15 minuter. Andning, hjärtfrekvens, saturation, retbarhet och reflexer
- d) Vid 1, 5, 7 och 10 minuter. Andning, hjärtfrekvens, saturation, retbarhet och reflexer

e) Vid 1, 5 och 10 minuter. Andning, hjärtfrekvens, saturation, retbarhet och reflexer

9. Amira är en 12 år gammal tjej med förstorad sköldkörtel som har remitterats till dig på barnmottagningen på g a misstänkt hypothyreos. Remittenten har beställt blodprover, men svaren har ännu inte kommit.

a) Vilka fyra för diagnosen relevanta prover utgår du från att remittenten har beställt? (2 p)

TSH, fT4, T3, TPO

b) Ange två anamnestiska uppgifter du vill ha svar på som stöd för diagnosmisstanken? (1 p)

Tillväxtpåverkan (längd, vikt), minskad ork, pubertetsstatus. Frusenhet, tunnhårig, förstoppning.

10. Du träffar 4 månader gamla Hussein på BUMM. Han har utbredda torra eksem över kinderna och armarnas sträcksidor samt över låren. Medföljande mamma berättar att gossen på sistone varit mer missnöjd och kräkt oftare. Gossen har sedan en månad tillbaka ersatt amning med Baby Semp 1. Han har fallit av 0,5 SD på viktcurvan sedan föregående mätning för en månad sedan. Läkartiden har bokats efter att en remiss skickats från BVC för en vecka sedan.

a) Vilken diagnos som förklaring till Husseins symptom – utöver eksem - bör remittenten ha nämnt som mest sannolik i remissen? (1 p)

Komjölksallergi (Babysemp innehåller ej gluten)

b) På vilka två sätt kan denna diagnos bekräftas? (1 p)

Antikroppsserologi eller uteslut födoämne och utvärdera.

c) Ange två typer av hudpreparat du ordinerar för att behandla eksemen? (1 p)

Mjukgörande och kortisonkräm (grad 1, 4 mån gammal).

11. Du går BB-rond och träffar 3 dagar gamla Mimmi född v 38+3 efter en normal graviditet och förlossning. Hon är moderns första barn och amningen har inte riktigt kommit igång. Flickan har gått ner 7% i vikt och är lite trött, men i övrigt förefaller hon må bra. I status noterar du inget avvikande förutom ikterisk hudkostym och sklera. Totalbilirubin 370. Mor har blodgrupp 0+. Barnets blodgrupp har inte kontrollerats.

Barnmorskan ger dig följande bilirubinkurva med två markerade bilirubinvärden vid 36 respektive 72 timmars ålder.

a) Vilka två orsaker till ikterus bör man i detta fall misstänka i första hand? (1 p)

AB0/Rh-immunisering

Fysiologisk ikterus

b) Hur förklarar du mycket kort mekanismen bakom den vanligaste orsaken till ikterus hos barn i denna ålder? (1 p)

Omställning från fetalt hemoglobin till hemoglobin. Blodkroppsdestruktion leder till ökat bilirubin som levern inte har kapacitet att konjugera. Stigande nivåer av okonjugerat bilirubin passerar BBB och är skadligt för hjärnan. Fototerapi konjugerar bilirubin så det ej kan passera BBB.

Modern har googlat "gulsot hos barn" och då läst kort om gallvägsatresi. Du förklarar att denna diagnos är mycket ovanlig, men viktig att upptäcka och behandla i tid.

c) Ange ett **laboratorieprov** och en **anamnestisk uppgift** som bör föranleda vidare utredning avseende gallvägsatresi. (1 p)

**Konjugerat bilirubin (20% av totala),
avfärgad avföring**

12. I januari i år gick det ut ett meddelande till Stockholms alla vårdinrättningar för att informera om ett fall av en mycket smittsam barnsjukdom som konstaterats på ett barn som rest med färja från Helsingfors till Stockholm. Barnet hade ett utslag som på bilden nedan - ett storfläckigt rött sammanflytande utslag.

a) Vilken klassisk barninfektion handlar det om? (0,5 p)

Mässling

b) Ange två symptom/statusfynd – förutom det klassiska utslaget – som brukar utmärka infektionen? (1 p)

Feber i bifasiskt förlopp, sjunker dag 3, stiger därefter

Konjunktivit

Saltkornsliknande utslag i munslemhinnan - syns innan exantem

c) Nämn en analys som bekräftar diagnosen? (0,5 p)

PCR på NPH-sekret

d) Hur behandlas denna infektion..? (0,5 p)

Finns ej riktad behandling. Svalt rum, dämpad belysning.

e) ... och ange en fruktad komplikation? (0,5 p)

Encefalit.

13. Frans 6 månader gammal söker akut med sin mamma då han fått feber sedan 12 timmar tillbaka. Han har varit lite tröttare under dagen och ammat sämre. Han har inga

luftvägssymptom. I status noterar du en pigg gosse utan tecken till varken luftvägs- eller CNS-infektion. Han har en normal kapillär återfyllnad och en puls på 110 slag/min. Du vill utesluta bakomliggande pyelonefrit.

a) Vilka två analyser som du snabbt får svar på ordinerar du för att få stöd för din diagnosmisstanke? (1 p)

CRP, urinsticka.

Analyserna du beställt stärker pyelonefritdiagnosen ytterligare.

b) Hur vill du behandla Frans i väntan på urinodlingssvaret du får nästa dag? (0,5 p)

Barn <2år behandlas som pyelonefrit innan resistensbestämning. Ceftributen 10 dgr (licenspreparat).

Behöver inte läggas in nu, kan gå hem med ceftributen.

Om diagnosen bekräftas bör du beställa en ultraljudsundersökning av njurvägarna med önskemål om tid inom de närmaste dagarna.

c) Ange en frågeställning du anger på remissen. (0,5 p)

Hydronefros? Reflux?

(/AP mått?), Urinvägsanomalier?

14. Du är kvällsjour på barnakuten. Du tar kl. 18.00 emot Jerry, en 9-årig kille med känd insulinpumpbehandlad DM sedan 5 års ålder. Han inkommer med ambulans tillsammans med sin farmor p g a buksmärtor, kräkningar och takypné. Symptomen debuterade vid lunchtid och har successivt förvärrats den senaste timmen. Han har ingen feber. Föräldrarna är bortresta. En rutinerad sjuksköterska tar omgående en kapillär blodgas som visar följande värden: pH 7,28, pCO₂ 1,8, BE -15, ketoner 3,9 och glukos 32.

a) Tolka syrabasrubbningen! (1 p)

Diabetes ketoacidosis.

b) Farmodern undrar om samma situation kunde ha uppstått lika fort om Jerry behandlats med insulinsprutor istället för med insulinpump. Vad svarar du? Motivera ditt svar! (1 p)

Med insulinsprutor hade situationen inte hänt lika fort då det ingår en daglig injektion med **långverkande (bas)insulin** utöver kortverkande måltidsinsulin. Med pump ges endast kortverkande insulin.

Jerry läggs in på IVA för vätske- och insulinbehandling. IVA-jouren, som har begränsad barnvana, undrar hur man beräknar volymen Ringeracetat till en vätskebolus och ett rehydreringsdropp (4 timmar) till Jerry som väger 25 kg.

c) Volym bolus: Volym rehydrering: (1 p)

Bolus: 500ml (20ml/kg)

Rehydrering: 1250ml/4h - 5% av kroppsvikten.

15. RS-virusorsakade bronkioliter hos spädbarn står för en majoritet av alla inläggningar på landets barnkliniker under vinterhalvåret.

a) Hur många dagar brukar i regel gå från symptomdebut till när ett barn är som mest andningspåverkad i en RSV-infektion? (0,5 p)

5 dagar

b) Vilka två inhalationsläkemedel används i första hand till barn <3 månader med RSV-bronkiolit? (1 p)

NaCl och syrgas (optiflow, CPAP) - tidigare kursare fått full poäng för NaCl och adrenalin.

c) Nämn tre indikationer för sjukhusvård av barn med RSV-infektion. (1,5 p)

Stegrat AF

Syrgaskrävande för att upprätthålla god syresättning

Mår dåligt dag 3 - vet att det kommer bli värre (peak dag 5).

16. CNS-infektioner hos små spädbarn kan snabbt bli livshotande och är därför mycket viktiga att upptäcka och behandla i tidigt skede.

a) Ange två symptom som ett barn <6 månader kan uppvisa och som bör föranleda utredning avseende möjlig CNS-infektion. (1 p)

Kramper eller hypoton

Till en början har barnet ospecifika symtom som trötthet, irritabilitet och låg eller förhöjd kroppstemperatur. Det kan också vara svårt att mata barnet. Därefter kommer tydligare symtom som epileptiska anfall och sänkt medvetandegrad.

b) Vilka tre antimikrobiella läkemedel bör sättas in mot de vanligaste och farligaste agens på barn <3 månaders ålder där man misstänker CNS-infektion och där man utifrån likvoranalysen inte säkert kan avgöra om det rör sig om en viral eller bakteriell infektion? (1 p) 2 korrekta svar = 0,5 p

Aciklovir, cefotaxim, och ampicillin

17. På barnakuten tar du emot Vanessa 6 år. Hon söker med sin mamma p g a smärta från höger fotled och höger knä. Smärtan har kommit och gått sedan snart 7 veckor tillbaka. När hon vaknade i morse var det värre än tidigare. Hon hade svårt att stödja på högerbenet. Knät och fotleden är lite svullna och värmeökade.

Du misstänker i första hand JIA.

a) Vilka tre kriterier måste vara uppfyllda för att ställa denna diagnos? (1,5 p)

<16 år

Symtom >6 veckor

Ingen annan förklaring till artriten

Du vill utreda flickan vidare på akuten.

b) Vilka fyra för en JIA-diagnos relevanta blodprover beställer du? (2 p)

SR, blodstatus, ANA, borreliaserologi

Du remitterar Vanessa till en reumatologspecialist. Trots insatt NSAID-behandling kvarstår svullnaderna vid besöket på reumatologmottagningen två veckor senare.

c) Vilken behandling bör Vanessa nu erbjudas? (0,5 p)

Kortisoninjektion i led.

18. Nästa patient du träffar på akuten heter Jorge. Han är en snart 4 år gammal tidigare frisk kille. Han söker också, liksom Vanessa, på smärta från höger ben - framförallt över underbenet. Smärtorna debuterade för 4 dagar sedan. Då pojken fick tillkomst av feber i morse blev familjen via Vårdguiden rekommenderade att uppsöka barnakuten för en bedömning. Vid undersökningen är pojken framförallt öm över nedre delen av höger tibia. Du ser varken svullnad eller rodnad. Huden är inte värmeökad över högerbenet. Fotleden på samma sida undersöker du utan anmärkning.

Denna gång misstänker du primärt osteomyelit.

Ange:

a) Två lämpliga radiologiska metoder för att försöka verifiera diagnosen. (1 p)

Slätröntgen

Ultraljud

MR

Scint

b) Ett vanligt agens vid osteomyelit hos barn. (0,5 p)

S. aureus

c) Antibiotikum som i första hand bör sättas in mot osteomyelit hos barn. (0,5 p)

Empirisk behandling med cefotaxim. Byte vid resistensbestämning, om S. aureus - kloxacillin.

Jorges symptom skulle också kunna vara uttryck för två maligna sjukdomar.

d) Vilka är dessa? (1 p)

Sarkom eller Leukemi

19. EEG-registreringen nedan visar sk hypsarytmi. Hypsarytmi är vanligt förekommande vid en svår typ av epilepsi som kan drabba barn.

a) Vilken? (0,5 p)

Infantil spasm (Wests syndrom)

b) I vilken ålder brukar denna epilepsi debutera? (0,5 p)

6 månader (<1år)

c) Beskriv kort hur ett typiskt anfall kan se ut hos barn med denna epilepsiform? (1 p)

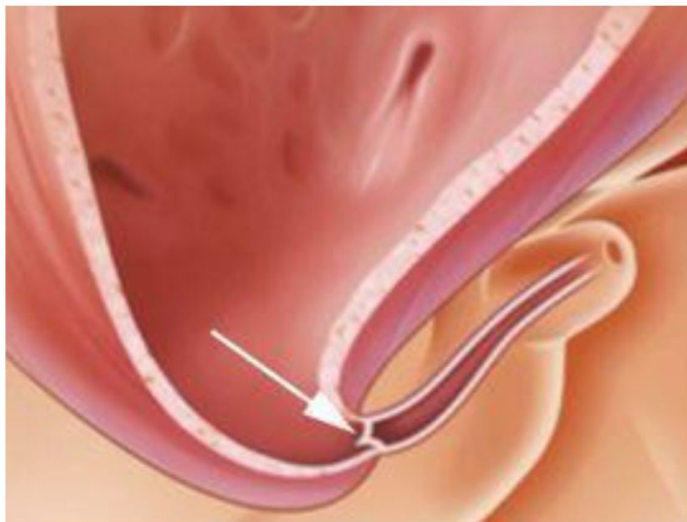
Slår ihop armarna som en kram (liknande Mororeflexen), börjar gråta direkt efteråt. Varar i 1+ sekunder. Ofta i samband med sömn.

Eller

Flexion i höft och nacke. Armarna sträcks upp över huvudet. Kan komma flera ggr per dag. Sekundkorta spasmer som kommer i kluster 10-30/gång.

20. Du rondar på en barnkirurgisk klinik och har för dagen ansvar för de tre barn som ska skrivas hem efter olika urologiska ingrepp. Bilderna visar hur patienternas diagnoser kan ha sett ut före operationerna.

a) Sannolik diagnos? (0,5 p)



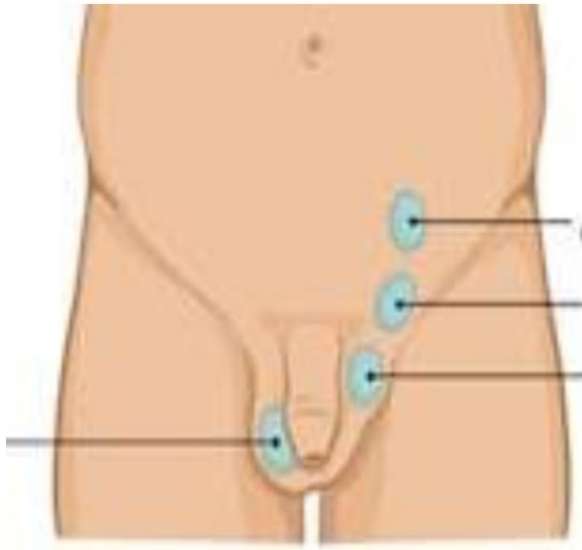
(Bild till fråga 20 a och b)

Uretravalvel.

b) En fruktad komplikation som kan uppstå om kirurgisk intervention ej utförs? (0,5 p)

Urinreflux och njursvikt.

c) Sannolik diagnos - om testiklar placerade som de två översta på bilden? (0,5 p)



(Bild till fråga 20 c och d)

Retentio testis.

d) En fruktad komplikation som kan uppstå om kirurgisk intervention ej utförs? (0,5 p)

Malignitet.(?)

Nedsatt fertilitet om bilateral retentio testis

e) Sannolik diagnos? (0,5 p)



(Bild till fråga 20 e och f)

Testistorsion

f) Ett för diagnosen typiskt symptom som kan föranleda vårdkontakt? (0,5 p)

Plötslig och svår unilateral testikulär smärta. (enl. internetmedicin)

21. Du står på förlossningen i egenskap av barnjour och väntar på att ta emot ett barn med hotande fosterasfyxi. Du funderar över de fetala shuntarna som fortfarande bör vara öppna hos det aktuella barnet.

a) Vad heter de tre shuntarna och vad är syftet med dem? (2 p)

Ductus arteriosus - förbinder a.pulmonalis och aorta descendens

- Shuntar blod från a.pulmonalis till aorta så att mer saturerat blod ska nå systemkretsloppet istället för lungorna.

Foramen ovale - förmaksseptum

- Shuntar blod från hö. förmak till vä. förmak så att mer saturerat blod ska nå systemkretsloppet istället för lungorna.

Ductus venosus - från vena umbilicalis går in i vena cava inferior

- Shuntar syrerikt blod från placenta förbi levern till hjärtat.

Några minuter senare kommer barnmorskan ut från förlossningsrummet med en nyfödd flicka som glädjande nog börjar skrika så snart hon läggs på neobordet. Du konstaterar bl a att hjärtat har en normal hjärtfrekvens för åldern och du hör inga blåsljud. Femoralispulsarna palperas

utan anmärkning. Flickans pappa ansluter kort därefter. Han är mycket orolig för att barnet ska ha ett hjärtfel. Han önskar svar på följande frågor.

b) Hur går POX-undersökningen till & vilken typ av hjärtfel kan man upptäcka med den? (1p)

Hö hand och valfri fot

Vid nedsatt saturation i foten: Ductusberoende hjärtfel

Varje år föds i Sverige ett hundratal barn med ductusberoende hjärtfel (1/1000 levande födda). Ductus arteriosus sluter sig oftast spontant under första levnadsdygnet. Om barnläkarundersökningen kombineras med pulsoxymetri (POX), dvs undersökning av syrgasmättnad i höger hand (preductalt) och en fot (postductalt) kan över 80% av barn med ductusberoende hjärtfel upptäckas före hemgång och innan livshotande cirkulationssvikt inträffar.

En normal POX-screening utesluter dock inte allvarligt hjärtfel. Särskilt barn med coarctatio aortae kan ha normal POX-screening. Därför är det viktigt med noggrann barnläkarundersökning inkl palpation av femoralispulsar även om man har POX-screening. Metoden är ändå enkel, icke invasiv och billig och kan även fånga upp barn med andra orsaker till låg syremättnad, som allvarliga infektioner och lungproblematik.

c) "Vilka symptom kan vara tecken på hjärtsvikt hos vår flicka den närmaste tiden?" Ange två typiska symptom! (1 p)

Tachypne

Svettning vid amning

Dålig viktuppgång

PBD Fall 1

13 år gammal flicka på barnläkarmottagning

Kontaktorsak: Dålig tillväxt. Remiss från Alby vårdcentral

Socialt: Barn 3 av 3 i hel familj. Går i 7:e klass. Flyttat från Malmö till Stockholm i höstas.

Tidigare sjukdomar: Utretts på barnmottagning i Malmö vid tre tillfällen p g a dålig tillväxt sedan 6 åå. Enligt modern inga avvikande laboratoriefynd. Oklart vad som kontrollerats. Tillväxt: Enligt tillväxtkurvor från BVC och skolan har hon fallit av långsamt på längdkurvan från -1 till -2 SD från 2 års ålder till idag. Vikten har följt -1,5 SD de senaste åren. Target height +1 SD.

Aktuellt: Välmående, men ledsen över att hon inte längre platsar i fotbollslaget pga att hon enligt tränaren är för liten. Har alltid haft lite svårt i skolan, har extraresurs två gånger i veckan. Inga buksmärtor, god aptit. Inga tecken till infektion. Modern menarche vid 13 åå.

Status: AT: Välmående, pigg och glad Lymfkörtlar: Ua på sedvanliga stationer Hjärta. RR, normofrekvent. Lungor: Sidlika andningsljud. Inga biljud. Buk: Mjuk och oöm. Ingen organförstoring. Pubertet: Ingen brösttillväxt eller andra tecken till begynnande pubertet. Övrigt: Bred nacke. Ökat avstånd mellan mamillerna.

Lab: Enligt remissen: Blodstatus inklusive diff och ferritin ua. Thyroideaprover ua. (Prover tagna 3 dagar före aktuellt besök.)

13-årig flicka med hämmad tillväxt. Utredd via vc med normala thyroideaprover. Kan ej längre delta i fritidsaktiviteter pga sin hämmade tillväxt. (lite överflödigt) Kognitiv problematik i skolan. Ej debuterat pubertalt i övrigt somatiskt status ua.

Bedömning: Stigmata som ses i status såsom bred nacke och ökad mamillavstånd i kombination med tillväxthämning så bör Turners uteslutas i första hand så att adekvat behandling kan sättas in vid behov.

Förslag till utredning: Kromosomanalys. FSH, LH och Prolaktin. Eventuellt hjärteko.

Vid positiva svar - remiss till endokrinmottagning.

PBD Fall 2

2 månader gammal pojke på barnakuten

Kontaktorsak: Livlöshetsattack i hemmet. Inkommer till akuten på larm med ambulans tillsammans med modern.

Socialt: Första gemensamma barnet. Äldre halvsyskon 7,5 år

Graviditets- och nyföddhetsförlopp: Okomplicerad graviditet. Akut sectio v 38 p g a utebliven variabilitet på CTG. Välmående postnatalt

Tidigare sjukdomar: Upprepade besök på barnakuten på grund av skrikighet. Konstaterad kolik. I samband med senaste besöket för 4 dagar sedan betedde sig fadern hotfullt mot en undersköterska. Orosanmälan skickad.

Aktuellt: Fortsatt svåra koliksmärtor sedan föregående besök. Enligt modern ätit bra, flaskmatas. Normal avföring. Under kvällen och natten varit mkt missnöjd, "omöjlig att trösta". Modern uppger att gossen fallit från skötbordet i samband med blöjbyte vid 5-tiden. Slutade därefter plötsligt andas och var helt livlös. Hämtade sig spontant efter 2-3 minuter (enligt uppgift fr modern). HLR ej utfört. Fadern larmade ambulans som kom till bostaden efter ca 10 minuter. Då ambulansen kom till platsen andades pojken normalt, men var medvetandesänkt och lite blek. Stabil under transporten, erhållit syrgas på mask.

Status: AT: KI 5.40. Något blek, reagerar med gråt på smärtstimuli. Normalt andningsmönster. Ingen feber. Kap refill 1 s. Saturation 100% på luft. Öron: Ua, inget blod i hörselgången Hjärta.

RR, normofrekvent. Inga blåsljud. Lungor: Rena andningsljud Buk: Mjuk, ingen organförstoring
Neurologi: Trött. Generellt nedsatt tonus i armar och ben. Fontanell ua. Pupillreaktion normal
bilat. Hud: Hematom vänster thorax/nedom vä arcus (7x8 cm) och över vänster lår (4x4 cm).
Påtagligt smärtpåverkad över hematomet på låret. Bula 2x2 cm hö sida panna. Övrig hudkostym
ua.

**2 månader gammal pojke som inkommit till akuten pga livlöshetsattack i hemmet.
Besökt akuten endast 4 dagar tidigare då med konstaterad kolik. Pga hotfull far mot
USK har orosanmälan skickats. Enligt mor trillat av skötbordet.**

I status: Inga tecken på infektion, respiratorisk eller cirkulatorisk påverkan - normal KÄ.

Nedsatt tonus i armar och ben samt hematomet med misstänkta lokaliseringar - **vänster thorax och vänster lår men hematomet på skallen sitter på höger sida - oklart om samma ålder på hematomet. (överflödigt) Stor misstanke om att barnet kan fara illa i hemmet.**

Rekommendation:

- 1. Bedöma ålder på hematomet - dokumentera skador.**
- 2. Noggrann somatisk undersökning av leder och skelett.**
- 3. Remiss för skelettröntgen - helkropp med frågeställning efter andra skador/frakturer**
- 4. DT-hjärna för att utesluta blödning**
- 5. Blodgas och CRP**
- 6. Eventuellt kontakt med Socialtjänsten om tillfälligt omhändertagande av barnet så att föräldrar ej kan störa utredningen.**

2019-01-25 Omtenta

1. Fråga 1 (1 poäng) 3,5 månader gammal pojke som söker med sina föräldrar pga att han verkar ha ont i magen och är missnöjd. Han är fullgången och frisk sedan tidigare. Han följer vaccinationsprogrammet i Stockholm vilket innebär att han även har vaccinerats mot Rotavirus. Vad är den mest fruktade biverkan av Rotavaccin?

- A. encefalit
- B. feber
- C. gastroenterit
- D. invagination**
- E. meningit

Fråga 2 (1 poäng) Noel, 11 månader, kommer med sin far till akuten pga gastroenterit sedan 2 dagar. Han behåller inget, kräks och har vattniga diarréer. Det är svårt att få i honom vätska. Han är slö och har torra slemhinnor, tachykard och har gått ner ca 1 kg i vikt. Han väger nu 10 kg. Blodgasen visar S-Na 156 mmol/l. Du ger en uppvätskning och därefter underhållsbehandling. Vilket av nedanstående stämmer som underhållsbehandling under 36 timmar?

- A. **5% glukos, Na 80-120, K 20, 2800ml + förluster**
- B. 5% glukos, Na 40, K 20, 1500ml + förluster
- C. 10% glukos, Na 80-120, K 40, 1500ml + förluster
- D. 10% glukos, Na 80-120, K 20, 2800ml + förluster
- E. Ringeracetat, 2800ml + förluster

Fråga 3 (1 poäng) Karin 4 år och tidigare väs frisk, har haltat lätt sedan 7 veckor tillbaka men hon har inte klagat över smärta. I status noteras att hon har gott allmäntillstånd, haltar och är afebril. I ledstatus kan du notera en svullnad och värmeökning i hö knä och hö fotled. Viss inskränkning av flektion och extension av båda lederna. Övrigt somatiskt status inkl hud är utan anmärkning. Du vill nu utreda flickan. Vilka prover vill du ta?

- A. Blodstatus, B-celler, CRP, SR, Reumafaktor, CCP-antikroppar
- B. Blodstatus, B-celler, PK-INR, ApT-tid, ANA, CRP
- C. Blodstatus, B-celler, CRP, Punktion av leden med cellräkning, protein, bakterieodling av ledvätska, Borrelia antikroppar i ledvätska
- D. Blodstatus, B-celler, ANA, ANCA, CRP
- E. **Blodstatus, B-celler, ANA, Borrelia serologi, CRP, SR**

Fråga 4 (1 poäng)

Ett organsystem kan påverkas mkt allvarligt av Ibuprofen intox vid dehydrering. Med bakgrund av det, vilket prov vill du ta för att undersöka eventuell biverkan?

- A. Na
- B. Troponin
- C. **Kreatinin**
- D. ALAT
- E. S - Ibuprofen

Fråga 5 (1 poäng)

Zaid 6 månader inkommer på larm p g a medvetslöshet. Han har haft en svår gastroenterit med frekventa voluminösa diarréer sedan 4 dagar. Han skickades hem från akuten föregående dygn med sedvanliga råd avseende behandling med vätskeersättning i hemmet, vägde då 8 kg. Du anländer som barnjour till akutrummet 3 min efter att ambulansen lämnat över barnet. På barnbordet ser du en blek gosse som inte andas. På monitorn noterar du att hjärtfrekvensen är

55 slag/min. Saturationen går ej att avläsa, sannolikt p g a perifer kyla. Ansvarig sjuksköterska berättar att kap refill är 5 sekunder.

Du gör omedelbart följande:

A. Ger gossen 5 inblåsningar följt av HLR 15:2. Ber ssk sätta en pvk och ordinerar bolusvätska Ringeracetat 160 ml och Adrenalin 0,1 mg/ml 0,8 ml. Larmar narkosen om insatta åtgärder ej förbättrar patientens mående.

B. Ber en sköterska larma narkosen. Ger gossen 5 inblåsningar följt av HLR 15:2. Förbereder för intravenös infart och ordinerar bolusvätska Ringeracetat 160 ml och Adrenalin 1 mg/ml 0,8 ml

C. Ber en sköterska larma narkosen. Ventilerar med neopuffen ca 20-30 inblåsningar per minut. Ber ssk sätta en pvk och ordinerar bolusvätska Ringeracetat 160 ml. Kontrollerar andning, puls och kap.refill omgående efter insatta åtgärder.

D. Ber en sköterska larma narkosen. Ger gossen 5 inblåsningar följt av HLR 15:2. Förbereder för intraosseös infart och ordinerar bolusvätska Ringeracetat 160 ml och Adrenalin 0,1 mg/ml 0,8 ml

E. Ventilerar med neopuffen ca 20-30 inblåsningar per minut. Ber ssk sätta en pvk och ordinerar bolusvätska Ringeracetat 160 ml. Kontrollerar en blodgas. Larmar narkosen om insatta åtgärder ej förbättrar patientens mående.

Fråga 6 (3 poäng)

En fyraårig flicka Cecilia kommer till akutmottagningen för att hon svullnat om fotlederna. Hon sökte två dagar tidigare den 2 maj för att hon var lite svullen kring ögonen och fick då ett antihistamin på misstanke om allergi, eftersom både hennes storasyster och mor har hösnuva. I status finner du en opåverkad flicka som har symmetriska ödem på fötter och underben och är svullen kring båda ögonen.

Hon har en lindrig atopisk dermatit, men i övrigt är status u.a., ingen konjunktivit eller rinit. Vilken diagnos är mest sannolik med ovanstående korta anamnes? (1p)

MCNS (minimal change nephrotic syndrome) - nefrotiskt syndrom

Vilka två enkla prover tar du för att bekräfta din hypotes? (1p)

- u-albumin/krea kvot.
- s-albumin,
- s-krea, s-urea, lipidstatus.

U-sticka + S-albumin

Om din hypotes bekräftas, hur behandlar du primärt? (1p)

Steroidbehandling, prednisolon p o i 6 månader, för MCNS

Fråga 7 (2 poäng)

På BVC har sjuksköterskan satt upp en 5 veckors flicka på läkarundersökning, eftersom hon är lätt ikterisk fortfarande. Flickans födelsevikt var 3560 g och hon väger nu 3820 g. Hon ammas helt och mor tycker hon verkar äta bra. I status finner du en pigg flicka som är lite grön gul i färgen. Status i övrigt är u.a., förutom att flickan har ett ganska sparsamt hull.

Vilka är de 2 viktigaste proverna du vill ta? (1 p)

- Hb
- Bilirubin, konjugerat och okonjugerat?
 - konjugerat för att utesluta gallvägsatresi

“Om barnet på första läkarbesöket på BVC vid ca fyra veckors ålder är det minsta gult eller om avföringen är det minsta avfärgad – kontrollera totalt och konjugerat bilirubin. Svårare än så är det inte.”

Nämn en sjukdom som kan ge den här grön gula färgen vid den här åldern? (1p)

Även bröstmjölksinducerad ikterus

- gallvägsatresi
- hypotyreos
- metabol sjukdom
- lever/gallvägssjukdom

Fråga 8 (3 poäng)

Veronika, 3 veckor gammal, blir inlagd på barnavdelningen som 'vårdbarn', då hennes mamma vårdas på psykiatri för en psykos. Pappan kan inte närvara. Du skall nu ordinera mat åt barnet. Barnet väger ca 4 kg.

Ange typ av mat (Fråga A o B):

A. om barnet inte har komjolkproteinsallergi. (1p)

Baby sepp

B. om barnet har komjölksproteinallergi. (1p)

Nutramigen (hydrolyserade bröstmjölksersättningar - mjolkproteinet har sönderdelats)

C. Vilka ungefärliga mängder mat i milliliter ger du per dygn och hur många mål per dygn ger du? (1p)

150ml/kg/dygn = 600ml fördelat på 5-6 måltider

Fråga 9 (2 poäng)

Ismael sitter i sin mammas knä när han undersöks på BVC. Han sitter fint med stöd, men kan inte sitta utan stöd. Han håller en skramla i handen med grabbgrepp och flyttar den från hand till hand. På undersökningsbordet rullar han lätt över från mage till ryggläge.

Vilken är sannolikt barnets nyckelålder? (1p)

cirka 6 månader

Vad bör barnet kunna språkmässigt? (1p)

Nyanserat joller - ja, ba, ka

Fråga 10 (3 poäng)

En mamma kommer till dig som barnläkare på BVC med lille Pelle för 2-månaderskontroll. I status hör du ett tydligt systoliskt, högfrekvent blåsljud över I3 – I4 sin, som man inte noterade på BB. Mamma undrar varför man inte hörde detta vid undersökningen efter förlossningen? I status eller anamnes talar ingenting för inkompensation.

Hur förklarar man detta? (1p)

Svar från gammal tenta: Vä-hö-shuntens ökar i storlek under de första levnadsveckorna då lungkärlsresistensen normalt sjunker successivt.

På BB var förmaken vidöppen - inget turbulent flöde - inget blåsljud. Nu börjat sluta sig men inte helt - turbulent flöde.

Du misstänker att Pelle har det vanligaste medfödda hjärtfelet hos barn, vilket är det? (1p)

~~Persisterande foramen ovale~~

VSD

Om din misstanke bekräftas, varför skulle ett pox prov INTE ha bidragit till misstanken (1p)

POX detekterar ductusberoende hjärtfel. VSD är inte ett ductusberoende hjärtfel så ett POX kommer inte kunna utesluta ett VSD.

Fråga 11 (3 poäng)

Du arbetar på en vårdcentral där du träffar en 7-årig pojke, Ahmed, som kommer för att han sedan 3 veckor haft huvudvärk, särskilt på morgonen. Modern tycker att det blivit värre och värre. Två gånger senaste veckan har han också kräkt på morgonen. I status noterar du att hö öga inte följer med ut till hö när du kollar hans ögonmotorik. Han har också svårt att utföra finger – näs test.

Vilken förklaring till symtomen bör du i första hand misstänka? (1p)

Intrakraniell tryckstegring - kan bero på tumör, abscess, annat.

Tumör i bakre skallgropen.

Vad kallas den ögonmuskelpares som pojken har? (1p)

abducenspares

Vilken åtgärd vidtar du på vårdcentralen? (1p)

Skickar in till akuten - beroende på var man befinner sig i landet - ambulans. Ev. skriver remiss medan de åker.

Fråga 12 (3 poäng)

Två andningssjukdomar, som drabbar vissa nyfödda barn, är RDS (ibland kallad IRDS) samt PAS.

Vad står förkortningarna PAS och RDS för? (1p)

Pulmonell adaptionsstörning

Respiratory distress syndrome

Beskriv med maximalt en mening vad orsaken till respektive sjukdom är?

RDS (1p)

Brist på surfaktant och omognad i lungorna.

PAS (1p)

Fostervatten kvar i lungorna - wet lungs.

Fråga 13 (2 poäng)

Varför drabbar de klassiska 'barnsjukdomarna', såsom vattkoppor, mässling, påssjuka och röda hund, främst barn (under förutsättning att de inte är vaccinerade)? Ange i korthet två orsaker.

1. Pga adaptivt immunförsvar ej har skapat antikroppar mot dessa än

2. Virus med hög smittsamhet

Fråga 14 (3 poäng)

En mamma söker på akuten med sin 6 veckor gamla pojke, som sedan 5-6 dagar kräcks kraftfullt efter så gott som varje måltid. Kräkningarna slår ut som en kvast från munnen. Ätit ganska glupskt. Ej haft diarréer och ej haft feber. Ingen epidemiologi för magsjuka. Gått upp fint i vikt fram till den senaste veckan, men stått stilla i vikt den senaste veckan. Ammas helt. Avföring normal bröstmjölksavföring. Status: Afebril. Trött, lätt dehydrerad med något nedsatt turgor. F ö. status u s. Afebril. Buk: inga specifika fynd. Lab: B-Hb 140 g/L. B-LPK 10.0. S-CRP <9 mg/L. U-ketoner 2, f ö urin u.a. Neonatal screen u.a.

Vilken diagnos misstänker du i första hand? (1p)

Pylorusstenos

Om din diagnosmisstanke visar sig vara riktig, vilken rubbning i syra/bas och elektrolyter förväntar du dig? (1p)

Metabol alkalos. Elektrolytrubbning: Hypokloremi, hypokalemi

Ange en undersökning som kan säkerställa diagnosen. (1p)

Ultraljud buk.

Fråga 15 (2 poäng)

En 14-årig pojke kommer till allmänläkarmottagningen på grund av ömhet på höger bröstvårta. Vid undersökning känner Du en liten fast knöl som känns som bröstvävnad strax under areola. Ingen rodnad. Status i övrigt ua.

Vilken är den mest sannolika orsaken/diagnosen? (1p)

Gynekomasti - drabbar $\frac{1}{3}$ av alla pojkar i puberteten, kan vara uni- eller bilateral.

Hur bör man handlägga detta? (1p)

Bör gå över inom 1 år - återbesök 6 månader-1 år. Därefter eventuell remiss till plastikkirurg om ej gått tillbaka och patienten lider. (sid. 272 i Ped. första upplagan.)

Fråga 16 (2 poäng)

Till akuten kommer Brenda, en 5-årig flicka som kommer från Uganda. Hon söker för smärta i hö ben sedan 1 dygn. Hon har tidigare i Uganda vid två års ålder legat inne för 'osteoartrit' och fått antibiotika. I status anger Brenda smärta från hö lårben. Status: temp 38,6. Smärtpåverkad. Missnöjd. Du kan ej finna någon artrit i status i någon led. Lab: Hb 82 g/l (100 – 140). Trc $105 \times 10^9/l$ (150 – 400). Vita $4.3 \times 10^9/l$ (5-15), Neutrofiler $2.2 \times 10^9/l$ (1,5 - 8), Lymfocyter $1,8 \times 10^9/l$ (1,5 – 8). CRP 65 g/l (< 5).

Vilka två diagnoser måste du tänka på i första hand?

Leukemi och sarkom.

Fråga 17 (3 poäng)

Stina, 3 år, kommer till barnläkarmottagningen på grund av att hon har fått utslag och haltar på hö ben. Stina hade lite tempstegring i 3 dagar kring 38,5 för drygt en vecka sedan, men är nu feberfri. Igår noterade mamma utslag på baksidan av låren samt på skinkorna. Idag har hon fått svullnad kring hö fotled. På dagis har det gått halsfluss. Status: Afebril. Gott allmäntillstånd men haltar på hö ben. Röda utslag, upp till ett par cm stora, lokaliserade på skinkor och baksidan av benen ner mot fötterna. Går ej att trycka bort. Svullnad av fotleden och upp mot fottryggen. Övriga leder u.a. Lab: Hb 120 g/l. Trc 189,. Vita 8.6. Diff u.a. CRP 38.

Vad misstänker du för diagnos i första hand? (1p)

Henloch Schönleins purpura med artrit.

Vilka 2 andra kroppsdelar/organ kan påverkas vid den här sjukdomen? (1p)

hud njurar mage/tarm och leder

Nämn ett viktigt prov som du måste komplettera med. (1p)

S-kreatinin.

(Utesluta låga trombocyter och andra koagulopatier)

Fråga 18 (3 poäng)

Karin, 3 år, inkommer till akuten då hon plötsligt i samband med lek hos en kusin blivit orolig, blek samt fått utslag över kroppen. Börjat gråta. Hon har fått väsande andning, vilket hon

tidigare ej haft annat än i samband med förkylningar. Hon har den senaste tiden ej haft feber eller varit förkyld. Hon inkommer i ambulans 15 minuter senare. I ambulansen fått inhalation Ventoline. Status: Temp 36,8. Ingen snuva. O2 sat 82%, orolig, blek, väsande andning med press på expiriet. Oregelbundna rodnade utslag med vit upphöjd hud i mitten över bål och armar o lår. Pulm förlängt expirium, expiratoriska rhonki. Kapillär återfyllnad 3-4 s. BT 70/40. Hjärta normal rytm, frekvens 110.

Vad blir din diagnos? (1p)

Anafylaxi

Ange de fyra viktigaste/första behandlingarna, typ av läkemedel och administrationssätt. (Doser behövs ej). (2p)

Adrenalin i.m

Syrgas inh

Ringer-acetat, i.v. (chock-beh)

Ventoline inh.

Antihistamin p.o (oral lösning)

Betapred p.o

Fråga 19 (2 poäng)

Lisa, 8 år, kommer med sina föräldrar till endokrinmottagningen. Skolläkaren har skrivit remiss vid 1:a klass-undersökning, eftersom Amanda är minst i klassen. Hon växer långs –2,5 SD. Mor och far är 170 respektive 185 cm och flickans äldre syster, som är 10 år, är normalstor. Lisa har varit frisk tidigare förutom ett flertal otiter. I status finner du en flicka med lite lågt sittande hårfäste, lite brett nackfäste och lite brett mellan mamillerna.

Vilken diagnos kan flickan ha och hur fastställer du diagnosen? Vad visar undersökningen? (1p)

Turners syndrom. Kromosomanalys: 45, X0

Nämn två betydelsefulla konsekvenser detta har på sikt för flickan? (1p)

Ökad risk för autoimmuna sjukdomar: hypothyreos, alopeci etc.

Syn- och hörselproblematik.

Bedömning och åtgärd 1 (5 poäng)

Kontaktorsak: 6 årig flicka som inkommer akut efter frånvaroattack

Ärftlighet Ingen ärftlighet för epilepsi eller krampsjukdom.

Socialt Sammanboende föräldrar och första barnet.

Tid/nuv.sjukdomar Tidigare frisk.

Aktuellt Idag vid 21.30-tiden plötsligt börjat göra konstiga ljud ifrån sig strax efter insomnande. Modern sprang in till flickan som då satt rakt upp i sängen, stirrade rakt framför sig, gick inte att få kontakt med. Flickan, andades lite konstigt. Var lite blek men inte blå i ansiktet. Moder uppskattar att det varade i cirka 2-3 minuter, därefter gick det att få lite kontakt med henne men hon var väldigt slö och loj. Reagerade inte som vanligt, svår att få kontakt med, svarade inte som hon brukar på frågor. Ambulans tillkallades, reagerade ej vid blodprovstagningen för glukos. Har piggat på sig på akutmottagningen. Varit lite förkyld de senaste dagarna. Välmående under dagen. Magsjuk och förkyld innan jul. Inga tidigare episoder som liknar denna. Ingen säker hereditet för krampsjukdom.

Status Allmäntillstånd: Trött men ger motstånd vid undersökning i samband med att flickan väcks. Snuvig. Andningsfrekvens 25 andetag/min. Saturation 100 % Pulsfrekvens 120 slag/min. Kroppstemperatur 38,1 °C, Perifer cirkulation: Kapillär återfyllnad under 2,5 sekund. Munhåla och svalg Inspekteras lätt rodnad över gombågarna. Öron Inspekteras bilateralt, höger sida blek trumhinna, vänster sida lätt rodnad trumhinna men ej buktande. Ytliga lymfkörtlar Palperas cervikalt och inguinalt utan anmärkning. Hjärta Auskulteras med regelbunden rytm. Inga bi- eller blåsljud. Lungor Vesikulära andningsljud bilateralt. Inga rassel eller ronki. Buk Palperas mjuk och oöm. Neurologiskt status Isokora pupiller, normal reaktion på direkt och indirekt ljus. Rör sig sidlikt. Ingen nackstyvhet. Hud Inspekteras utan utslag, petekier eller erytem.

Provtagning Blodgas utan anmärkning. CRP under 5. Glukos 5,3.

6-årig flicka med frånvaroattack. I botten frisk förutom förkylning senaste dagarna. Frånvaroattack som varat 2-3 minuter, därefter postiktal - slö, medvetandesänkt. Förhöjd kroppstemperatur och lite hög puls. Normalt b-glukos. Somatiskt status väsentligen ua förutom lätt rodnad vä trumhinna. Misstänker i första hand epileptiskt anfall men måste utesluta CNS-infektion. Benign barnpilepsi ev. tänkbar diff pga ålder, men medvetandepåverkan talar emot.

Plan:

1. LP
2. Rundodla (blod, öron, NPH, urin)
3. Acyklovir, cefotaxim, ampicillin
4. Inläggning för observation med EEG och DT-hjärna.

Bedömning och åtgärd 2 (5 poäng)

Kontaktersak: 3 månaders pojke som kommer till akuten pga andningsbesvär och hosta

Socialt Första barnet till sammanboende föräldrar. Föräldrarna kommit till Sverige ifrån Nicaragua för drygt tre månader sedan, talar endast spanska. Samtal via tolk.

Tid/nuv.sjukdomar Prematurfödd v 35+1. Neoperiod ua och efter utskrivning från neonatalen i december mått fint. Erhållit 3 månaders vaccinationen för en vecka sedan.

Epidemiologi Mor varit förkyld med hosta.

Aktuellt Samtal förs med tolk. Berättar att pojken varit förkyld i ungefär två veckor med snor och hosta. Den senaste veckan intensiv hosta och haft jobbigt med andningen. Idag slutat andas i samband med flera hostattacker. Förefaller ha varit röd i ansiktet i samband med hostattacker men sedan blivit blå om läpparna. Har sovit dåligt och äter sämre, äter BM-ersättning på flaska men det går väldigt långsamt. Urin o avföring normalt. Har haft periodvis tempstegring upp till 38,5.

Status Allmäntillstånd Enligt sköterska andningspåverkad vid temp- och vikttagning, nästoalett x 2 och natriumkloridinhalation med god effekt. När jag träffar gossen är han vital, lite gnällig men kommer till ro med napp. Har en hostepisod då han hostar så han tappar andan och får en ca 25 sekunders apne och blir blek och lätt blå om läpparna, men hämtar sig sedan snabbt. Vikt 5,2 kg Andningsfrekvens 57 /min. Saturation 97 %, Pulsfrekvens 163 /min, Kroppstemperatur 37 °C Munhåla och svalg Fuktade slemhinnor. Inspekteras utan anmärkning. Öron Trånga förhållanden, kan ej bedömas. Ytliga lymfkörtlar Inga palpabla i huvud/halsområdet eller i ljumskar. Hjärta Regelbunden rytm, inga hörbara bi- eller blåsljud. Lungor Ej påtagligt ökat andningsarbete, inga indragningar. Inga biljud Buk Normala tarmljud. Palperas mjuk. Har ett litet navelbräck som lätt kan reponeras. Neurologiskt status Fin tonus, normalställd fontanell. Reflexer utan anmärkning. Perifer cirkulation Kapillär återfyllnad två sekunder. Femoralispuls palperas utan anmärkning. Hud Inga utslag eller petekier.

Provtagning CRP < 5. LPK 27,8, Lymfocyter 18,5 (ref 1,5 – 8) Hb 104. Blodgas med pH 7,26, 7,2 i pCO₂. Elektrolyter och glukos normalvärden.
Bedömning och åtgärd skrivs på nästa sida

3 månader gosse, född prematurt som varit förkyld i två veckor. Söker akut för tilltagande andningsbesvär. Lymfocytos i labb samt respiratorisk acidosis. Sannolikt pertussis med bakgrund av intensiv hosta, apnéer och lymfocytos. Viroser med bronkit samt atypisk pneumoni mindre sannolikt. Inlägges för observation på vårdavd samt andningsunderstöd. PCR på NPH, nästoalett, syrgas och NaCl inhalation vid behov samt erytromycin (AB) för att minska smittsamhet. PEWS x8. Anmäler för smittspårning.

Vad skall då ett PBD innehålla:

1. Mkt kort sammanfattning inkluderande bedömning av kända fakta runt patienten. Ex: "5 år gammal pojke med tidigare astma söker akut för utslag, buksmärta samt svullna fotleder ".
Onödiga upprepningar medför avdrag. 1 poäng om korrekt

3 månader gosse, född prematurt som varit förkyld i två veckor. Söker akut för tilltagande andningsbesvär.

2. Diagnostiska överväganden. Här skall preliminär och eventuella diff.diagnoser framgå. Det kan framgå och motiveras hur sannolik/a den preliminära diagnosen respektive diff.diagnoser bedöms vara. Ex: "Sannolikt Henochoch Schönleins purpura med bakgrund av vaskulitutslag, buksmärta samt artrit. JIA mindre sannolikt. Avsaknad av feber borde utesluta meningokocksepsis ". **1,5 poäng om korrekt**

Sannolikt pertussis med bakgrund av intensiv hosta, apnéer och lymfocytos. Viroser med bronkit samt atypisk pneumoni mindre sannolikt.

3. Vårdplanering: Denna skall vara på rätt detaljnivå och innehålla föreslagen behandling med motivering, kontroller, vårdnivå etc. Ex: "Inlägges för observation på vårdavd. Blodstatus, CRP samt urinsticka. Halsodling. Om tilltagande buksmärta får kortikosteroider övervägas ". **1.5 poäng om korrekt**

Inlägges för observation på vårdavd samt andningsunderstöd. PCR på NPH, nästolett, syrgas och NaCl inhalation vid behov samt erytromycin (AB) för att minska smittsamhet. PEWS x8. Anmäler för smittspårning.

4. Hålla sig inom given ram med rimlig omfattning, korrekt organisation samt att ingående delar är välavvägda. **1 poäng om korrekt**

Poängsättningen:

Ett korrekt PBD med lagom omfattning, en rimlig introduktion, korrekt diagnos och ev diffdiagnoser, korrekt förslag på handläggning samt korrekt organisation medger sammanlagt 5 poäng. Allvarliga fel i handläggningen som är farliga och kanske livshotande, t ex felaktig vätskebehandling, avsaknad av antibiotika till sepsis osv, kan medge ytterligare poängavdrag. Poängsättningen ovan är ungefärlig och kan variera från fall till fall.

Tenta 2018-12-05

1. Du undersöker en nyfödd flicka på BB och noterar att barnet har kuddiga händer och fötter samt lite bred nacke och brett mellan mamillerna. Symtomen vid den diagnos du funderar på kan vara diskreta och därför är det ofta svårt att ställa diagnos tidigt och knappt hälften får diagnosen vid födseln. Du skickar prov för kromosomanalys för att säkerställa din misstanke. Vilket av följande alternativ har med störst sannolikhet koppling till den diagnos du misstänker. (1 p)

- A. Är fertila
- B. Låga värden Tillväxthormon
- C. Normal tillväxt
- D. Utebliven pubertet**
- E. Ventrikel septum defekt

2. Modersmjölksersättningar produceras för att likna bröstmjölken så mycket som möjligt. Föräldrarna vill veta vad skillnaden är mellan modersmjölksersättning och komjolk? Vilket av följande påståenden om modersmjölksersättning stämmer inte? (1 p)

- A. De är komjölksbaserade
- B. Kolhydraten är laktos
- C. Proteinnivån är densamma som i komjolk**
- D. De är järnberikade
- E. Har tillsats av mineraler och vitaminer

3. Kasper är 9 månader gammal. Han har just börjat krypa, men har ännu inte börjat resa sig upp mot möbler. De senaste veckorna blir han ledsen när han träffar främlingar och han vill bara vara med sina föräldrar. Är det något i anamnesen du blir bekymrad över? (1 p)

- A. Ja, Kasper borde ha börjat resa sig mot möbler vid denna ålder
- B. Nej, Kasper har en helt normal utveckling**
- C. Ja, Kasper har både en sen motorisk utveckling och verkar ha en tillbakagång i sin utveckling när han nu blivit rädd för främlingar
- D. Ja, det är onormalt att Kasper inte börjat krypa förrän vid 9 månaders ålder
- E. Nej dock borde Kasper känna mer trygghet och kunna träffa främlingar utan att bli ledsen

4. Alice 18 månader, tidigare frisk, kommer in till barnakuten med sin 6:e förkylning mellan januari och juni. Hon har nästäppa, hosta och ibland lite feber. Hon får i sig hyfsat med mat och dryck. Vikt och längdutveckling normal. Hon behöver ofta vara hemma från förskolan.

Föräldrarna är bekymrade över att hon har immunbrist och vill att du utreder henne. Vilket av nedanstående är det mest korrekta svaret att säga till föräldrarna? (1 p)

A. **Det är normalt men för säkerhets skull tar du några prover för att utesluta immunbrist.**

B. Du ger lugnande besked då det är normalt att ha frekventa förkylningar i denna ålder.

C. Du tar några prover nu men skickar en remiss till specialist för en uppföljning.

D. Du är bekymrad och påbörjar en utredning.

E. Du är orolig och remitterar till specialist.

5. En 2 månader gammal fullgången flicka söker akut med sina föräldrar för att hon inte orkar amma. Hon har ingen ÖLI eller feber. I status: Afebril. Kapillär återfyllnad 2 s. Hjärta: frekvens 170, starka toner. Inget fremsissement, inget säkert blåsljud. Femoralispulsar palperas. Lungor: inga biljud, takypné, andningsfrekvens 56/min. Övrigt status ua. Buk: Mjuk, oöm. Palperar leverkanten 1 cm nedom arcus. Vilket tillstånd/sjukdom är det mest sannolika? (1 p)

A. AML (Akut myeloisk leukemi)

B. ASD (förmaksseptumdefekt)

C. Coarctatio aortae

D. Pneumoni

E. VSD (Kammarseptumdefekt)

6. Nefros är en av de vanligaste njursjukdomar efter UVI hos barn. Nedan följer flera symtom och/eller associerade fynd. Ringa in det som är felaktigt. (1 p)

A. Högt Kreatinin

B. Massiv ödem

C. Proteinuri

D. Risk för trombos

E. Förhöjda blodfetter

7. Mässling var en fruktad sjukdom med hög mortalitet innan införandet av allmänna vaccinationsprogram. Idag finns det utbrott av mässling i flera europeiska länder då fler väljer att inte vaccinera sina barn. Vad är den mest fruktade komplikationen av denna sjukdom? (1 p)

A. Dövhet

B. Encefalit

C. Kramper

D. Meningit

E. Utvecklingsstörning

8. Elsa 1 år, tidigare frisk, har haft frekventa diarréer i 3 dagar nu. Hon kräktes de första två dagarna men ej idag. Hon har ett äldre syskon hemma med maginfluensa. Hon kommer till dig på barnakuten tillsammans med sina föräldrar pga trötthet och ovilja att dricka. Hennes blöjor är lättare än vanligt. Du vill rehydrera **enteralt** i första hand och ber en sjuksköterska sätta en nasogastrisk sond. Du har tagit en blodgas som visar normala elektrolyter. Hon är normalstor för åldern. (1 p)

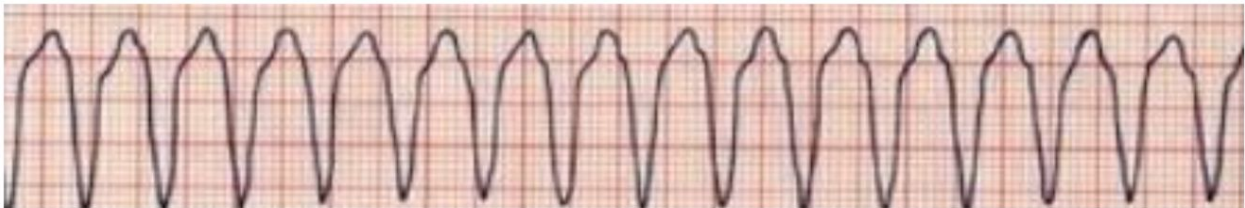
Vad, hur mycket och hur länge ger du?

- A. Ringer Acetat, 1000 ml på 24 timmar
- B. Ringer Acetat, 500 ml på 4 timmar
- C. Sondmat, 600 ml på 4 timmar
- D. Vätskeersättning, 1000L på 24 timmar
- E. Vätskeersättning 500 ml på 4 timmar**

9. På barnmottagningens akuttid träffar du Kalle, 8 år som kommer med mamma. Han var på morgonen svärväckt i 10 minuter före frukosten och kissade i sängen vilket han annars inte brukar göra. Några minuter innan mamma skulle väcka honom hörde hon märkliga ljud inifrån Kalles rum. Mamma känner inte igen något av hans nämnda beteende sedan tidigare. Han har lite förkylning sedan ett par dagar och när mamman kollade tempen har han 38 grader. Han är en i övrigt frisk kille som är duktig på fotboll. Kalles status är genomgående helt normalt. Med bakgrund av anamnes och status, vad blir ditt viktigaste steg i utredningen för att eventuellt bekräfta diagnosen? (1 p)

- A. DT skalle
- B. EKG
- C. Njurfunktionsprover
- D. Sömn EEG**
- E. Urinprov och odling

10. Du tjänstgör som allmänläkare på en BVC-mottagning i stan. Milton 4 år gammal är bokad för kontroll då hans föräldrar tycker att han har svårt att sitta still. De tror att han har ADHD. Pojken faller plötsligt ihop i korridoren när han jagar sin pappa. När du kommer fram till honom är han livlös. Han andas inte och du kan inte palpera någon puls. En sköterska har snabbt hämtat ett kardioskop och en defibrillator på vårdcentralen i samma byggnad. Fadern, som är sjuksköterska, har påbörjat HLR. Följande rytm visas på monitorn. (1 p)



Vad gör du i väntan på att ambulans är på plats?

A. Avbryter hjärtkompressioner p g a sinustakykardi på monitorn. Ventilerar 60 inblåsningar/minut. Planerar för ny rytmkontroll om 2 min. Drar upp adrenalin.

B. Fortsätter HLR 15:2. Avvaktar defibrillering p g a PEA. Ger omgående adrenalin i den infart som sättes.

C. Fortsätter HLR 15:2. Avvaktar defibrillering och adrenalin i väntan på nästa rytmanalys om 2 minuter.

D. Fortsätter HLR 15:2. Defibrillerar 4 J/kg så snart plattorna är på plats och förbereder adrenalin som skall ges efter 3:e defibrilleringen.

E. Fortsätter HLR 15:2. Defibrillerar 4 J/kg så snart plattorna är på plats och ger omgående adrenalin i den infart som sättes.

11. Barnavårdscentral (BVC) har en viktig roll för alla barn i Sverige oberoende av socioekonomisk bakgrund. Nämn 3 olika insatser som BVC erbjuder alla familjer. (1,5 p)

- Föräldragrupper
- Vaccinationsprogram
- Hälsokontroller av barn

12. Kawasaki sjukdom (KS) är en av vaskulitsjukdomarna som ofta drabbar barn under 5 år.

a) Vilka är de diagnostiska kriterierna för Kawasaki - förutom feber? (2,5 p)

Feber > 38,5 i mer än fem dagar samt minst 4 av 5 av följande fynd:

1. Bilateral konjunktivit
2. Förändringar på läppar, i munhåla - smultrontunga!
3. Förändringar extremiteter - palmar/plantarerytem som senare fjällning
4. Utslag, polymorft
5. Halsadenit (ofta ensidig solitär)

b) Hur behandlas KS?(1 p)

Behandlingen utgörs av intravenösa immunoglobuliner (IVIG) före dag 10 av febern.

- Antipyretika har begränsad effekt vid Kawasakis sjukdom

c) Vilket är den mest fruktade komplikationen vid KS och hur verifieras den?(2 p)

Utan behandling med intravenöst gammaglobulin (IVIG) riskerar 15-25 % av patienterna att drabbas av **kranskärlspåverkan** med dilatation, aneurysm eller trombosbildning. Sådan påverkan riskerar att utvecklas till ischemisk hjärtsjukdom eller, i sällsynta fall, ruptur av aneurysm.

Remiss för röntgen av hjärta och lungor (infiltrat, hjärtförstoring?), EKG (myokardit?) och UCG (kranskärl, perikardvätska, kammarmfunktion, klaffpåverkan?). hjärteko

13. Du träffar Albin, 9 månader, som söker med sina föräldrar på barnakuten. Albin har tidigare varit frisk, men har för någon vecka sedan haft en gastroenterit. Familjen söker då Albin blivit sämre senaste dygnet. Han verkar ha ont i magen och har vid flera tillfällen blivit alldeles blek, kräcks och varit otröstlig. Däremellan har han varit ungefär som han brukar.

a) Det kan finnas olika orsaker som kan förklara Albins besvär, ange en viktig, potentiell farlig orsak som måste uteslutas. (1 p)

Invagination?

Malrotation?

b) Vilket av de beskrivna symtomen ovan talar primärt för den diagnosen? (1 p)

Intervaller med kraftig smärta, och däremellan avtar smärtan helt.

c) Vilken radiologisk undersökning görs i första hand för att bekräfta diagnosen? (1 p)

UL buk (sensitivitet och specificitet är mycket bra i vana händer)

BÖS (50% av pat med invag har normal BÖS)

d) Om din misstanke bekräftas, vad blir din åtgärd? (1 p)

Stabilisera med smärtlindring, v-sond och uppvätskning.

Reponeringsförsök via röntgen, s k koloningjutning med ingjutning av kontrast via ändtarmen.

14. Föräldrar som kommer till akutmottagningen med Elsa 8 månader. Föräldrarna förklarar att Elsa har ramlat från skötbordet och har varit slö sedan dess. I status hittar du en slö flicka som gnyr och som har blåmärken på rygg, armar och ben. Hon verkar ha ont när du undersöker höger arm. På frågan om alla blåmärken svarar föräldrarna att hon hade ramlat tidigare i veckan från en soffa och nu skötbordet. Du gör ett noggrant status i vilket du kan notera blåmärken av olika åldrar. Du försöker få ihop statusfynden med anamnesen och känner en oro för omsorgssvikt. Hur handlägger du Elsa? Nämn 5 åtgärder du behöver göra inom de närmaste timmarna. (5 p)

- Inläggning för observation
- Kontakta bakjour / senior kollega

- helkroppsröntgen (ev DT)
- ögonbottenspegling,
- omsorgsfull journalbeskrivning av ev fynd.
- SOL-anmälan (+polisanmälan?)
- Koagulationsstatus.

15. En liten gosse föddes i v 27+5 med akut snitt. Det var en traumatisk förlossning för föräldrarna och barnet. APGAR-poängen var 3-5-7. Gossen lades in på neonatologiavdelningen med CPAP på grund av andningsstörning. Det visar sig att mamman hade feber och fick antibiotika efter att gossen föddes.

a) Vid vilka tider (ålder), samt vilka parametrar bedömer man i APGAR-poängen?
(4 p)

1 min, 5 min, 10 min

Apperence/utseende/hudfärg.

Puls (HF),

Grimas/retbarhet,

Aktivitet (tonus/spontanmotorik),

Respiration/andning,

b) Hur definieras prematuritet? Vad är definitionen när man är född före v 28?(1 p)

Prematur är ett barn som är fött före 37 fulla graviditetsveckor.

- Barn födda före 28 fullgångna veckor betecknas som extremt för tidigt födda (EPT - Extremely PreTerm).

c) Gossen blir slö och grå i färgen på dag 3. Du misstänker att han har en infektion. Vilka är de vanligaste agens i den här åldern? (1 p)

Innan 72h = tidig infektion = bakterier från modern.

- Streptococcer grupp B = GBS vanligast.
- E.Coli, andra gramnegativa stavar.
- Listeria, ovanligt.
- Klebsiella
- S. Epidermidis
- Enterococcer,
-

16. Pelle 6 år har fått tid på en barnläkarmottagning pga trötthet, mörk urin och huvudvärk. Han hade en halsinfektion med feber i 6 dagar för drygt 2 veckor sedan, men man sökte aldrig läkare och han fick således ingen behandling. Han har haft mörk urin i två dagar. I status noterar du en något trött pojke som är lite blek och lätt svullnad över ögonen. Han har nu ingen feber, inga utslag och är ej andningspåverkad.

a) Vad är den troligaste diagnosen med hjälp av anamnesen och status? (1 p)

Postinfektiös glomerulonefrit

b) Vilket prov behöver du ordinera akut för att stärka din misstanke? OBS! Ett prov där du får svar inom några minuter! Vad förväntar du dig för resultat? (1 p)

Urinsticka? Proteinuri, **hematuri**, leukocyturi

c) Du får det svaret du förväntade dig och nu vill du ta ytterligare 3 specifika prover för att bekräfta diagnosen. Vilka prover beställer du?(2 p)

- Elfores, C3-C4
 - C3 sänkt vid akut poststreptokock-glomerulonefrit
- Svalgodling
- Krea
- Cylindrar i urin

d) Mot bakgrund av pojkens huvudvärk får du inte glömma en mycket viktig undersökning. Vilken är det? (1 p)

LP

Blodtryck är vad som har nämnts i andra tentor.

17. Mammor med diabetes föder ofta stora barn med födelsevikt upp mot 5 kg. Varför blir barnen så stora? (2 p)

Insulinresistens hos mamma -> högt blodsocker. Högt blodsocker i barnets blod -> ökad insulinproduktion -> inlagring av energi -> viktuppgång.

18. Muhammed 3 år söker på grund av frekventa diarréer sedan 3 dagar och har svårt att äta och dricka. Han har 38°C feber och är trött, nästan slö. Han är frisk sedan tidigare men nu har han gått ner 2 kg i vikt. Han väger 16 kg. Han har knappt kissat senaste dygnet. Du ser en slö pojke med takykardi och en kapillär återfyllnad på 3,5s. Du bestämmer dig för att ta en blodgas snabbt som visar pH 7,29, BE -12, Na 155, K 3,6, pCO₂ 4. Hur handlägger du detta fall de närmaste timmarna. Skriv i kronologisk ordning och i punktform. (4p)

- Handläggning A-E (inklusive b-glukos)
- Koppla syrgas på näsgrimpa 3L
- Chockbehandling Ringeracetat: 20ml/kg/15min -> 20x18=360ml
- Blodgas + CRP
- Alvedon - ta ner febern - minska energibehovet
- 6. Hyperton dehydrering: Dropp 5% glukos, 140Na, 20K, 10% av kroppsvikten 1600ml på 36-(48h)
 - P-Na bör inte sänkas mer än 0,4 mmol/timme (10 mmol/dygn). Vid all behandling ska patientens tillstånd övervakas och elektrolyter följas med regelbunden provtagning.
- Underhållsvätska: 1300 ml / 24 h (1000ml + 6x50 ml)
- Ersätt förluster (ca 100ml / kräkning el. diarré ?)
- Kontakt med husjour för inläggning
- Reevaluera - eventuellt rundodla och empirisk behandling för sepsis -> Cefotaxim + ampicillin + acyklovir

19. Sara 3 månader gammal söker akut med sina föräldrar pga gnällighet och ryckningar. Ryckningarna utgörs av först en nickning i huvudet följt av en flektionsrörelse i armar och ben utan medvetandeförlust. Du noterar att Sara har avstannat i utvecklingen. Du behöver skicka en akut remiss för EEG för att få rätt diagnos. Vad förväntar du att få för svar från EEG undersökningen? Det är en mycket karaktäristisk bild vid detta tillstånd. (1 p)
 EEG visar sannolikt **hypsarytmi** som tecken till **infantil spasm (Wests syndrome)**

PBD 1 (5 p)

Kontaktorsak 4-år gammal flicka kommer till akutmottagningen pga utslag och nu tilltagande andningsbesvär.

Socialt Barn 1/1, sammanboende föräldrar. Kommer med mamma.

Tidigare o nuvarande sjukdomar Tidigare frisk.

Hereditet Ingen känd

Aktuellt Maja lekte tillsammans med en kompis hemma helt plötsligt klagade på klåda.

Mamman noterade utslag på kroppen och att Maja kliade. Hon tyckte det kändes konstigt i munnen men i övrigt var relativt opåverkad. Mamman slängde sig i bilen med Maja och åkte till barnakuten. De bodde nära sjukhuset så de var inne på 10 minuter. Maja nämnde att hon fick smaka en chokladbit av kompisens, det visar sig att chokladbiten innehöll nötter. Maja började bli gnällig och blev mer andnings påverkad. Nu var de på akuten och fick snabb hjälp.

Status

Allmäntillstånd: Temp 37,5 C. Ledsen o missnöjd. Protesterar vid undersökningen. Kapillär återfyllnad 3 sekunder. Saturation: 89%. Subkostala indragningar. AF 40. Vikt: 18 kg
 Munhåla och svalg: Retningsfritt förutom lätt rodnad tunga. Öron: Trumhinnan inspekteras utan anmärkning bil. Ytliga lymfkörtlar: Inga tydliga lymfkörtlar cervikalt. Hjärta: RR, takykardi 160.

Lungor: Ronki bilaterat basalt. Buk: Mjuk och oöm. Inga organförstoringar. Hud: Lätt upphöjda rodnade makulopapler generellt på kroppen. Rodnad i ansiktet med lätt svullnad runt ögonen
Neuro: Symmetriska rörelser. Normal tonus.

4 år gammal flicka sedan tidigare frisk, söker akut för utslag och andningsbesvär efter intag av jordnötter. Cirkulatoriskt och respiratoriskt påverkad med hotad luftväg. Sannolikt anafylaxi av jordnöt. Osannolikt med astma givet mycket akut förlopp. Främmande kropp mindre sannolikt med tanke på klåda och utslag. Skyndsam handläggning enligt larmrutin. Erhåller adrenalin i.m., syrgas inh, ventoline inh, pvk x2, bolus Ringeracetat 360 ml, antihistamin och kortison. Kvarstannar för obs och stabilisering på akuten. Vid stabilt läge NEWS varje timme. Tryptas ska tas inom 4h.

Vad skall då ett PBD innehålla:

*1. Mkt kort sammanfattning inkluderande bedömning av kända fakta runt patienten. Ex: "5 år gammal pojke med tidigare astma söker akut för utslag, buksmärta samt svullna fotleder ". Onödiga upprepningar medför avdrag. **1 poäng om korrekt***

4 år gammal flicka sedan tidigare frisk, söker akut för utslag och andningsbesvär efter intag av jordnötter. Cirkulatoriskt och respiratoriskt påverkad med hotad luftväg.

*2. Diagnostiska överväganden. Här skall preliminär och eventuella diff.diagnoser framgå. Det kan framgå och motiveras hur sannolik/a den preliminära diagnosen respektive diff.diagnoser bedöms vara. Ex: "Sannolikt Henochoch Schönleins purpura med bakgrund av vaskulitutslag, buksmärta samt artrit. JIA mindre sannolikt. Avsaknad av feber borde utesluta meningokocksepsis ". **1,5 poäng om korrekt***

Sannolikt anafylaxi av jordnöt. Osannolikt med astma givet mycket akut förlopp. Främmande kropp mindre sannolikt med tanke på klåda och utslag.

*3. Vårdplanering: Denna skall vara på rätt detaljnivå och innehålla föreslagen behandling med motivering, kontroller, vårdnivå etc. Ex: "Inlägges för observation på vårdavd. Blodstatus, CRP samt urinsticka. Halsodling. Om tilltagande buksmärta får kortikosteroider övervägas ". **1,5 poäng om korrekt***

Skyndsam handläggning enligt larmrutin. Erhåller adrenalin i.m., syrgas inh, ventoline inh, pvk x2, bolus Ringeracetat 360 ml, antihistamin och kortison. Kvarstannar för obs och stabilisering på akuten. Vid stabilt läge NEWS varje timme.

4. Hålla sig inom given ram med rimlig omfattning, korrekt organisation samt att ingående delar är välavvägda. **1 poäng om korrekt**

Poängsättningen:

Ett korrekt PBD med lagom omfattning, en rimlig introduktion, korrekt diagnos och ev diffdiagnoser, korrekt förslag på handläggning samt korrekt organisation medger sammanlagt 5 poäng. Allvarliga fel i handläggningen som är farliga och kanske livshotande, t ex felaktig vätskebehandling, avsaknad av antibiotika till sepsis osv, kan medge ytterligare poängavdrag. Poängsättningen ovan är ungefärlig och kan variera från fall till fall.

PBD 2 (5 p)

Kontaktorsak 7 månader gammal pojke kommer till akutmottagningen pga feber och slöhet. Socialt Barn 3/3, sammanboende föräldrar. Kommer med båda föräldrarna.

Graviditet och nyföddhetsperiod Normal graviditet. PN. Född i v 38+5. FV 3450g.

Komplikationsfritt neonatalt.

Tidigare o nuvarande sjukdomar Tidigare frisk. Hereditet Pappan pollenallergi.

Aktuellt Har mått bra tills igår när han började äta sämre. Har ingen förkylning. Febern runt 39-40C. Syskonen förkylda med feber. Blöjan var inte lika tung som vanligt på morgonen. Är inte lika aktiv med rörelser och jollrande. Trött, sover mest.

Status Allmäntillstånd: Temp 40,2 C. Slö. Kapillär återfyllnad 3,5 sekunder. Saturation: 91%.

Inga indragningar. Gråblek. Vikt: 7,5 kg Munhåla och svalg: Retningsfritt. Öron: Inspekteras rodnade men ej buktande bilateralt. Ytliga lymfkörtlar: Inga lymfkörtlar cervikalt. Hjärta: RR, takykard 170. Lungor: Normala andningsljud, möjligtvis lite svaga då han inte orkar ta ordentliga andetag. Buk: Mjuk och oöm. Inga organförstorningar. Hud: Inga exantern.

Neuro: Försiktiga symmetriska rörelser. Slapp. Ger ingen kontakt. Fontanell lätt spänd. Ej nackstyv.

Tenta 2018-04-26

1. En 1 årig flicka kommer till barnakuten för feber, kräkningar och diarre i 1 1/2 dygn.

Hon var normalviktig vid födseln och har följt sin vikt och längdkurva på medianen. I status är hon febril 38,5. Hon tycks lätt-medel dehydrerad med torra läppar. Kapillär återfyllnad 2 sek. Väger nu 9,5 kg., kräks ej på akutmottagningen men tar inte emot vätska. Du väljer att lägga in henne. Du väljer **sond** och skall nu ordinera rehydrering och underhåll. Dina ordinationer blir: (2 p)

a) ORS 500 ml på 4 timmar följt av välling underhåll 50 ml per timme + förluster med ORS bi

b) ORS 500 ml på 4 timmar följt av ORS underhåll 50 ml per timme

c) ORS 500 ml på 2 timmar följt av välling underhåll 50 ml per timme

d) ORS 500 ml på 4 timmar följt av välling underhåll 100 ml per timme + förluster med ORS

e) ORS 200 ml på 2 timmar följt av välling underhåll 50 ml per timme

2. Du vikarierar som läkare på en barnläkarmottagning. Daniel, 15 år, har sedan några månader varit trött och håglös. Hans skolprestationer har tidigare varit goda men har den senaste tiden varit sämre. Han har inte gått upp i vikt det senaste året och har vuxit 4 cm på längden. Han har haft 3 - 4 lösa avföringar per dag och för detta har man för 2 månader sedan sökt på allmänläkarmottagningen. Man tog avföringsodlingar och TSH. Båda undersökningarna visade ingen patologi. SR 32 mm. I status kan du konfirmera blekhet. I övrigt finner du inget fokalt patologiskt i mun o svalg, hjärta, hud, lungor eller buk.

Du vill förstås utreda pojken med bakgrund av hans symtomatologi. Vilka prover anser du vara de viktigaste av nedanstående alternativ för att få klarhet i pojkens sjukdomsbild och kunna gå vidare utredningsmässigt. (2p)

a) Blodstatus, elfores, ANA, immunglobuliner, transglutaminas

b) Elektrolyter, komplement, urinsticka, transglutaminas

c) Elektrolyter, F-calprotectin, albumin, transglutaminas

d) Blodstatus, ANA, kreatinin, proteinfraktioner, transglutaminas

e) **Blodstatus, F-calprotectin, proteinfraktioner, transglutaminas ?**

3. Till barnakuten kommer en 1,5 årig pojke som varit med sin far i flera månader i Afghanistan, faderns ursprungsland. Pojken har haft hög feber upp till 40,5 i 5 dagar och han har ätit och druckit dåligt. Efter 3 - 4 dagars feber fick pojken ett makulopapulöst utslag som började i ansiktet och som nu har spridit sig ner på bålen och armarna och bäcken. Han har nu också en påtaglig konjunktivit. I ansiktet är nu utslaget nästan konfluerande (dvs täcker hela ansiktet). Han har inga förstörade lymfkörtlar, inga utslag på händerna. I munnen har han små vita och röda prickar på insidan av kinden bilateralt. Vilken inkubationstid stämmer bäst med den misstänkta infektionssjukdomen? (2p)

a) 3-4 dagar

b) 5 -7 dagar

c) 9 – 12 dagar

d) 2 veckor

e) 3 veckor

4. En 6 årig flicka kommer till barnakuten pga att hon haft röd-brun urin sedan ett dygn. Hon hade en halsinfektion med hög feber för 2 veckor sedan. Man sökte ej läkare och infektionen gick över spontant efter ca 5 dagar. Det senaste dygnet har flickan kissat ganska lite. Hon klagar över viss huvudvärk. Sjuksköterskan har tagit en urinsticka som visar röda 4+, vita 1+, protein 2+, glukos 0, nitrit 0. I status finner du inget fokalt patologiskt förutom antytt ödem på underbenen men ingen tydlig svullnad över ögonlocken. BT hö arm 140/90 mm Hg. Du bestämmer dig för att lägga in flickan på avdelning för utredning. Vilka undersökningar och eventuell behandling anstaltar du om till avdelningen (2p)

- a) U-albumin, S-albumin, kreatinin, urinsediment, blodtryck x 8, daglig vikt
- b) Dagliga U-krea/albuminkvot, kreatinin, daglig vikt, Prednisolon 2 mg/kg/dyg
- c) Daglig vikt, blodtryck x 8, urinmätning, Prednisolon 2 mg/kg/dygn,
- d) Svalgodling, komplement C3, C4, kreatinin, dagliga U-krea/albuminkvot , urinsediment, blodtryck x 8, Urinmätning
- e) Svalgodling, komplement C3, C4, dagliga kreatinin, Prednisolon 2 mg/kg/dygn

5. Lisa 3 år inkommer till akuten för att hon sedan tre dagar haft små petekier på bålen. Hon har också haft lite lätt feber 38,2 grader utan förkylningssymtom. Ingen blödning från slemhinnor eller tarm. Föräldrarna tycker att hon varit lite tröttare än vanligt och varit gnällig i slutet av dagarna på förskolan sedan cirka 2 veckor. I status kan du notera några få, diskreta petekier på bålen. Hon har fin färg. I buken känner du en resistens till vänster i buken ca 3 cm nedom arcus i mamillarlinjen och du misstänker en mjältförstoring. Hjärta lungor fysikaliskt ua. Du tar ett blodstatus som visar tpk $27 \times 10^9/l$, Hb 85 g/l, Lpk $10,8 \times 10^9/l$ Med bakgrund av symtom, status och lab misstänker du i första hand (2p)

- a) leukemi och anstaltar om diff, urat samt benmärgsundersökning
- b) ITP och kollar diff samt antikroppar mot trombocyter
- c) aplastisk anemi och anstaltar om diff
- d) aplastisk anemi och anstaltar om diff och benmärgsundersökning
- e) leukemi och anstaltar om diff, urat, benmärgsundersökning med kromosomundersökning**

6. En 5 årig flicka inkommer till akuten en söndagskväll kl 21 tillsammans med hennes mor. Föräldrarna som är skilda befinner sig i en vårdnadstvist om flickan. Mamma berättar att flickan har blåmärken på kroppen efter att hon vistats hos sin pappa i helgen. Flickan själv vill inte berätta vad som har hänt. I status kan du se att det finns blåmärken av ganska färsk art på bål och armar men även på underben. Även något blåmärke på kinden. Ange 6 olika åtgärder eller ställningstaganden som är obligatoriska i denna situation (3p)

- Lägg in för obs/vidare undersökning
- Kontakta bakjour / senior kollega

- Helkroppsröntgen, ev DT
- Ögonbottenspegling,
- Fotografera fynd - gärna med sjukhusfotograf.
- Omsorgsfull journalbeskrivning av ev fynd.
- Koagulationsstatus.
- Orosanmälan - SOL
- Polisanmälan, själv eller via Soc.

7. En 1 årig flicka kommer till dig på barnläkarmottagningen med pappa. Hon kunde vid 10 månaders ålder resa sig och stå med stöd. Hon hade pincettgrepp och kunde säga enstaka ord såsom mamma o pappa. Nu kan hon inte sitta utan stöd, hon har ej längre ett pincettgrepp och säger inga ord. Hon har den senaste tiden också haft många luftvägsinfektioner varav två av dem krävt antibiotikabehandling.

a) Ange vad ett barn vid ett års ålder skall kunna grov motoriskt, fin motoriskt samt kognitivt (1 p)

- Socialt: Interagerar med utomstående. Leker, vinkar hej och adjö. Klappar händer.
- Finmotorik: Pincettgrepp, plockar småsmulor. Staplar burkar.
- Grovmotorik: Reser sig, går utmed eller med stöd. Välutvecklade skyddsreflexer

10-12 mån: Barnet börjar imitera ljud = grundläggande för språkutveckling.

Imitera-identifiera och minnas! Förstår och säger enkla ord (Mamma, titta där etc). Ibland en tyst period efter joller (kallas ordsamlarstadiet)

b) Vart remitteras barnet härnäst? (1 p)

Neurolog

Remiss till specialistläkare inom infektion? Immunbrist?

c) Nämn en sjukdom som kan vara orsaken till flickans tillstånd? (1 p).

Rett syndrom

- Synbarligt normal kognitiv och motorisk utveckling fram till 6-18 månaders ålder, som sedan stannar av och går tillbaka.

Krabbes sjukdom - ingår i gruppen lysosomala sjukdomar.

Metabola sjukdomar - lysosomala, mukopolysackaridoser. Finns många olika ovanliga varianter. Finns behandling för vissa, därav viktigt att utreda skyndsamt.

8. Det finns flera olika bakomliggande orsaker till att ett nyfött/några veckor gammalt barn har ikterus. Ange för varje punkt (ålder) två relevanta bakomliggande orsaker till ikterus (3p)

a) Du går BB rond och blir informerad om ett barn som är 30 timmar gammalt och har bilirubin 280 (högt) varav konjugerat 20

- ABO-immunisering
- Rh-immunisering
- Sfärocytos
- Fysiologisk

b) Du träffar under samma BB rond ett 3 dygn gammalt barn som är ikteriskt och har bilirubin 380 (högt) varav konjugerat är 10

- Bröstmjölksinducerad
- Fysiologisk

c) På barnmottagningen träffar du ett 6 veckor gammalt barn som är ikteriskt med en gulgrön ton som tilltagit de senaste tre veckorna bili 270 (högt) varav konjugerat 90.

- Gallvägsatresi
- lever/gallvägssjukdom - hepatit

“Det finns hos barn två typer av tidigt debuterande leversjukdom med upphävt gallflöde till tarmen (neonatal kolestas), gallvägsatresi respektive Bylers sjukdom. Kirurgisk åtgärd kan vara indicerad redan före 8 veckors ålder.” (Läkemedelsboken)

- hypotyreos
- metabol sjukdom

Kolestatiska barn remitteras direkt till barnakuten, därifrån tas kontakt med barnhepatolog för omgående utredning. (Vid klinisk eller biokemisk misstanke på kolestas skall man från barnakuten ta kompletterande prover inklusive PK(INR), ASAT, ALAT, ALP, GT, H, LPK, TPK). Tidigt samråd barnläkare och barnhepatolog är avgörande för att barnet skall hamna rätt direkt! Behandling med p.o Konakion ska ges till alla med påvisad kolestas, och fortgå så länge kolestasen kvarstår. Minst en dos iv Konakion ska snarast ges till alla med samtidig kolestas och PK(INR) på 1,5 eller högre. Vid lågt Hb (< 100g/L) bör anemiutredning övervägas.

(K-vitaminbrist uppstår till följd av avsaknad av gallsalter i tarmen, som behövs för att ta upp fettlösliga vitaminer)

9. Ange 2 medfödda missbildningar som är svårupptäckta vid födseln, men som kan visa sig vara plötsligt livshotande. Med andra ord, de upptäcks inte med tydligt/tydliga symtom initialt efter födseln och de upptäcks heller inte säkert med ett rutin BB status. Emellertid kan de därefter leda till plötsliga symtom och till och med dödsfall om inte rätt terapi snabbt ges (2 p).

- Gallvägsatresi >4 veckor konjugerat bilirubin
- VOC Ductusberoende <3-fel:
 - Coarctatio aorta
 - TGA (transposition of great arteries)
 - Pulmonalisatresi
- Tracheoesofagal fistel (ofta kopplat till esofagusatresi)
- Avsaknad av tymus
- Koanalatresi (membran mellan näsan och luftvägar typ, märks om den är helt sluten, bilateral, då behöver de andas genom munnen. Annars om det bara är en del kan de andas genom näsan lite.)
- Duodenalatresi
- Gallvägsatresi
- Malrotation
- Diafragmabråck (blir värre av ventilering eftersom luft också åker ner i ventrikeln åluft i tarmar som är påväg upp i thorax)
- Transposition.
- VSD?

10. En 5-årig pojke kommer in till akuten pga hálta på höger sida. Han klagar inte så mycket men vill inte gå på det högra benet. Han har ingen feber och är tidigare frisk. Du undersöker honom och noterar då skyddsreflexer o smärta vid rotation i höger höft. Övrigt status i leder och rörelseapparaten är utan anmärkning. Blodstatus med diff är normalt, CRP < 5.

a) Vilken diagnos är mest sannolik? (1p)

Coxitis simplex?

b) Hur bekräftar du diagnosen? (1p)

UL höft kan göras men är ej nödvändigt för diagnos.

c) Om din diagnosmisstanke bekräftas – vad visar då undersökningen? (1p)

Ökad mängd vätska i leden

11. Du är underläkare och går rond med överläkaren på en akut barnavdelning. Ni rondar Petter som är 13 månader och är inlagd på barnavdelning för en pneumoni diagnosticerad med

röntgen. Petter har tidigare varit inlagd för en pneumoni vid 10 månaders ålder men efter den har han inte blivit riktigt bra i luftvägarna. Han har blivit ordinerad luftrörsvidgande med misstänkt astma men har ändå inte blivit besvärsfri i luftrören. Han har fallit i vikt 1,5 SD sedan 8 månaders ålder och han har fallit 1 SD i längd. Blodstatus visar lätt anemi och lätt stegrade neutrofiler, CRP 130 mg/l. När du lyssnar på hans lungor är det rikliga biljud från båda sidorna med slembiljud, rhonki och rassel. Överläkaren frågar dig under ronden vad du misstänker för sjukdom.

a) Vad svarar du? (1p)

Cystisk fibros

b) Vilket/vilka prover vill du ta för att styrka din misstanke? (1p)

Svettest (Förhöjda klorinvärden i svett = positivt)

Genotypning

Ev. F-elastas

c) Hon vill också att du kompletterar anamnesen med ytterligare en relevant fråga i analogi med din preliminära diagnosmisstanke. Vad svarar du? (1 p)

Hereditet? Friska/sjuka syskon?

12. De allergiska eller atopiska sjukdomarna i barnaåren utgörs av en grupp med 4 typiska manifestationer. Ett par av dem debuterar mycket tidigt i livet, en av dem kommer senare och den fjärde kommer vanligtvis framåt skolåldern Ange de fyra manifestationerna i den ordning som de dyker upp åldersmässigt (2 p)

Atopiskt eksem -> Födoämnesallergi -> Astma -> Hösnuva

Kallas även den atopiska marschen!

13. En pappa kommer med sin 20 månader gamla flicka Ingrid som har täta recidiverande luftvägsinfektioner. Pappans arbetssituation har blivit ansträngd då arbetsgivaren är oroad av hans täta frånvaro från arbetet, nu sammanlagt nästan 10 veckor det senaste halvåret. Ingrid har fått antibiotika för otit vid ett tillfälle och för pneumoni vid ett tillfälle. I övrigt har hon tillfrisknat spontant i det som du bedömer som täta recidiverande övre luftvägsinfektioner av virus typ. Pappa misstänker att det är något fel på immunsystemet. Du är inte lika övertygad. Ange 4 anamnestiska uppgifter som kan föranleda utredning för immunbrist hos barn (4p)

- upprepade AB-krävande otiter (≥ 4), sinuiter (≥ 2) pneumonier (≥ 2) per år.
- Fanns ännu fler "varningstecken" enligt Anders Åhlins slides, sista 2 slides på hematologiföreläsningen.

- Varningssignaler som anger misstanke om immunbrist:
 - recidiverande pneumonier
 - osteomyeliter
 - adeniter
 - meningiter och sepsis.
 - Svårbehandlade infektioner med ovanliga agens och ovanliga lokalisationer.
 - Kroniska infektioner
 - Failure to thrive

14. Hjärtfel hos barn kan ge symtom i form av hjärtsvikt, cyanos och blåsljud. En stor VSD brukar ge symtom och därmed diagnostiseras vid ca 1 – 3 månaders ålder.

Förklara mycket kort i telegramform för varje symtom, dvs de tre symtomen, varför det föreligger eller varför det ej föreligger vid den angivna vanliga diagnosåldern. Uppsatser ger avdrag. (3 p)

- Hjärtsvikt: Stor VSD = stor shunt in i hö kammare = ökad resistens i lungkretsloppet = hjärtsvikt.
- Cyanos: Stor VSD = ökat tryck i hö kammare -> ökad kontraktion hö kammare = syrefattigt blod shuntas till vä kammare -> systemkretsloppet = cyanos.

-Vid höger-vänstershunt cyanos vilket dock vanligen inte ses förrän efter flera år.

- Blåsljud: Ingen aning. Har vi någon blivande kardiolog i klassen?

Vid små defekter högfrekvent, holosystoliskt blåsljud med p.m. i I4 sin. Minimala defekter kan ha ett kortare högfrekvent systoliskt blåsljud med samma lokalisation. Vid större defekter med vänsterhögershunt holosystoliskt blåsljud med p.m. i I4 sin. Kort mittdiastoliskt blåsljud över apex vid stor shunt.

<https://www.sls.se/globalassets/stf/bilder/medfodda-hjartfel-lund-goteborg-version-1-0.pdf>

15. Du vikarierar som distriktsläkare sommaren 2018 i ett samhälle 2 timmar med bil från sjukhuset i Falun. Gustaf, 2 månader har skrikit i omgångar sedan några timmar. Han har kräkts ett par gånger och verkar olycklig. När du undersöker honom har han varit lugn i ca 15 minuter och skriker ej. Han spänner lite generellt i buken när du undersöker den. Du noterar en upphöjd svullnad i höger ljumske ca 3x2 cm som verkar öm. När du trycker på den börjar han skrika

igen. Testiklarna förefaller ej svullna eller ömma. Status i övrigt tycks ua förutom puls 160 när han skriker.

a) Vad blir din åtgärd? (1p)

Reponera ljumskbråck

b) Du behöver förbereda din åtgärd farmakologiskt, hur gör du det? (1p)

Analgetika, ev. sedering

c) När du väl lyckats med din åtgärd är han lugn och tyst och du funderar på hur du fortsättningsvis skall handlägga detta. Vad gör du närmast? (1p)

Kontakt med barnkirurg - anmäl för subakut op (akut om fortsatt inklämt och icke-reponerbart bråck)

16. En 3 månader gammal gosse inkommer på larm pga apné i hemmet. Han var på barnakuten föregående kväll och man konstaterade då RS-virusinfektion. Han hade i samband med akutbesöket haft bra effekt av inhalationer med Natriumklorid och kunde återgå till hemmet efter några timmar.

Du står redo som barnjour och teamledare på akutrummet när ambulansen ankommer. När gossen lyfts över från ambulansbritten till neobordet noterar du att han är rejält snorig. Andningen är snabb och ytlig, och du ser markerade indragningar. Han är blek och ligger stilla och blundar på britsen. I samband med att han kopplas upp slutar han plötsligt andas och blir livlös. På monitorn konstaterar du en asystoli. Ange 6 akuta åtgärder du omedelbart ombesörjer. (Korta punkter). 3 p

- 5 inblåsningar enl HLR (asystoli) - fortsatt med HLR om ej livstecken. (Adrenalin 0,01 mg/kg)

Om livstecken:

- Sug?
- Syrgas + NaCl + inhalation
- Infarter och vätska - 20 ml / kg på max 20 min.
- Pulsoximeter
- BT
- Puls

Preliminär bedömning och åtgärd 1, 5p

Intagningsorsak 2,5 årig pojke med 1:a gångs kramp som inkommer till akuten i ambulans.

Ärftlighet Ingen feberkramp hos föräldrar. Båda föräldrarna har haft upprepade otiter och rör som barn.

Socialt Sammanboende föräldrar. Har en storebror. Går på förskola

Tid/nuv.sjukdomar Under sitt första levnadsår haft fyra otiter. Otit även för tre månader sedan. Förkylningsastma.

Epidemiologi Storebror har precis haft influensasymtom.

Aktuellt Feber sedan två dygn. Varit hostig. Idag på eftermiddagen suttit vid köksbordet och plötsligt blivit stel och glidit ner från stolen men ej slagit i huvudet. Var cyanotisk om läpparna och stirrade uppåt men var ej kontaktbar. Var först stel och fick sedan symmetriska ryckningar och man upplevde att pojken inte andades under denna tid, ungefär 1-2 minuter. Pappa började göra inblåsningar och pojken återfick färgen strax därefter. Då släppte även stelheten. Pojken var därefter trött men steg gradvis i medvetande. Då man smärtstimulerade reagerade han. Ambulans kom några minuter därefter och pojken skrek i samband med stickförsök. I ambulansen 40,5 grader.

Status

Allmäntillstånd Sover initialt i mammas knä. Vaknar lätt vid undersökning, pratar och reagerar adekvat. Kapillär återfyllnad <2 sekunder. 38,0 °C efter given Alvedon. Vikt 12 kg Saturation 97 %

Munhåla och svalg Stora tonsiller, ej rodnade eller med beläggningar. Öron Bilateralt röd kärlinjicerad trumhinna, som buktar lätt. Ytliga lymfkörtlar Palpabla i käkvinkel bilateralt, i övrigt inga i halsregionen. Hjärta Regelbunden rytm, inga hörbara bi- eller blåsljud. Lungor Vesikulära andningsljud bilateralt utan rassel eller ronki. Inget ökat andningsarbete. Buk Normala tarmljud. Palperas mjuk och oöm. Neurologiskt status Rör sig liksidigt. Pratar adekvat.

Provtagning CRP 37. Glukos 5,7.

2.5 årig gosse tidigare otiter x flera samt förkylningsastma inkommer akut för förstagångs kramp. Stegrat CRP samt hög feber. Uppfyller kriterierna för feberkramp (feber, symmetriska kramper, duration < 15 min, medvetandeförlust, ej postiktal). Givet multipla otiter misstänkt immunbrist och kan därför ej utesluta CNS infektion. Mindre sannolikt med Epilepsi - orsakas ej av feber.

Erhåller pvk x 2. Blododlar och insätter Aciklovir, cefotaxim och ampicillin. Planerar därefter för LP. Erhåller bolus Ringeracetat 20 ml/kg. Kvarstannar för obs på akutrummet på barnakuten. Diskussion med narkosjour avseende vårdnivå. Kompletterar provtagningen med blod-, lever och elstatus ink krea samt DIC-prover. Kontroll saturation, AF, temp och puls – initialt x 24. Vikt och VUM x 2.

Preliminär bedömning och åtgärd 2 5p

Intagningsorsak: 12 årig pojke med hyperglykemi

Ärftlighet Morfar samt morbror med DM typ 2. Inga kända övriga autoimmuna sjukdomar i familjen.

Socialt Barn 3/3 till sammanboende föräldrar. Går i 6e klass engelska skolan.

Haft lite extra mycket press i skolan. Trivs bra och har mycket kompisar. Gillar på fritiden att åka kickbike samt sysslar med parkour.

Tid/nuv.sjukdomar Väsentligen frisk.

Överkänslighet Kraftig överkänslighet mot pollen.

Epidemiologi 0

Aktuella läkemedel Läkemedel för astma.

Aktuellt Druckit mycket vätska och kissat ofta de senaste två veckorna, även på nätterna vilket han annars inte gör. Ingen feber eller huvudvärk. Gått ner ett par kilo i vikt. Han har varit tröttare än vanligt och haft lite illamående de senaste dagarna.

Status Allmäntillstånd Hålögd och lite blek men annars vid gott allmäntillstånd. Vikt 38,6 kg Andningsfrekvens Cirka 18 andetag/min. Saturation 98 % på rumsluft. Pulsfrekvens 90 slag/min Kroppstemperatur 36,9 °C Munhåla och svalg Inspekteras normalt Ytliga lymfkörtlar Palperas på sedvanliga stationer ua. Hjärta Regelbunden rytm utan hörbara bi- eller blåsljud. Lungor Vesikulära andningsljud bilateralt. Inga rassel, inga ronki. Buk Palperas generellt mjuk och oöm Perifer cirkulation Kapillär återfyllnad < 2 sekunder, perifert varm. Hud Huden ua.

Provtagning pH 7,33, BE -8, natrium 127, kalium 4,2, b-glukos 38,9.

Blodketoner 4,2. Urinsticka +3 ketoner och glukos 3+

Bedömning o Åtgärd – var god skriv på nästa sida!

12-årig pojke tidigare frisk inkommer pga hyperglykemi. Har gått ner 2 kg i vikt och är dehydrerad uppskattningsvis 7,5% men vid gott allmäntillstånd. B-glukos 38,9. Glukos 3+ på sticka, Blodketoner 4,2. Trolig debut diabetes typ 1 givet törst, nattenures och viktnedgång. Inga symtom på ketoacidosis, pH nära normalvärde, dock föreligger omedelbar risk (DKA).

Skyndsam handläggning i samråd med narkosjour. Erhåller pvk x 2, rehydreringsdropp Ringeracetat 5% av kroppsvikt på 4h, därefter underhållsdropp glukos + insulin enligt PM. Mannitol v.b. Beredskap och observans för hjärnödem. PEWS + b-glukos x 24.

Tenta 2017-11-29

1. På BVC träffar du 5 veckor gamla Siri. Tiden är bokad för kontroll av ikterus. Vid undersökningen är hon pigg, men hy och sklera är tydligt gula. Hon helammas med god aptit.

a) Vilken vanlig bakomliggande icke-patologisk orsak till gulheten misstänker du i första hand? (1 p)

Bröstmjölksutlöst ikterus

Flickans mamma berättar om en väninnas barn som opererats på grund av en svår och ovanlig "gulsotssjukdom" vid 3 månaders ålder.

b) Ange ett sjukdomstillstånd eller diagnos hon sannolikt syftar på? (1 p)

Gallvägsatresi?

c) Vilka två blodanalyser bör man beställa för att initialt utreda detta tillstånd? (1 p)

Totalt bilirubin och konjugerat bilirubin.

2. Nästa barn du träffar på BVC är en 7.5 månader gammal flicka som heter Alexis. Hon är bokad på ett extrabesök för utvecklingsbedömning. På 6-månaderskontrollen hade hon ett fint nyanserat joller, men hon klarade varken de förväntade fin- eller grovmotoriska färdigheterna.

a) Nämn tre motoriska (fin- och/eller grovmotoriska) färdigheter som kontrolleras vid 6 månaderskontrollen på BVC? (1 p) (2 rätt=0,5 p, 1 rätt=0 p)

- Vänder runt från mage till rygg eller tvärtom
- Drar sig upp mot sittande
- Griper m grabbgrepp
- Flyttar föremål hö-vä hand

I samband med dagens besök klarar hon hjälpligt de färdigheter du just angett. Du noterar dock att hon har en tydligt nedsatt rörelseförmåga i höger ben.

b) Ange fyra diagnoser (eller orsaker) som kan ligga bakom det avvikande statusfyndet. (2 p)

- CP
- Trauma
- 2 till?

3. I fikarummet kommer en BVC-sköterska in till dig för att be om hjälp. Hon har just blivit utskäld av en arg mamma som inte vill ge sitt 18 månader gamla barn MPR-vaccin. Mamman vill omgående diskutera frågan med en barnmedicinsk person.

Ange två skäl till varför du rekommenderar mamman att vaccinera sitt barn mot mässling. (1 p)

- Skydda barnet mot komplikationer av mässling så som encefalit
- Mässling är väldigt smittsamt, skydda ev yngre syskon eller andra småbarn i samhället som inte kan/inte har hunnit ta vaccinet.
- Finns inget botemedel mot mässling

4. Det sista barnet på dagens BVC-mottagning är snart 5 år gamla Samir. Han är uppsatt på ett extra barnläkarbesök till dig då han enligt medföljande pappa klagat över varierande grad av buksmärtor de senaste veckorna. Hans aptit har varit klen så länge pappan kan minnas. "Samir äter bara makaroner med ketchup!" Han bajsar hårda korvar 2-3 gånger per vecka. Vissa dagar är avföringen omväxlande lös och hård. Blod har man aldrig noterat.

a) Vilken är den mest sannolika orsaken till Samirs buksmärtor? (1 p)

Förstoppning

b) Hur vill du behandla honom på mottagningen respektive i hemmet? (2 p)

Klyx på mottagningen - blir magvärken bättre?

Klyx eller microlax 3-4 dagar hemma i kombination med movicol (som ska ges under en längre period 3-6 mån)

Pappa berättar att Samirs kusin är glutenintolerant, och frågar om du kan ta ett "glutenprov".

c) Vilket prov åsyftas? (1 p)

Transglutaminas

Du ringer pappan 4 dagar senare för att meddela provsvaren. Glutenprovet var utan anmärkning. Blodstatus och ferritin visar följande resultat:

Hb 92 (ref 100-150), TPK 355 (ref 150-400) och LPK 8 (ref 6-16). MCV 64 (ref 76-94). Ferritin 4 (ref 10-150)

d) Hur beskriver och tolkar du resultatet på analyserna? (2 p)

Mikrocytär anemi - järnbrist

e) Vad rekommenderar du för behandling till Samir med anledning av analysvaren ovan? (1 p)

Järntillskott

Ca 3 mg/kg per dag, samt järnrik kost ffa kött och fisk.

5. Du är dagjour på barnakuten och träffar Hamza 9 månader som inkommer till barnakuten med hög feber sedan 2 dagar. Han var på akuten under gårdagen och var då relativt pigg. Han bedömdes ha en viros och skickades hem med uppmaning att återkomma om febern kvarstod. Urinodling skickades då urinstickan visat 1+ vita. Blodprover togs ej. Han är vid dagens besök trött. Han har druckit och kissat sparsamt. Är fortsatt tydligt febril, men saknar liksom igår symptom från luftvägar och mag-tarmkanal. Inga andra sjuka i familjen. Urinodlingen från gårdagen påvisar riklig växt av E.coli. Han har gått ner i vikt från 8.4 till 8 kg det senaste dygnet. Du misstänker att Hamza har en pyelonefrit.

a) Två blodprover är nu av stor vikt att kontrollera då nivåerna på dessa avgör hur den fortsatta utredningen bör göras. Vilka? (1 p)

CRP och Krea (???)

Det framkommer att den förra urinodlingen togs från ett kastat urinprov utan föregående tvättning. Du bestämmer dig därför för att säkra diagnosen genom att skicka ytterligare en urinodling.

b) Hur tar du ett urinprov på barn < 1 års ålder för att minimera risken för kontamination? (1 p)

Blåspunktion

Urinprovet som togs enligt ditt svar ovan påvisar leukocyturi med 2+ vita och positiv nitrit, och din diagnosmisstanke stärks således ytterligare. Som led i den fortsatta utredningen vill du nu gå vidare med en radiologisk undersökning. Ange...

c) ... vilken undersökning du beställer (1 p)

Ultraljud

d) ... en för diagnosen relevant frågeställning undersökningen ger svar på. (1 p)

Vesikoureteral reflux

obstruktion, hydronefros

Enligt PM SöS:

* **Patologiskt Ultraljud:** Dilatation, AP ≥ 7 mm Uretärdilatation Kalyxdilatation Uretärocele eller annan påtaglig anatomisk avvikelse

Du väljer att lägga in Hamza för vätske- och nutritionsbehandling via sond samt behandling med per oralt antibiotikum i form av ceftibuten.

Ordinera (1) vätska och (2) volym (i ml) samt (3) under hur lång tid vätskan skall ges som...

e) ... uppvätskning? (1.5 p)

- (1) ORS
- (2) 5% av 8 kg = 400 ml
- (3) 4 timmar

f) ... underhållsbehandling? (1.5 p)

- (1) Bröstmjölk ersättning eller välling
- (2) 6-12 månader = 125 ml / kg / dygn = 1000 ml
- (3) 24 h

6. Nedan följer 6 påstående gällande diverse kardiologiska tillstånd. Besvara varje påstående med RÄTT eller FEL. (3 p) 0,5 p/rätt svar.

- a) På alla nyfödda barn kontrolleras femoralispulsarna för att bedöma om VSD och/eller coarctatio aortae kan föreligga - **FEL, säger bara något om coarctatio.**
- b) Ett systoliskt blåsljud (grad 3 av 6) hos en 1-åring med feber och snuva utan andra symptom på hjärtsjukdom bedöms vara fysiologiskt och behöver därför inte följas upp - **FALSKT**
- c) Supraventrikulär takykardi (SVT) är den vanligaste arytmien hos barn - **SANT**
- d) TGA (transposition av stora artärer) och Fallots anomali är två exempel på cyanotiska vitier - **SANT**
- e) Under graviditeten shuntas fostrets blod via ductus venosus och ductus arteriosus samt via foramen ovale - **SANT**
- f) Hjärtsvikt sekundär till VSD brukar i de flesta fall presentera sig kliniskt under barnets första levnadsvecka - **FEL, brukar ta 1-3 mån**

7. På barnakuten inkommer 6 åriga Annie med hög feber sedan några timmar och en pågående fokalt tonisk- klonisk kramp i vänster arm som enligt medföljande pappa debuterat för 25 minuter sedan. Hon ger ingen kontakt, men är cirkulatoriskt stabil. Ambulanssjukvårdaren har lyckats få in en PVK under transporten.

a) Vad ordinerar du för kramplösande läkemedel? (1 p)

Diazepam 0,25 mg/kg (max 2 mg/minut)

b) Vad i den givna informationen talar emot att flickan har en feberkramp? (1 p)

- 6 år gammal (typisk ålder 6 månader till 4 år)
- Duration 25+ minuter (max 15 min med feberkramp)
- Vänster arm (feberkramp: generella symmetriska ryckningar)

8. Du tar emot 12 åriga Suri på barnmottagningen för bedömning av ett knä som varit konstant svullet i snart fyra veckor. Hon förnekar bestämt bakomliggande trauma. Knät ömmar vid flexion och är värmeökat. Svullnaden är ff a lokaliserad medialt och lateralt om patella. Hon är opåverkad och afebril, men haltar tydligt. Övriga leder undersöks utan anmärkning.

a) Uppfyller hon kriterierna för JIA? Motivera kort ditt svar! (1 p)

Nej.

Under 16 år: ja

Duration minst 6 veckor: nej

Andra orsaker uteslutna: nej.

Du funderar kort på om flickan skulle kunna ha en septisk artrit, men du kommer fram till att den diagnosen är mindre sannolik utifrån anamnes och status.

b) Förklara med 3 punkter hur du resonerat! (1 p)

Septisk artrit kommer med:

- snabbt insjuknande
- hög feber
- allmänpåverkan

Medföljande medicinskt intresserade farmor har läst i Kropp och själ-spalten i Hemmets journal att flickans symptom skulle kunna vara tecken på cancer och vill att du kontrollerar ett "blodkroppstest". Du gissar att hon menar blodstatus.

c) Ange 4 relevanta blodprover – utöver Hb, LPK och TPK – du vill beställa som led i den fortsatta utredningen av Suris besvär? (2 p)

- **CRP**
- **Borrelia-serologi**
- **Kreatinin?**
- **ANA?**

Du får snabbt svar från lab att Siris blodstatus är utan anmärkning. Farmodern är mycket lättad över beskedet, men hon undrar hur "blodkroppsanalysen" kan se ut om ett barn har blodcancer.

d) Förklara detta kort för farmodern! (1 p)

- **Man brukar se en anemi och en trombocytopeni. Antalet vita blodkroppar kan variera från mycket lågt till mycket högt.**

Farmodern har flera frågor om barncancer. Vad svarar du på följande frågor: (0,5 p/rätt svar)
e) "Vilken är den vanligaste blodcancertypen man ser hos barn?"

- **Den vanligaste typen är ALL, akut lymfatisk leukemi.**

f) "Vad tar man för prov när man vill bekräfta en misstänkt blodcancer?"

- **Man kollar "blodkroppsanalysen" (Blodstatus med diff) men tar även prov från benmärgen, så kallad benmärgsaspiration.**

När du vänligt svarat på alla frågor berättar du att du vill träffa Siri för en kontroll om 1 vecka.

g) Vilken behandling sätter du in i väntan på återbesöket? (1 p)

- **Vi kör en klassisk primärvårdsmanöver med Alvedon och nybesök om 1v? Det enda vi fått reda på är normal blodstatus och monoartrit i knät....kan ju vara borrelia men där behandlar man längre än 1v...**

9. Du är barnjour på Södertälje sjukhus och sitter i fikarummet på förlossningen i väntan på kvällsrapporten då en barnmorska rusar in och med panik i blicken skriker åt dig att omedelbart komma till akutrummet. Under den korta språngmarschen i korridoren berättar hon att det just fötts ett dåligt barn i v 37+2 på rum 4. Barnet hade navelsträngen virad två varv runt halsen, fostervattnet var mekigt. CTG:t normalt fram till 5 min före partus. På återupplivningsbordet (neobordet) ligger en mycket blek och helt slapp gosse utan egenandning. Du börjar omgående ventilera barnet med neopuffen samtidigt som du konstaterar att monitorn visar en hjärtfrekvens på 85 och att barnet inte reagerar på undersköterskans daskande.

Apgarklockan piper för att upplysa om att det gått 1 min sedan födelsen.

a) Fyll i de 4 luckorna i Apgarbedömningen! (2 p)

1 PULS 1 p

2 Andning 0p

3 AKTIVITET 0 p

4 Färg 0p

5 Retbarhet 0 p

- **Bradykardi (<100bpm) ger 1p. Ingen puls hade gett 0p, puls >100 2p.**
- **Ingen egenandning = 0p. Onormal andning ger 1p, normala skrik 2p.**
- **Ingen muskeltonus = 0p. Viss flexion ger 1p, normalt flekterade extremiteter som håller emot ger 2p.**
- **Helt blek till färgen = 0p. Perifer cyanos och rosa centralt ger 1p, helrosa ger 2p.**
- **Ingen respons på aggressivt stimuli ger 0p. Viss respons hade gett 1p, normala gråt 2p.**

Således en 1 minute APGAR på totalt 1 poäng.

Pojken hämtar sig fort och andas utan andningsstöd efter 15 minuter. Han bedöms dock ha haft en asfyxi och du förbereder transport för neonatalvård på Huddinge sjukhus.

b) Är barnet prematurfött? Motivera ditt svar! (1 p)

- **Har genomgått 37 hela veckor och är således ej prematur?**

10. På barnläkarmottagningen träffar du 8 månader gamla Oskar. Han är remitterad från BVC för kontroll av testiklarna som inte varit på plats i skrotum vid 6 månadskontrollen. Du konstaterar vid dagens besök att höger testikel kan "mjölkas" ner i skrotum, men att testikeln omedelbart åker tillbaka upp i buken när du släpper den. Vänster testikel kan du inte finna. Vilka två diagnoser misstänker du avseende statusfyndet i testiklarna på respektive sida? (2 p)

Höger testikel: retraktil testis

Vänster testikel: retentio testis

11. Olle 7 månader har en akuttid bokad till dig på barnmottagningen för allergiutredning. I remissen från BVC står följande: "Gosse med eksem över armar och ben sedan en tid tillbaka. Allergi?" Du suckar ljudlöst över den undermåliga remissen, och väljer att komplettera anamnesen innan du börjar undersöka pojken.

a) Ange 2 frågor som du önskar svar på och som har relevans för frågeställningen. (1 p)

- **Relaterat till födoämnesintag?**
- **Hereditet?**
- **Vätskande eksem?**
- **Astmatiska besvär?**

När du inspekterar hudkostymen noterar du att Olle är generellt torr och att han har utbredda eksem över båda armarnas sträcksidor samt över båda låren. De är inte vätskande och ser inte infekterade ut. Han har även antydda eksem över båda kinderna.

b) Hur vill du behandla Olles eksem? (1 p)

Mjukgörande och kortison. Till spädbarn används i huvudsak grupp 1.

c) Ange två olika metoder vi kan använda för att verifiera eller utesluta allergi hos barn? (1 p)

- **Elimination / provokation**
- **Pricktest**
- **Allergenspecifika IgE-antikroppar**

d) Vilka är de två vanligaste födoämnen som orsakar allergier i denna ålder? (1 p)

- **Mjölk- och äggprotein.**

12. Hjärtstopp hos barn som inkommer till eller vårdas på sjukhus är som väl är ovanligt, men när det sker är det såklart viktigt att som barnjour vara förberedd och känna till barn HLR-algoritmen.

a) Hur ser förhållandet mellan hjärtkompressioner och inblåsningar ut? (0.5 p)

- **15:2**

b) Hur ofta görs kontroller av hjärtrytmen under pågående HLR...? (0.5 p)

- **2 minuters HLR därefter analys, rinse and repeat**

c) ...och hur långt efter adrenalindos 1 ges dos nr 2? (0.5 p)

- **Efter 4 minuter**

När vuxna får hjärtstopp är bakomliggande kardiell ischemi vanligt.

d) Ange en vanlig orsak till att ett barn får hjärtstopp. (0.5 p)

- **Asfyxi**

PBD 1 (5p)

2 år gammal pojke på barnakuten

Kontaktorsak: Feber. Remiss från Fittja vårdcentral

Socialt: Barn 3 av 3 i hel familj. Går i förskola.

Tidigare sjukdomar: Förkylningsastma, tar Airomir och Flutide regelbundet via Optichamber under vinterhalvåret

Aktuellt: Feber och dålig aptit sedan snart 6 dagar. Varit påtagligt gnällig det senaste dygnet.

Ögonen irriterade och röda. Ingen hosta eller andra symptom som föräldrarna känner igen som astma. Remitterad från vårdcentralen p g a oklar feber och högt CRP (110). Endast druckit 1 dl Festis sedan i morse. Ej kissat idag. Normal avföring i går.

Status: AT: KI 20.30. Påtagligt irriterad, svårtröstad. Normalt andningsmönster. Kap refill 2,5 sek. Temp 39,6. Saturation 99% på luft. Vikt: 14,1 kg. Vägde 14,8 kg för en månad sedan. MoS:

Tydligt rodnad tunga. Torra slemhinnor, ilsket röda och spruckna läppar. Förstorade tonsiller bilat, rodnade. Inga beläggningar. Lymfkörtlar: Bilateralt förstorade ömmande körtlar i båda käkvinklarna, ca 2 cm. Ögon: Uttalad bilat konjunktivit med ökad kärlinjektion. Hjärta. RR, HF 110-130 ppm. Inga säkra biljud, svårbedömt p g a skrik. Lungor: Sidlika andningsljud. Inga ronki, inga krepitationer. Buk: Svårbedömt då gossen spänner sig. Ingen tydlig ömhet eller organförstoring. Neurologi: Normal sidlik tonus. Ingen nackstelhet. Hud: Makulöst utslag över större delen av bålen. Händer och fingrar inspekteras utan anmärkning.

Lab: Måttlig grad av leukocytos, i övrigt normalt blodstatus. CRP 125. Blank urinsticka.

Preliminär bedömning och åtgärd

Vad skall då ett PBD innehålla:

*1. Mkt kort sammanfattning inkluderande bedömning av kända fakta runt patienten. Ex: "5 år gammal pojke med tidigare astma söker akut för utslag, buksmärta samt svullna fotleder ". Onödiga upprepningar medför avdrag. **1 poäng om korrekt***

2 år gammal pojke med förkylningsastma inremitterad från VC p.g.a. feber sedan 6 dagar. Stegrat CRP.

*2. Diagnostiska överväganden. Här skall preliminär och eventuella diff.diagnoser framgå. Det kan framgå och motiveras hur sannolik/a den preliminära diagnosen respektive diff.diagnoser bedöms vara. Ex: "Sannolikt Henocho Schönleins purpura med bakgrund av vaskulitutslag, buksmärta samt artrit. JIA mindre sannolikt. Avsaknad av feber borde utesluta meningokocksepsis ". **1,5 poäng om korrekt***

Sannolikt Kawasaki sjukdom mot bakgrund av feber, konjunktivit, smultrontunga, halsadenit samt exantern. Bakomliggande ospec viros också tänkbart. Enterovirus? Scarletina? Mässling tänkbar differentialdiagnos om barnvaccinationsprogrammet ej har efterföljts.

*3. Vårdplanering: Denna skall vara på rätt detaljnivå och innehålla föreslagen behandling med motivering, kontroller, vårdnivå etc. Ex: "Inlägges för observation på vårdavd. Blodstatus, CRP samt urinsticka. Halsodling. Om tilltagande buksmärta får kortikosteroider övervägas ". **1.5 poäng om korrekt***

Inlägges för vidare utredning och behandling på vårdavd. Ordinerar iv uppvätskning med RA 5% av vikten på 4 h, underhåll med glukosdropp därefter. Alvedon po x 4 mot feber och smärta. I.v. immunglobulin IVIG 2 g/kg som engångsdos.

Na, krea, albumin, ASAT, ALAT, proBNP, rundodling. Viruspanel (PCR) från NPH. Remiss för röntgen av hjärta och lungor, EKG och TTE.

Kontroll saturation, AF, temp och puls x 6. Vikt x Vätske och urinmätning x 2. Daglig kontroll av CRP.

*4. Hålla sig inom given ram med rimlig omfattning, korrekt organisation samt att ingående delar är välavvägda. **1 poäng om korrekt***

Poängsättningen:

Ett korrekt PBD med lagom omfattning, en rimlig introduktion, korrekt diagnos och ev diffdiagnoser, korrekt förslag på handläggning samt korrekt organisation medger sammanlagt 5 poäng. Allvarliga fel i handläggningen som är farliga och kanske livshotande, t ex felaktig vätskebehandling, avsaknad av antibiotika till sepsis osv, kan medge ytterligare poängavdrag. Poängsättningen ovan är ungefärlig och kan variera från fall till fall.

PBD 2 (5 p)

7 v gammal flicka på barnakuten

Kontaktorsak: Apné i hemmet. Inkommer på larm med ambulans.

Socialt: Första gemensamma barnet. Äldre halvsyskon (2,5 år) på förskola.

Graviditets- och nyföddhetsförlopp: Okomplicerad graviditet. Akut sectio v 34+4 p g a kraftig vaginal blödning. FV 2,1 kg. Vårdad neo 4 veckor, CPAP första levnadsveckan.

Antibiotikabehandlad (Bensyl PC och Biklin) p g a suspekt sepsis, neg blododlingar x 2.

Aktuellt: Välmående sedan utskrivning från neo fram till för 2 dagar sedan. Sedan dess tilltagande snuva och andningsbesvär. Andats snabbt och ansträngt enligt föräldrarna. Ammat sämre, ej velat ta bröstet sedan i morse. Möjligen kissat mindre än vanligt. Bajsat normalt under ambulanstransporten. Ej känts varm, tempen ej kontrollerad. KI 19, i samband med amningsförsök, plötsligt slutat andats. Var slapp i hela kroppen i samband med detta, men ingen säker färgskiftning. Återfick andning och tonus efter några sekunder efter att föräldrarna sugit bort segt slem med hjälp av nässug. Stabil under transporten, erhållit syrgas på mask. Status: AT: KI 19.45. Något blek och tagen, öppna ögon. AF 70/min. Rejält snorig, diskret hosta. Interkostala indragningar och bukandning. Saturation 97% med 5 L syrgas på öppen mask. Kap refill 2,5 sek. Temp 37,2. Vikt: 2,8 kg MoS: Något torra slemhinnor. Oretat svalg. Hjärta. RR, normofrekvent. Inga blåsljud. Lungor: Rikligt med slembiljud över båda lungfälten. Buk: Mjuk, ingen organförstoring Neurologi: Sidlik tonus i övre och nedre extremiteter. Normala nyföddhetreflexer. Fontanell ua. Hud: Inspekteras utan anmärkning
Lab: Blodgas med pH 7.32, pCO2 9 och BE -6. Glukos 5.4. CRP 7.
Skriv din PBD på de anvisade raderna
Preliminär bedömning och åtgärd

7 v. gammal flicka född prematur (v34+4), AB behandlad suspekt sepsis, inkommer akut med apné i hemmet. 2 dagars snuva och andningsbesvär. Cirkulatoriskt och respiratoriskt påverkad. Slembiljud över båda lungfälten. Sannolikt RSV bronkiolit eller annan virus alternativt pneumoni.

Inläggning på vårdavd för observation och behandling (dag två, förväntad förvärring med peak dag 5). Optiflow, nästolett, rehydrering via sond. Kohortvård. Avvaktar lungröntgen.

Tenta 2017-04-28

1 En 7 år gammal pojke kommer in till akutrummet på barnakuten pga generaliserade symmetriska kramper. Han har haft 40C feber i ca 3 dagar. Ingen annan är sjuk i familjen. När du träffar honom har han slutat krampa. Han är medvetandepåverkad men väckbar vid smärtstimuli. I status noterar du att han har takypné, takykardi, saturation 91 %, kapilläråterfyllnad 4s och nackstyvhet.

a) Beskriv din initiala handläggning i kronologisk ordning och punktform.

- **A till E**
- **Syrgas, högt flöde**
- **Bolusdos Ringer-Acetat (20ml/kg på 15min)**
- **LP**
- **Provtagning - Blodgas, CRP, blodstatus med diff, blododlingar, GLUKOS**
- **In med cefotax, ampi och aciklovir.**
- **Akut remiss för DT hjärna.**
- **Inläggning**

b) Vad måste du utesluta och hur gör du det?

- **CNS-infektion. Vi gör en LP.**

c) Vilka två agens är mest sannolika?

- **Pneumokocker och meningokocker.**
- **Hade pojken istället varit nyfödd hade andra agens dominerat: E. coli, GBS och Listeria.**

2 Tillväxtkurvan är ett av barnläkarens viktigaste verktyg. Matcha tillväxtkurvorna (siffran på kurvan skrivs på linjen) med nedanstående tillstånd och motivera kort ditt svar. Ett tillstånd per tillväxtkurva. (VERKAR INTE HITTA BILDERNA)

a) Tillväxthormonbrist _____

b) Turners syndrom _____

c) Celiaki _____

d) Sen pubertet _____

Kurvorna bifogade som bilaga.

3 En 11 år gammal pojke söker dig på vårdcentralen pga **allmän sjukdomskänsla sedan ett par veckor**. Han är frisk sedan tidigare bortsett från en **förkylning som han hade för ca en månad sedan**. Han har ingen feber och inga förkylningssymtom i nuläget. Mamman tycker att han ser lite **svullen ut kring ögonen bilateralt** symmetriskt vilket du också noterar. Du mäter **blodtrycket som är något förhöjt** för åldern.

a) Du behöver ett snabbt svar så du tar ett prov som kommer att hjälpa

dig komma närmare diagnosen, vilket prov och vad förväntar du dig att hitta om din hypotes stämmer?

- **Urinsticka - proteinuri, hematuri?**

b) Utifrån att du sitter på en vårdcentral, hur blir din fortsatta handläggning?

- **Misstanke om nefrit -> pat bör vårdas inneliggande.**

c) Vilka två tillstånd är tänkbara i detta fall och hur kan du skilja dem åt?

- **Postinfektiös glomerulonefrit**
- **IgA-nefrit**

Vid postinfektiös glomerulonefrit är komplement C3 sänkt.

3 Lisa 3 mån kommer till barnakutmott via remiss från BVC. Fadern har noterat att Lisa sedan någon vecka rycker till flera gånger per dag. Plötsligt stirrar flickan till, rycker till med huvudet och rycker därefter med både armar och ben uppåt. Hon förlorar inte medvetandet i samband med episoderna. Hon kan ännu inte lyfta huvudet bra i bukläge och ger ännu inget riktigt bra svarsleende. I övrigt tycker du att status är normalt. Hon har följt sin vikt och längd kurva på BVC. Då du utför status ser du några liknande episoder som beskrivs ovan.

a) Vad rör det sig sannolikt om för tillstånd?

- **West syndrom (Spasmer i extremiteterna, flera/dag, ingen medvetandeförlust, avstannad utv.)**

b) Vad bör du göra med flickan?

- **Ge initialt [pyridoxinhydroklorid](#) 150 mg/ml 1 ml intravenöst, helst under EEG-övervakning dvs neurobion**

c) Vilken undersökning vill du beställa akut och vad är din frågeställning?

- **Akut EEG, Hypsarytmi?**

5 En 3 år gammal flicka som du träffar på barnakuten som ej velat gå sedan ett par dagar. Hon var förkyld för ett par veckor sedan. Gott allmäntillstånd. Hon har ingen feber, inga utslag. Hon har en lätt inskränkning vid abduction i höger höft men i övrigt finner du inget anmärkningsvärt. Ange en sannolik diagnos och vad är ditt nästa steg?

- **Coxitis simplex. Typisk ålder och status, 70% har haft ÖLI innan. Lågt CRP kan stärka misstanke, UL om oklart. Behandlas konservativt - vila, eventuellt enklare smärtlindring.**

6 Pelle 3 år var förkyld för några veckor sedan men har mått bra och gått på dagis sedan dess. Söker nu med sin pappa på barnakuten då han har fått petekier på kroppen, annars mår han bra. I status finner du endast små utslag generellt på kroppen som inte går att trycka bort. Du misstänker ITP (Idiopatisk trombocytopen purpura/Immuntrombocytopeni). Det finns fler tillstånd när barn får petekier.

a) Nämn 2 tillstånd utöver ITP när barn får petekier.

- **CNS-infektion**
- **Leukemi**
- **Henoch-Schönleins Purpura**

b) Beskriv med ett eller två ord den grundläggande orsaken bakom dessa 3 tillstånd.

Svar från gammal tenta:

ITP- AK mot TPK

Sepsis- kapillärläckage

Vaskulit- kapillärläckage

Benmargssjukdom (leukemi, aplastisk anemi)-nedsatt produktion

Trauma- tex intensiv hosta, kräkning-konsumtion vid trauma, kapillärläckage vid hosta/krystning

7 Du har en ny student med dig på neonatologiavdelningen som har många frågor. Ni har mycket att göra men du hinner svara lite kort på dem.

a) Jag har förstått att fysiologisk ikterus är vanligt hos nyfödda barn, vad beror det på?

- **Hos nyfödda stiger det okonjugerade bilirubinet under de första dagarna, därför att levern inte förmår att ta upp och konjugera allt det bilirubin som bildas vid den nyföddes ökade blodkroppsdestruktion.**

b) Jag är lite osäker på Apgar poängen. Ange vilka parametrar man tittar på och hur poängen räknas?

- **A:** Appearance. Blå/blek unge ger 0p, perfierat blå ger 1p, ingen cyanos ger 2p.
- **P:** Pulse. Ingen ger 0p, bradykardi <100BPM ger 1p, >100BPM ger 2p.
- **G:** Grimace, eller irritabilitet. Ingen respons ger 0p. Respons vid aggressiv stimulering ger 1p. Gråt ger 2p.
- **A:** Activity. Ingen tonus ger 0p, Viss flexion ger 1p, Flekterade armar/ben som håller emot extension ger 2p.
- **R:** Respiration. Ingen andning ger 0p, svag/oregelbunden ger 1p, starka skrik ger 2p.

c) Varför får prematura barn under 2,5 kg födelsevikt järntillskott och inte fullgångna?

- **Järntillskott, givet till de som ej har behovet, associeras med negativa effekter på såväl tillväxt som neurologisk utveckling. Istället rekommenderas järntillskott bara för riskgrupper, i första hand förebyggande och med väl avvägd dos och duration. I Sverige är barn med låg födelsevikt den viktigaste riskgruppen för järnbrist.**

8 Kräkningar är ett vanligt symtom hos barn och en vanlig orsak för föräldrar att söka akut.

Ge exempel på två kirurgiskt orsakade kräkningar. Ange i vilken ålder dessa är vanligast förekommande samt hur de kliniskt brukar presentera sig utöver kräkningar. Hur bekräftar du diagnosen och hur behandlas tillstånden?

1. **Pylorusstenos.**

- Symptomen börjar oftast kring 1 månads ålder
- (projektilliknande kräkningar). Trots kräkningarna brukar barnen ha god aptit -> mer kräk. Kräkningarna ska EJ vara galltillblandade!
- Bekräftas med UL
- Botas med pyloromyotomi (Tillståndet beror på en muskelhypertrofi)

2. **Hirschsprungs sjukdom.**

- Presenterar sig vanligen kort efter förlossning (2 dygn?)
- Ett friskt barn SKA ha mekoniumavgång inom 2 dygn. Hos Hirschsprung-barn är den ofta försenad, buken distenderas och barnet kräks galfärgat.
- Misstanke kan styrkas via DT buk. Diagnosen bekräftas via biopsier, som visar avsaknad av ganglier i tarmen.
- Kirurgisk behandling innebär en transanal pull-through av colon, man tar upprepade biopsier och gör sedan en resektion av det drabbade tarmsegmentet.

9 Föräldrar söker ofta akuten med sina barn pga andningsbesvär. De flesta är spädbarn eller förskolebarn. Nedan kommer 3 olika fall där du skall ange diagnos, sannolika agens samt den initiala behandlingen:

a) 3 årig pojke som söker pga trötthet och hög feber sedan 4 dagar. Har nu tilltagande andningsbesvär. Nedsatt aptit. I status finner du en trött och lite blek pojke som har ökad andningsfrekvens. Inga indragningar och antydd rassel vid auskultation. Saturation 91%. Du tar ett CRP som är 110, U-sticka som är blank.

- **Pneumoni**
- **Pneumokocker**
- **PcV**

b) 3 månader gammal pojke som insjuknade för 4 dagar sedan med en förkylning. Ingen feber. Nu vill han inte amma och han kräks i samband med hosta. Han har interkostala indragningar och ökad andningsfrekvens. Du auskulterar en hel del slembiljud, saturationen är 89%. Han har en storasyster som är förkyld, föräldrarna friska.

- **Bronkiolit**
- **RS-virus**
- **Syrgas och koksalt-inhalationer**

c) 4 år gammal flicka som söker för andra gången med andningsbesvär i samband med en förkylning, i övrigt frisk. Hon har 37,8 i temp, har indragningar, ökad andningsfrekvens och en

saturation på 95%. Hon hostar mycket ffa nattetid nu när hon är förkyld och har då svårt att sova. Vid lungauskultation noteras ronki basalt bilateralt.

- **Förkylningsastma**
- **Rhinovirus?**
- **Ventoline och syrgas**

10 Lotta satt på en thairestaurang och åt middag med några kompisar för att fira sin 15-årsdag. Helt plötsligt började det kittla i munnen och kännas tungt att andas. Hon började få panik. Kompisarna blev oroliga och försökte nå mamman utan att lyckas och till slut slängde de sig i en taxi och åkte till akuten. Du möter henne där. Nu är hon även påverkad i sitt medvetande. Kapillär återfyllnad är 2,5 s. Saturation 89%. Hon är tungandad och har distans ronki.

- a) Vilka åtgärder görs i första hand och i vilken ordning?
 - **A-E**
 - **Tecken till bronkobstruktion -> Ventoline och syrgas**
 - **Fixa infarter. Bolusdos Ringer, 20ml/kg på 15 min**
 - **etc.**
- b) Vad drabbades Lotta av?
 - **Anafylaktisk reaktion**
- c) Hur behandlar du Lotta akut?
 - **Adrenalin i.m. 0.01mg/kg**
 - **Som sagt, Ventoline + syrgas**
 - **Desloratidin, munlöslig, 10mg**
 - **Betapred, 0.5mg, 10st tabletter**

Preliminär bedömning och åtgärd 1 5 p

Johan 1,5 år söker på barnakuten

Anamnes Kontaktsak: Misstänkt kramp

Socialt 1:a barnet. Bor hos mamma. Träffar pappa emellanåt.

Tidigare sjd Tidigare frisk

Aktuellt Igår så gick Johan på dagis under dagen och var pigg som vanligt. På kvällen kändes han lite varm. Inga ÖLI tecken. Kom över och sov i mammas säng och på natten satte han sig upp och pratade, somnade om. Efter en stund vaknade mamman av att han lät konstigt då han andades, tog upp honom. Han tittade upp med uppspärrade ögon och kändes spänd och hade symmetriska ryckningar. Duration cirka ngn minut. Var lite trött i anslutning till episoden men kunde titta och prata.

Överkänslighet Ingen känd.

Status Allmäntillstånd: Rosig om kinderna. I övr god kontakt. Rätt pigg.

Kroppstemperatur: 39,7 °C

Munhåla och svalg: Rodnat svalg, inga beläggningar.

Öron: Trumhinnorna bilateralt ua.

Ytliga lymfkörtlar: Små adeniter palpabla på halsen.

Hjärta: Normal rytm, inga blåsljud.

Perifera pulsar: Femoralispulsar palperas ua bilateralt.

Lungor: Normala andningsljud bilat, inga biljud.

Buk: Mjuk, oöm. Inga palpabla patologiska resistenser.

Hud: Inga utslag

Neuro: God kontakt. Symmetriska rörelser och normal tonus. Normal gång.

PBD

Preliminär bedömning och åtgärd 2 5 p

Emma 5 veckor kommer till barnakuten

Anamnes Kontaktsak: Amningsproblem

Socialt 2:a barnet till sammanboende föräldrar. Alla friska.

Graviditet och nyföddhetsperiod Normal graviditet. Partus normalis i vecka 39 + 2. Okomplicerat förlopp.

Aktuellt Emma har varit tröttare den senaste veckan och inte orkat amma som vanligt. BVC sjuksköterskan noterar att hon tappar i vikt sedan ett par veckor. Emellanåt så svettas hon vid amning. Nu är hon trött och mamman är orolig att hon inte får i sig tillräckligt med mat. Emma har inga förkylningssymtom och ingen feber.

Överkänslighet Ingen känd.

Status Allmäntillstånd: Trött, ej slö. Feberfri. Blek och hypoton.

Kroppstemperatur: 36,7 °C

Munhåla och svalg: Inspekteras ua.

Öron: Trumhinnorna bilateralt ua.

Ytliga lymfkörtlar: Inga palpabla på halsen.

Hjärta: Normal rytm, Systoliskt blåsljud längs sternum vänster sida.

Lungor: Normala andningsljud bilat, inga biljud.

Buk: Mjuk, oöm. Leverkant palperas 2cm nedom arcus.

Hud: Blek. Inga utslag

Neuro: Fontanell palperas ua. Symmetriska rörelser. Gripreflexer i händer och fötter något svaga. Mororeflex ua. Något hypoton.

PBD

When the cervix is dilated to 10 cm

Baby:

