

Alla utlagda tentor i word-format. Barn- & gynkursen

120415: Tja, de tre tentorna längst ner är från HS sida med svar. /Adam

120417: Shit vad bra detta går. Tack alla som dragit sitt strå till stacken! Har hört önskemål om PBD-frågorna. Vore guld om någon vänlig själ som fått utb i hur man skriver PBD (någon på HS?) har lust att svara på några av de frågorna. /Adam

120419: Förslag: Vad sägs om att vi skriver svaret under frågan när det presenteras flera alternativ istället för att rödmarkera det som är rätt? Då kan man läsa alternativen och tänka efter innan man får svaret. Jättebra idé detta, kul att det fungerar! Mvh Joakim L

120421: Jag hittade facit till tentan 11-11-25, så lagt i svaren. Ingår två PBD-frågor med svar, som kanske kan ge viss vägledning ang den typen av frågor. /Elinor

120421: Ett hett tips med PBD är att aldrig glömma att nämna åldern i början. Det är obligatorium för full poäng sade amanuensen på HS. Lätt sätt att samla extra points även om verkar ganska självklart kanske. tex. "en 5årig flicka söker....." /Katarina

120421: Någon som vet om sjukhusen turas om att skriva tentafrågorna och vilka som isf skriver våra samt vilket fokus som lagts i undervisningen där? /Lena

120422: Solna skriver. /Lovisa

2011-11-25

1) På BLM kommer en 5 veckors flicka på läkarundersökning, eftersom hon fortfarande är lätt icterisk. Flickans födelsevikt var 3560 g och hon väger nu 3820 g. Hon ammas helt och mor tycker hon verkar äta bra. På BB noterades måttlig icterus med bilirubin 180, konjugerad 15. Gulsoten har minskat men inte försvunnit. I status finner Du en pigg flicka som är lite grön gul i färgen, sclerae också lite gula. Status i övrigt är u.a. (3 p)
Vilka diagnoser bör övervägas och nämn två viktiga prover som bör tas. Du skall motivera varför just dessa prover ordineras

Gallvägsstas – ex. atresi och intrauterin infektion.

Hypothyreos

Leversjukdom

(Ev amningsgulsot)

Lab: Bilirubinkonj/okonj, PK, ASAT, ALAT, TSH, T4.

2) En två år gammal flicka av grekiskt ursprung kommer till mottagningen med mor som är orolig över flickans blekhet. Hon har normal aptit, inga buksmärter eller illamående. Inga infektionssymtom Tillväxtkurvan ser normal ut. I status finner Du ingenting avvikande, fränsett blekheten, som är tydlig vid inspektion av konjunktiva. Hon har en normal hjärtfrekvens, blodtryck och temperatur.

Lab: HB 90 g/l Lpk och trombocyter ua. Faeces Hb negativt. Urinstatus ua. Blodutstryk visar microcytära, hypokroma blodkroppar. (3 p)

a) Vilka är de två mest sannolika diagnoserna?

Järnbristanemi

Thalassemi(minor)

b) Nämn minst två blodprov som kan hjälpa Dig att verifiera diagnosen.

Ferritin Se-Fe, transferrin (TIBC), B-reticulolyter Hb-elfores

3) En flicka som är 3 månader gammal kräks och vill inte gå upp i vikt:

Senaste veckan endast 20 gram. Dock har hon ätit bra och verkat pigg. Av sköterskan som på uppmaning av avgående jour får du följande labbsvar:

Hb 140, Na 132 (135-145), K 2.2 (3.5-5.0), Cl 92 (100-110), BE +8.

Du har nu en tanke om vad som är felet (diagnosen) men vill komplettera anamnesen.

(3 p)

a) Vilken blir din första relevanta kliniskt avgörande frågan till mor?

Gröna kräkningar?

b) Vilken diagnos är det du funderar över i första hand?

Pylorostenos

Är detta hämtat från facit? Ja, hämtat från facit (instämmer dock i invändningar/kommentarer nedan) Facit finns på Reproduktion DS under fliken Schema (Gamla tentor) . Pylorusstenos debuterar väl ofta lite tidigare? V 3-8 står det i Ped. sid 501. Projektilartade kräkningar? (Pylorusstenos ger inte gallfärgade kräkningar). Annars tänker jag att det är viktigt att fråga om barnet har kissat. Hb är högt för åldern och elektrolyterna låga, vilket får mig att tänka att kräkningarna lett till en ganska allvarlig dehydrering och elektrolytrubbning. Borde inte bedömning av graden samt korrigering av elektrolyt- och vätskerubbeningen gå först eller tänker jag helt galet?

Tänkte också på att åldern inte stämde riktigt, dock antar jag att som "första kliniskt viktiga fråga" vid misstanke på pylorusstenos borde väl just karaktär på kräkningar gå först.. Men frågan är en smula märkligt uppställd.

Tror elektrolytvärdena samt BE värdet står för hypoklorema alkaloser som kan uppstå vid kräkningar med högt tarmhinder.

4) Pyelonefrit är en potentiellt allvarlig sjukdom.

Nämn två komplikationer som motiverar offensiv, aktiv diagnostik och behandling. (3 p)

Sepsis, njurskada, akut njurinsufficiens

5) En kraftig lobär pneumoni kan ibland, förutom med feber och allmänpåverkan, debutera med ett symptom som lätt vilseleder den stressade barnmedicinjouren.

Vilket symptom? (3 p) <<<< Knas med tre poäng här eller vad? iofs svår fråga, men ändå.

Ont i magen, bukstatus med rigiditet. Defence.

6) När en vuxen person drabbas av ett plötsligt oväntat krampanfall väcks genast misstanken om hjärntumör.. Hos barn är det inte så.

Förklara (det finns en logisk förklaring) varför intrakraniella tumörer oftast inte debuterar med ett EP anfall. (3 p)

Den stora majoriteten hjärntumörer är lokaliserade i bakre skullgropen (lillhjärnan) och ger därför inte epilepsi som förstahandssymtom.

7) Invagination är obehandlad ett livshotande tillstånd varför tidig diagnos är viktig.

Nämn tre kliniskt-anamnestiskt viktiga symptom som oftast före-kommer vid invagination. (3 p)

Intervallskrik, kräkningar, sjuk-blek, blod PR.

8) Kawasaki sjukdom är en vaskulit av okänd genes. Diagnosen ställs på grundval av ett antal kriterier, något patognomont prov finns ej.

a) Nämn minst fyra kriterier.

Feber > 5 d, lymfkörtlar, hudutslag, spruckna läppar,

konjunktivit, röda handflator/fotsulor, exanthem

Feber + "CRASH" (conjunktivit, rash, adenopati, strawberry tongue, hand/feet swelling)

Kawasaki sjukdom är också associerad med en inte obetydlig mortalitet.

b) Vad ligger bakom dödligheten? (2 p) (2 p)

Coronarkärlsaneurysm med ev ruptur eller trombos

9) Mödrar med diabetes föder inte sällan stora barn med födelsevikt upp mot 4,5-5 kg.

a) Varför blir barnen så stora?

God tillgång på glukos och insulin = mkt anabolt! Det höga blodsockret från modern stimulerar barnets pancreas till insulinproduktion, som är en potent tillväxtfaktor eftersom det stimulerar

utsöndring av IGF-1. .

Dessa stora barn drabbas inte sällan av en typisk störning med kliniska symptom som BB personal och neonatolger är beredda på.

b) Vilken störning avses och hur fastställs den med enkelt prov? (2 p) (2 p)

Hypoglykemi, ta ett blodsocker

10) Vid rutinstatus på akutmottagningen stöter man ibland på oväntade resistenser i buken. Om man finner en hård stor resistens upptill i vänster bukhalva hos en treåring som söker för förkylning måste du misstänka (3 p)

Wilms tumör. Förstorad mjälte. Obstipation? Mononukleos?

11) Strukturell missbildning av hjärtat ("hjärtfel") indelas i läroboken i 3 huvudtyper:

1. shuntvitier
2. ductusberoende vitier
3. cyanotiska vitier.

Nedan ser du 3 olika hjärtfel som du skall para ihop med huvudtyperna 1, 2 och 3 ovan.

A transposition av aorta och pulmonalisartären (TGA)

B VSD

C coarctatio aortae (3 p)

A = 2 + 3, B = 1, C = 2

12) En 14-årig pojke kommer in 15 minuter efter att ha ätit en glass. Han har stickningar och myrkrypningar i hand och fotsulor och i hårbotten Han har pågående astma med tämligen tydlig tungandning.

Vilken av alla de mediciner du ger är viktigast att ge först? (2 p)

Adrenalin

13 Vera 10 år har haft böjveckseksem i småbarnsåldern.

Nu har hon fått besvär med andnöd och hosta då hon tränar balett en gång i veckan. Flera gånger har hon varit tvungen att avbryta passet, då gruppen tränar höga hopp. Far har höstnuva och astma och hemmet är därför allergisanerat. Ingen röker i familjen.

Vilken behandling vill du ge?

- a) *Inhalera beta-2-stimulerare inför träningspass*
- b) Inhalera kortikosteroider inför träningspass
- c) Inhalera beta-2-stimulerare regelbundet
- d) Inhalera kortikosteroider regelbundet (2 p)

14) PBD 1

Sökorsak:

13-månaders pojke inkommer med smärta och svullnad i skallen.

Tid sjd:

Frisk normal utveckling. Fått alla vaccinationer.

Aktuellt:

Mor upptäckt svullnad på skallen. Verkar göra ont vid beröring. Föräldrarna som kommer tillsammans med pat uppger att sonen trillat omkull vid lek med storasyskonet. Ingen såg vad som hände då far var på arbetet och mor lagade mat i köket. Incidenten skall ha hänt i förrgår. Pojken mått bra varför man inte sökt tidigare. Både mor och far är nu angelägna att få sonen undersökt men kräver bestämt att det skall gå fort då båda syskonen 13 + 6 år är ensamma i hemmet.

Status:

AT opåverkat, afebril, inga tecken till ÖLL. Normalt utvecklad 1,5-åring som går och leker adekvat. Normal tillväxt.

MoS:

Oretat

Trh:

Höger trh u a.

Vänster svårtolkad men bakom trumhinnan finns en nivå av vätska. Blod?!

Cor/Pul:

Normalt auskultationsfynd.

Buk:

Inga patologiska resistenser.

Pulsar:

FP u a.

Gen:

U a infantil.

Lokalstatus:

Bakom och strax ovanför vänster öra finns en 8 x 5 cm stor flukturerande bula. Bulan är mjuk och på ovanliggande hud syns ett avlångt konstusionsmärke 5 x 1 cm.

Hud:

U a frånsett ett antytt manschettformat hematom höger underarm.

(5 p)

För 5 poäng krävs enligt facit att nedanstående ingår:

1. Inläggning

2. Utredning Dator-röntgen skalle + långa rörben

3. Anmälan till SOC

4. Öronkonsultation med fråga fraktur mastoideus med luftförbindelse

– öppen fraktur - antibiotika

5. Hanterandet av kravet på hemgång från föräldrar - omhändertagande.

Obs: Kön och ålder krävs för full poäng enligt amanuens på Huddinge och ALB.

PBD:

15)

PBD 2

Sökorsak:

14-årig flicka inkommer till barnakuten p g a feber.

Hereditet:

Socialt:

Tid sjd:

Inga blodsjukdomar i släkten, mormor någon form av ledsjukdom.

Går i 8:e klass. Gymnastik på fritiden. Föräldrarna samboende. Två yngre syskon.

Aldrig sjukhusvårdad.

Aktuellt:

Epidemiologi:

Hög feber >38,9 i en vecka, inga luftvägssymtom eller andra lokala infektionstecken. Ont i ögonen och lår samt armar och rygg. Haft diffus ledvärk armbågar, handleder sedan några veckor. Varit trött och hängig sedan minst en månad. Hade en feberepisod för tre veckor sedan utan luftvägssymtom som gick över spontant. Menarche för 8 mån sedan. Sm 2 v sedan, ej slutat. Riklig.

Ingen sjuk i familjen eller omgivningen.

Status:

At:

Blek, trött, temp 38,9. Ingen nackstyvhet, i övr opåverkad. Ingen konjunktivit

Mos:

Tonsiller u a.

Ytl Lgll:

Ua på rutinstationer.

Hjärta:

Normal rytm. Frekvens 86. Inga hörbara biljud.

Lungor:

Normala andningsljud, normala lunggränser. Inga biljud.

Buk:

Inga patologiska resistenser, inga organförstoringar. Mjuk.

Ledstatus:

Inga aktuella synoviter eller artriter. Diffus och lite osäker palpömheter på de uppgivna smärtsamma ställena.

Lab på akuten

Urinsticka u a. CRP 44. Hb 61 g/l, tpk 60, lpk 2,8

(5 p)

Svar: 14 årig tid frisk flicka, hög feber sedan en vecka, led och skelettsmärta minst en vecka utan övriga fokala infektionssymtom, (1p) Anemi 61 g/l, trombocytopeni och leukopeni. (1p) Inlägges för utredning på avd. Planeras kompletterande prover, B-celler, ANA och immunologiska prover, retikulocyter, ferritin, osv Benmärgs-us. (1p) Leukemi? Aplastisk anemi? SLE? (2 p för två möjliga diffdiagnoser) Om avvikande formuleringar, för mkt repetition av redan nämnda anamnestiska uppgifter, felaktig disposition, osv avdrag beroende på hur fel det är.

PBD:

GYN

16) Hedvig söker på gynakuten för småblödningar sedan 2 veckor. Sista normala mens var för 6 veckor sedan. Urin-HCG är positivt. (3 p)

a) Nämn 2 sannolika diagnoser.

b) Om du inte får en klar diagnos idag hur vill du följa Hedvig?

Nämn minst två prover/undersökningar.

Svar a) Normal graviditet, x, missfall, (mola), b) Ulj, s-HCG, gynundersökning, c) X. ??? frågan var?

17) Carina 42 år har inte haft mens sedan hon fick en Mirenaspiral insatt för ett år sedan.

Hon undrar om hon har kommit in i övergångsåldern. (2 p)

a) Vad är en trolig orsak till hennes amenorré?

b) Vilket prov skulle man kunna ta för att bekräfta eller avvisa hennes undran?

Svar: a) Spiralen, b) FSH.

18) Nämn fyra orsaker till metrorrhagi vid negativ graviditetstest (2 p)

Svar: Infektion, hormonrubbing, polyp eller intrakavitärt myom, cervixcancer, thyroideastörning. P-piller

19) Charlotte 31 år, 0-gravida söker tillsammans med sin sambo pg barnlöshet. Hon slutade med p-piller för 2 år sedan för att bli gravid. Hon har sedan dess fått mer utdragna blödningar med småblödningar både före och efter den "riktiga menstruationen". Vid samlag har hon under den senaste tiden haft djup dyspareuni. Vid undersökningen känner du att uterus är normalstor, sidorna fria. På baksidan av uterus, i istmushöjd, på platsen för sacrouterinaligamenten, palperar du ett ärtstor ömmande resistens.

a) Vilken diagnos misstänker du på basen av anamnes och fynd? (3 p)

b) Hur går du tillväga för att få en diagnos?

c) Nämn två farmakologiska behandlingsalternativ.

Svar: a) Endometrios b) Laparoskopi (med px), c) GnRH-analoger, DANAZOL, Gestagener i högdos

20) P g a vaginala blödningar genomgick en 70-årig patient en fraktionerad abrasio där PAD visade proliferatiosslemhinna.

a) Vad var din huvudmisstanke beträffande diagnos inför abrasio?

b) Ange minst 2 tänkbara orsaker till PAD svaret!

c) Nämn två riskfaktorer för endometriecancer. (3p)

Svar: a) endometriecancer, b) östrogenbehandling, östrogenproducerande tumör, annan medicin tex Lanacrist som påverkar lever och därmed östrogenmetabolism. c) Fetma, PCO, nulliparitet, unopposedestrogen.

21) Maria 48-år söker akut på kvinnokliniken p g a smärtor i nedre delen av buken och feber. Maria är II-gravida, I-para. Har fortfarande regelbundna men rikliga menstruationer. Har kopparspiral sedan 5 år tillbaka. Tidigare gynekologiskt frisk. Inga klimakteriella besvär. AT: Smärtpåverkad. Buk: ömmar ordentligt i nedre delen av buken, mest på vänster sida. Vid den gynekologiska undersökningen ses gulaktig fluor i vagina, uterus drygt normalstor, ömmande. Bakom uterus palperas en mandarinstor ömmande resistens. CRP 130. Temp 38,5°.

a) Vilka två diagnoser misstänker du?

b) Vilken ytterligare undersökning föreslår du för att fastställa ovanstående diagnoser? (2 p)

Svar: a) Divertikulit, tuboovarial abscess., b) Ultraljud, CT-Buk, MRI (ultraljud ger 1 p; bara CT/MR ett halvt p)

22) På KK's operationsprogram finner du följande

a) Wertheim op

b) Cerclage

c) Konisering

d) Manchesterplastik

Vilka olika sjukdomar lider respektive patient av? (2 p)

Svar: a) Cx ca (0,5p), b) Cx.insuff (0,5p), c) Cervixdysplasi (0,5p), d) Prolaps (0,5p)

23) Frisk 23 årig 0-gravida, söker dig p g a utebliven menstruation. Menarche var vid 13 års ålder. Hennes menstruationer var oregelbundna de första 2 åren, sedan dess regelbundna fram till för ett år sedan då de började glesa ut. Sedan 8 månader har hon inte blött alls..

a) Är det indicerat att påbörja en fullständig utredning av patienten? Motivera!

Indicerat att utreda efter 6 månader så ja!

b) Nämn 4 vanliga orsaker till sekundär amenorré!

PCOS, Uteruskada, endometrie skada (post infektiös), Prematur ovarial svikt,

Hypofys adenom, Hypotalamus adenom, CNS tumör, Externa faktorer: emotionell stress; Ihärdigt idrottande. atletisk amenorré; anorexi; övervikt, hyperprolaktinemi, thyroid dysfunktion. Graviditet ska alltid uteslutas!

c) Vilken är den viktigaste diagnosen att utesluta vid amenorré? (3 p)
graviditet?

24) Nämn tre negativa långtidseffekter av det polycystiska ovariesyndromet. (3 p)
Svar: diabetes, kardiovaskulär sjd, endometrieca

25) En 45-årig III-para, icke-rökare med normalt BMI, söker dig på VC för urinläckage sedan 2 år tillbaka. Urinläckaget sker framför allt vid hosta, skratt.

- a) Vilken diagnos sätter du utifrån anamnesen?
- b) Vilket råd kan du direkt ge henne?
- c) Vad heter den kurativa behandling som kan erbjudas? (3 p)

Svar: a) Ansträngningsinkontinens, b) knipövningar, c) TVT

26) En 23-årig kvinna har lämnat sitt första cytologprov inom screeningsprogrammet för cervixcancer vilket visade uttalade cellförändringar med högrisk HPV. Vad blir nästa steg?

- a) Kolposkopi
- b) Kolposkopi och riktade biopsier
- c) HPV-test
- d) Konisering
- e) Hysterektomi (1 p)

Svar: b) enligt facit

27) En 32 årig förstföderska med insulinbehandlad diabetes mellitus typ 1 sedan sex år kommer till din allmänläkarmottagning. Hon önskar bli gravid. Hennes fasteblodsocker ligger mellan 8-10 mmol/l samt postprandiellt mellan 13-20 mmol/l?

- a) Vilken information ger Du henne?

God diabeteskontroll inför graviditet är viktigt. Ej bra att bli gravid när blsr.kontrollen är så här dålig. Stor risk för missbildningar. Ökad insulinresistens under graviditet. Målvärde:

Fasteblodsocker 4-6 mmol/L och efter måltid < 8 mmol/L,

- b) Vad blir Din åtgärd?

Information om kost och motion. Remiss till endokrinolog. Justera insulindosen

28) En 24 årig förstföderska kommer till dig på MVC.i vecka 13. I samband med inskrivningen fyra veckor dessförinnan var Hb-värdet 97 och hon ordinerades då av barnmorskan järntabletter i adekvat dos. Trots det har Hb värdet nu sjunkit till 92. Vad gör Du? (2 p)

Svar: Anemiutredning, MCH, MCV, plasmajärn, ferritin

29) En II-gravida, I-para, med ett tidigare sectio har nu inducerats i vecka 39 p.g.a. blodtryck 150/95 samt 3+ på albuminsticka. Labbprover är normala bortsett från trombocyter i underkant (105 000). Förlöst ett dygn senare. Förlossning normal, placenta fullständig. Barnmorskan ringer och meddelar att patienten blött 1.4 l, 20 minuter efter placentas avgång, men att uterus känns väl sammandragen, patienten är smärtfri och att hon inte noterat några bristningar.

- a) Nämn en sannolik orsak till patientens blödningar
- b) Vill du ta några blodprover och i så fall vilka? (3 p)

Svar: a) Trombocytopeni, b) koagulationsprover

30) Vid Dopplerundersökning av arteria umbilicalis ses ibland en nedsatt diastolisk

blodflödes hastighet.

a) Vilken är den vanligaste indikationen för denna undersökning?

Lågt SF-mått/tillväxthämning

b) Vad beror det försämrade diastoliska blodflödet på? (2 p)

b) ökat motstånd i den fetoplacentära cirkulationen

31) En förstföderska i fullgången tid har öppnat sig från 3 cm till fullvidgat på 7 timmar och huvudet har trängt ned till 2 cm ovan bäckenbotten. Trots oxytocin-infusion i maximal dos har huvudet ej trängt ned ytterligare under de senaste fyra timmarna.

a) Vad kallas den fas av förlossningen som varade 7 timmar?

b) Har denna fas varit för snabb, normal eller för utdragen?

c) Vilken åtgärd vidtar du i detta fall? (3 p)

Svar: a) Öppningsfas (aktiv fas), b) normal, c) VE/tång

32) Nämn tre symtom hos en gravid kvinna som hos en ickegravid kan vara symtom på hjärtsjukdom. (3 p)

Svar: Dekliva ödem, viss andfäddhet, trötthet, yrsel/svimning, supraventrikulär takykardi

33) Maria söker gynakuten tre veckor efter förlossningen. Hon har feber sedan tre dagar och har svårt att amma p.g.a smärta i höger bröst. Huden över bröstet i den övre laterala kvadranten är rodnad och du kan palpera en ömmande resistens. Du misstänker en bröstabscess.

a. vilken bakterietyp är mest sannolik?

Staf A

b. kan Maria fortsätta att amma under antibiotikakuren som du ordinerar? (2 p)

Enl FASS -och facit - så JA

34) I vissa länder i världen är fortfarande risken att dö i samband med graviditet och förlossning hög.

Nämn 3 av de 5 vanligaste direkta komplikationerna som står för >70% av alla maternella dödsfall. (3 p)

Svar: blödning, infektion, illegala aborter, eklampsi/hypertoni, avstannad förlossning

35) En 43 årig I para med BMI 40 är förlöst med akut kejsarsnitt p.g.a. hotande fosterasfyxi. Dagen efter operationen får hon ont i bröstet och blir tungandad.

a) Vilken diagnos måste uteslutas i detta fall?

lungemboli

b) Hur ställer du denna diagnos?

CT, scint

c) Hur behandlas detta tillstånd (3p)

Högdos AK, typ Fragmin/heparin

2011-04-28

1 En tidigare frisk förstföderska som inte varit på något rutinultraljud kommer till Dig på MVC. Hon uppger regelbundna menstruationer och enligt sista mens är hon 22 veckor gången. Hon har inte haft några blödningar under graviditeten. När Du undersöker henne är uterus betydligt större än förväntat.

a) Hur skulle Du kunna beskriva uterus normala storlek i vecka 22?

SF-mått ca 20cm, fundus strax ovan navelplan (fundus når navelplanet i ca vecka 20 och arcus i ca vecka 36, därefter sjunker barnet ner något i bäckenet)

b) Nämn två orsaker till att uterus känns större än förväntat vid denna graviditetslängd

Tvillingar (flerbörd) eller för mkt fostervatten.
(felräknad graviditetstid? Pat har ju inte varit på rutinultraljud än)
c) När skulle rutinultraljud vanligen ha gjorts?
V 18.

2 En II para med två tidigare sectio kommer till Dig i vecka 14 för att diskutera risker vid denna graviditet och förlossningssätt. För vilka komplikationer är risken ökad hos denna patient och vilket förlossningssätt är att föredra? 3p

Ökad risk för placenta praevia/accreta, uterusruptur, tillväxthämning och intrauterin död. En mamma bör aldrig övertalas till vaginal förlossning efter kejsarsnitt, således nytt kejsarsnitt. (Obstetrikboken s. 597-600)

3 Varför kan en graviditet utifrån de hemodynamiska förändringar som sker vara riskabel för en hjärtsjuk kvinna? 2p

Ökad plasmavolym, anemi, sämre venöst återflöde pga tjock bebis som ligger i vägen = V cava syndrom ?

Ökad hjärtfrekvens, krav på ökad hjärt-minut volym/CO = ökat arbete.

4 En barnmorska ringer Dig om råd angående en tidigare frisk förstföderska i vecka 34. Hennes blodtryck har varit normalt fram till idag då det uppmäts till 150/95 mm Hg. Urinstickan visar 2+ för protein. Patienten är helt asymtomatisk. Vilken information ger Du till barnmorskan?

Skicka in patienten. Inläggning om debut. Lab: el-status, krea, Hb, TPK, lever, alb, PK, urat. dygnsamling urin / prot krea kvot, CTG och UL tillväxbedömning. Ställningstagande till förlossning. (Pelle Lindqvists handout). Överväg behandling med: alfa/beta-blockerare, magnesium

6 Vilket/vilka av följande ämnen har en säkerställd teratogen effekt? 3p

- a) Litium
- b) Alkohol i små mängder (?? I stora mängder ja, men i små? Säkerställd teratogen effekt kan man ju inte säga iaf! Debatteras väl rätt flitigt, i Danmark får man ju t.ex. dricka typ 2 öl om dagen). Rekommendation att inte dricka alkohol!!
- c) Citalopram (SSRI preparat)
- d) Warfarin
- e) Valproat
- f) Cefalexin (cefalosporinpreparat)

7 Barnmorskan på MVC kommer in till Dig och undrar över en omföderska i vecka 33. Hon berättar att det känns tomt i bäckeningången och hon kan inte känna någon föregående fosterdel.

a) Vad tror du är orsaken? 1p

Ungen har inte fixerat sig ännu, för tidigt

b) Vilket direktiv ger du henne? 1p

Ny palp om någon v

8 Anna 40-år, 2 gravida 2 para med normala förlossningar, senaste partus för 2 år sedan, söker akut på kirurgakuten p g a tilltalande smärtor i nedre delen av buken. Smärtorna är mer lokaliserade till höger sida, även en tryckande smärta i ryggen på samma sida (över hö njurloge). Det senaste året har Anna haft metrorrhagier. Anna skickas av kirurgjouren för en akut CT-buk som visar en hö-sidig hydronefros.

Vilken gynekologisk diagnos bör man utesluta? 1p

Avancerad cervixcancer kan ge hydronefros, liksom ovarialcancer.

9 Till gynakuten kommer en 17-årig flicka pga smärtor i magen. Hon är lätt illamående, har haft lös avföring på morgonen och behövt kissa oftare. Temp 37,7. Vid palpation av buken ömmar hon diffust utan tydlig sidoskillnad. Vid försiktig gynundersökning finner du svagt blodblandad flytning ur cervix samt diffus palpationsömhet över uterus och åt sidorna, kanske mest på höger sida.

a) Vilka ytterligare anamnestiska uppgifter behöver du för att få bättre uppfattning om diagnos? Nämn 3. 3p

Menstruationsanamnes, sexualanamnes, övergrepp, infektioner, hur mycket blöder hon? Ingrepp i den regionen, typ abort, spiral etc

b) Vilka prov/undersökningar föreslår du i första hand? Nämn 4. 2p

Urinsticka, u-hCG, CRP, Chlamydiaprov. Vaginalt UL

c) Nämn de 3 mest tänkbara diagnoserna 1,5p

Mensvärk? UVI? Chlamydia (salpingit), endometrios, graviditet (med missfall? varför blödning annars, och subfebrilitet?..), ektopisk graviditet.

10 Till distriktsläkarmottagningen kommer en 26-årig kvinna som söker då hon sedan ett par dagar märkt en svullnad vid slidöppningen som gör att hon har svårt att sitta. Vid gynundersökning finner du nedtill vä om vaginalöppningen en drygt plommonstor uttalat palpationsöm, delvis fluktuerande resistens.

a) Vad heter denna åkomma? 1p

Bartholinit

b) Hur behandlar du patienten? 1p

Incision

11 Lotta 25 år, söker pga utebliven menstruation sedan 7 månader. Lotta är mycket orolig att det är något allvarligt. Hon vill så gärna ha regelbundna menstruationer. Hon använder inga preventivmedel. Graviditetstest är negativ. Lotta är idrottare och tränar 6 gånger/vecka. Hon väger 53 kg och hon är 170 cm lång.

a) Vilken diagnos misstänker du? 1p

Hypotalamisk amenorré (sk idrottsamenorré)

b) Hur utreder du Lotta (vilka prover tar du)? 2p

LH, FSH, TSH, T4, Prolaktin

c) Vilken behandling vill du föreslå? 2p

Viktuppgång (BMI=18,3=lätt underviktig), träna mindre

p-piller (förhindra osteoporos)

12 Linda 35 år har behandlats för endometrios som har orsakat svår sekundär dysmenoré. Hon är bättre nu och har dessutom blivit gravid.

a) Kan du förklara vad endometrios är för sjukdom? 1p

Endometrieslemhinna på "fel" ställen (ektopiskt), tex tarmar. Denna slemhinna blöder också vid mens vilket skapar smärtor då det blöder in i buken. P-piller hjälper ofta mot besvären. Laparoskopisk kirurgi kan också vara ett alternativ om mycket besvär.

b) Ge en kortfattad förklaring till vad som händer med endometrios under graviditeten och hur symtomen vanligtvis påverkas? 2p

Symtomen avtar eftersom progesteron-nivåerna är förhöjda under graviditet, vilket hämmar endometrietillväxt.

13 Nämn åtminstone 4 riskfaktorer som är associerade med utvecklingen av endometriecancer? 2p

Långvarig östrogenstimulering, så ex övervikt, hormonbeh. Även Tamoxifenbeh och nullipara. PCO, anovulationstillstånd. Hypertoni, tidig menarche, sen menopaus, diabetes. Hereditet.

14 En frisk 26 årig 5-gravida 0-para söker pga upprepade missfall. Hon har gjort 2 legala aborter vid 17 respektive 20 års ålder. Hon har därefter haft spontana aborter i graviditetsvecka 7, vecka 9 och i vecka 12

a) Vad kallas tillståndet? 1p

Habituell abort, tre eller fler missfall utan mellanliggande barn (för paret gemensamt)

b) Nämn minst två orsaker till detta tillstånd. 2p

Förhöjda FSH-nivåer, thyreoideasjukdom, PCOS, övervikt, diabetes, infektioner, SLE, cervixinsufficiens, kardiolipinantikroppar, ärftliga kromosomala fel i någon av föräldrarnas alla kroppsceller.

PEDIATRIK

15 Post streptokocknefrit och IgA nefrit är de två vanligaste nefriterna. I differentialdiagnostiken har man stor nytta av komplement (vanligen används C3). Beskriv kort den principiella skillnaden i komplement nivåerna vid de två olika tillstånden. 2p

Vid PSN sjunker komplementnivåerna initialt (används upp) för att efter ett par veckor återställas.

IgA-nefriten har opåverkade komplementnivåer.

16 Vid en stor ventrikelseptum defekt (VSD) hörs som du vet ofta inget blåsljud och dessa barn slinker därför gärna igenom den neonatala kontrollen på BB. Dessa barn utvecklar förr eller senare symptom som föräldrarna söker för t.ex. på akutmottagningen.

a) ungefär vid vilken ålder brukar symptomen komma? 1p

Efter 2-4 veckor när motståndet i lungkretsloppet sjunker (men blåsljudet kan höras redan efter ett par dagar)

b) vilka 3 symptom/tecken i status observeras i det typiska fallet? 1p

Takypné, takykardi, failure to thrive

c) vad beror symptomen på? 1p

Hjärtsvikt. Blod shuntas från vänster till höger kammarevilket ger övercirkulation i lungorna vilket i sin tur ger ökat återflöde till och volymbelastning på vänster hjärthalva.

17 En 4-årig pojke (dagis) söker akut för ont i halsen och feber 39 grader sedan 3-4 dagar. Han kan inte vare sig äta eller dricka och har svårt att svälja. I status inte mycket att se förutom ordentligt rodnat svalg med beläggningar och lite proppar på tonsillerna. Du funderar på genes till faryngo-tonsillit och ordinerar blodstatus (leukocytos 19 med polyövervikt) CRP (95) monospot (neg) strep A (neg) leverstatus (u.a.).

a) Finns någon rimlig förklaring till denna påtagliga halsfluss förutom viral genes (vanligen Adenovirus) eller att möjligen provet inte togs på ett korrekt sätt? 1p

Grupp C eller G-streptococcer, Alternativt strepA-testets relativt låga sensitivitet.

b) Vad gör du för att utesluta denna möjliga/rimliga orsak? 1p

Odlar? Ta om Strep-A-testet?

18 Det är söndag morgon och du är jour på akutmottagningen. En 3-årig flicka uppvisas där du har skäl att misstänka misshandel från styvfar som ger ett slutet och något aggressivt intryck. Det finns blåmärken som ej kan förklaras med uppgivet våld.

a) Beskriv de åtgärder (förutom lämpliga undersökningar) du är skyldig att vidta (åtminstone 2 åtgärder) 1p

Anmäla till socialen (anmälningsskyldighet). Lämna uppgifter som socialen behöver för utredningen (uppgiftsskyldighet). Dokumentera. Lägga in barnet för att vinna tid för utredning. Se till att barnet inte lämnar sjukhuset innan utredning/diagnos är ställd.

b) Vilka medicinska utredningsåtgärder skall du genomföra? 1p

CT-skalle, CT-buk om misstanke trauma mot buken, helkroppsröntgen. Koagulationstatus, ASAT/ALAT, urinsticka (hematuri?) Ögonundersökning (retinablödning efter huvudvåld?) Dokumentera noga alla skador som framkommer vid helkroppundersökning! Fotografera skador!

c) Om styvfar insisterar att ta med flickan hem - vad gör du? 1p **hindrar detta?**

-Ja, man kan omhänderta barnet tills vidare.

19 Patrik är 14 år gammal och nötallergiker. Av misstag har han ätit en glass med toppning av choklad och nötsmutor. Han inkommer till akuten och är rejält medtagen; slö kräks och är tungandad. Huden är blek och marmorerad. Kapillär återfyllnad 2 s. Du är primärjour och inser snabbt att det är bråttom. Du säkrar andningen med hjälp av mask o blåsa. Självklart skall du tillkalla narkos sätta nål ge vätska och ev HLR om detta är indicerat. Dock måste du initiera en allra första åtgärd, vilken? 2p

Adrenalin i.m. borde väl vara svaret här? Ja.

20 Du sitter på barnläkarmottagningen och har på dina akuta besökstider fått inbokat tre patientbesök som alla rör utslag av olika typ.

På första patientbesöket träffar du Anna, 3 år, och hennes äldre bror Johan, 5 år, som söker för bedömning av utslag. På Annas kind ses ett ca 1x2 cm stort utslag som är gult, ej hudtäckt och delvis vätskande, men periferin utgörs av krustor. Johan har liknande utslag på vä sida om munnen, liknade storlek som Anna. Bägge barnen är feberfria och har gott allmäntillstånd.

a) Mest sannolik diagnos? 1p

Impetigo (Pyogena streptokocker och/eller S.aureus som dominerar i Sv.)

b) Hur behandlar du denna? 1p

God hygien - tvål och vatten, krustor lossas, egen handduk, vätskande sår täcks med förband, daglig tvätt av kläder, sängkläder och leksaker, stanna hemma från dagis tills såren torkat. Ev. väteperoxidkräm eller retapamulinsalva (Altargo). Fucidinsyrakräm avrådes och p.o antibiotika ges bara vid utbredda lesioner. Källa: Ped. sid 442

21 Nästa patientbesök är Viktor, 3 år som också söker på grund av utslag. Han insjuknade för sex dagar sedan med lätta ÖLI-symtom och fick dagen därpå små blekröda knottor som började på bålén och i ansiktet men sedan har spridit sig till armar och ben. Pappa tycker att det verkar klia en hel del. Vid undersökning ser du spridda utslag över hela kroppen inklusive hårbotten som omfattar makulae, palpler, vesikler och krustor. I munnen ser du också enstaka blåsor. Viktor har varit subfebril i fyra-fem dagar, men mår i övrigt relativt bra.

a) Mest trolig diagnos? 1p

Vattkoppor

b) Hur lång är inkubationstiden? 1p

Ca 2 veckor

22 Dagens tredje patientbesök är Lova, 13 månader som insjuknade för tre dagar sedan med snabbt stigande temp, hade som högst 40 grader. Trots den höga febern varit relativt pigg, ätit och druckit bra. Febern försvann efter knappt fyra dagar. Har nu istället fått ett blekrött, småfläckigt utslag som främst sitter på bålén. Mamma är osäker om det verkar klia eller inte.

Eftersom du gått kursen i pediatrik är du väl införstådd i att barn ofta kan få utslag i samband med olika viroser. Med tanke på ålder, sjukdomsförlopp, och klinisk bild misstänker du i detta fall dock en specifik diagnos.

a) Vilken? 1p

3-dagarfeber (Exantema subitum)

b) Vilken agens ger denna sjukdomsbild? 1p

HHV-6

23 Du är akutjour på barnakuten. Anna, 1,5 år inkommer med sin mormor. Hon har hittat Anna sittandes på golvet i badrummet lekande med en öppnad burk kapslar Panodil (paracetamol 500mg). Du undersöker Anna som är glad och opåverkad. Mormor har ingen aning om hur många tabletter som fanns i burken, och det går inte att utesluta att Anna fått i

sig tabletter.

a) Vilka blir dina ordinationer gällande provtagning och behandling? 1p

Inläggningsfall. Leverprover?

b) Vilken antidot skulle kunna bli aktuell, och varför är det viktigt att påbörja den behandlingen i tid? 1p

Acetylcystein, för att undvika leversvikt

Då tittar du i Annas journal och ser att Anna för två veckor sedan var på akutmottagningen på grund av att hon druckit tändvätska när pappa stod och grillade i trädgården.

c) Vilken åtgärd (som annars förekommer vid intoxication) är kontraindicerad i ett sådant fall och vilken skada kan uppkomma efter intag av tändvätska? 1p

Ventrikelsköljning/kräkning pga ökad risk för aspiration, och petroleumprodukter i lungorna är jättedåligt (och sämre än petroleum i magen). Ger kemisk pneumoni. Drick grädde istället.

Från läkemedelsboken s 51

24 Sexåriga Charlotta inkommer pga svullnader på fötterna och ont i benen sedan 2-3 dagar. Av och till också ont i magen. Du finner några blåmärken på underbenen, men också flera 1-10mm stora hudblödningar. Ingen lever eller mjältförstoring. Ingen ömhet i buken.

a) Nämn tre viktiga diagnoser som du bör överväga? 1 p

Henoch Schönleins purpura, minimal change nefropati (1. Diffus buksmärta, 2. artrit/atrialgi 3. IgA ak 4. Njurpåverkan), misshandel, blodmalignitet (ALL/AML), ITP?

b) Du lägger in Charlotta på avdelningen. Nämn minst tre prover som du startar utredningen med? 1p

Blodstatus med diff, CRP/SR, urinsticka.

25 En 2-månaders flicka kommer akut till Din mottagning på en liten ort i norra Sverige och har hosta och pipig andning sedan i förrgår kväll. Storebror har varit förkyld och Du tolkar det som en RSV-infektion. Det är 15 mil till närmaste barnklinik och modern verkar kapabel. Vilka är de viktigaste omständigheterna/fynden som Du grundar ett (preliminärt) ställningstagande på beträffande vård hemma eller transport till sjukhuset? (För varje delfråga a-c ange högst 2 saker!)

a) I anamnesen? 2p

Nutrition, apnéer? I ö frisk (ingen lung- eller hjärtsjd)

Debut (det är ännu bara dag 2-3 på inf., hon blir förmodligen sämre 1-2 dagar till)

b) I status? 2p

Takypné, obstruktivitet, indragningar i revbenen

c) Undersökningar? 1p

Saturation

Blodgas

26 Du ansvarar för en psykiatrisk vuxenavdelning här i Sverige och en mor läggs in akut tillsammans med sitt friska, 3 veckor gamla spädbarn. På rondan får Du frågan om vad barnet ska äta (sort, mängd, hur många mål per dygn?). Modern är inte i skick att tillfrågas och definitivt inte att amma. Barnet föddes fullgånget vägande 3,4 kg och väger nu 3,6 kg. 3p
150 ml/kg/dygn modersmjölkersättning (BabySemp eller NAN) var 3-4e timma alt när babyn själv vill äta

27 Du arbetar på ett litet, ruralt sjukhus i tropiska Afrika. Ett spädbarn har blivit moderlöst och förs in med hudinfektioner men pigg och vital. Det är en pojke, 58 cm lång, med vikten 3,0 kg. Du planerar att ge honom Amoxicillin peroralt och sedvanlig lokalbehandling för hudproblemen, men vad ska pojken äta? Det finns inga bröstmjölksersättningar att tillgå, och kvinnorna vill inte vara ammor av traditionella skäl. (Barn som ätit från samma bröst "blir syskon" med risk för att bryta mot incest-tabu i framtiden. En i trakten mycket känd berättelse lägger ut detta tema!) Ett par lokala bönder erbjuder sig att gratis leverera komjölk till sjukhuset dagligen. Hur ska den mjölken behandlas (1p) och hur ska den ges (1p)? Kan

någon tillsats vara önskvärd?(1p) 3p

Man vill minska salt och proteininnehållet? Lägga till järn? Ska ges i sterila flaskor.
Har detta gått igenom? Har hittat "enkla" recept som innehåller vatten, komjölk och socker som kokas. Antagligen ska man lägga till järn också.

28 Hur stor andel (ungefär) av sitt energibehov får en normalviktig 12 månader gammalt barn om enda tillförseln är ett 5% igt glukosdropp (50 mg per ml) (med lämplig tillsats av elektrolyter) i en takt som motsvarar barnets basala vätskebehov (inget tillägg för dehydrering, feber el dyl) (Hjälp: 1 g kolhydrat = 4 kcal)? 2p

12 mån ca 10 kg. Basala energibehovet är 100 kcal/kg/dygn=1000 kcal/dygn

Basala vätskebehovet 150ml x 6 kg + 50ml x 4 kg = 1100 ml/dygn

Barnet behöver alltså 1100 ml/dygn i vätska, vilket ger 0,05 gram glukos*1100 ml vätskebehov =55 gram glukos/dygn = 55 gram * 4kcal = 220 kcal/dygn. Detta motsvarar 220/1000 kcal/dygn = 22 % av energibehovet genom glukosdropp. Detta låter väl rimligt? Ja

29 En 12-årig flicka söker skolläkarmottagningen för att hon är trött och inte klarar skolan så bra längre. Hon har tidigare varit bäst i klassen och idrottat mycket. Hon har minskat ett kilo i vikt senaste tre månaderna, men information om längdutvecklingen föreligger inte just idag. Hon känner sig orolig och har svårt att koncentrera sig. Av och till ont i magen. Har lite sämre aptit sista halvåret. Förnekar kräkningar. Har ibland lösa avföringar. Förnekar utlandsresor senaste året. Nämn två kliniskt mycket relevanta differentialdiagnoser samt för var och en av dessa ett prov eller en undersökning som hjälper dig närmare just den diagnosen. 2p

Celiaki - transglutaminas-AK i kombination med IgA + tunntarmsbiopsi

IBD - F-Hb + Calprotectin

Sista delen av tentan innehåller fyra PBD-frågor. Läs journalanteckningen till respektive PBD-fall noga, gör en sammanfattande bedömning och förslag på åtgärd. Den viktigaste information om tillstånd, diagnosförslag, differentialdiagnos(er) samt planering /omhändertagande ska finnas med. Inte en lång upprepning av journalen. Skriv din BPD inom ramen som följer efter journalanteckningen.

PBD 1 (5p)

Gynekologiskt fall Kvinna född 870318

Kontaktorsak Inkommer pga buksmärtor 20110707 kl 16 5

Socialt Arbetar som förskollärare. Ensamstående

Tid sjd Allergisk mot pollen. För övrigt väsentligen frisk

Ob/gyn: Menarche vid 13-års ålder. Rgb menses. Använt p-piller en period utan problem dock ej nu när hon inte har en fast pojkvän. O-grav. Laparoskopi pga buksmärtor 2009. Inget patologiskt. Fick ingen förklaring till smärtorna.

Aktuellt: Vaknade imorse pga smärtor i nedre delen av buken, mest på höger sida. Under dagen litet illamående, inte haft lust att äta. Inga kräkningar. Inga miktionsbesvär. SM började idag och kom på rätt tid. Smärtorna har blivit något bättre men finns fortfarande kvar.

Status

At Lätt smärtpåverkad.

Temp 37,0

Buk Mjuk, ingen defense. Ömmar både i höger och vänster fossa, mest dock höger.

Gyn Pågående måttlig mensblödning. Uterus normalstor rörlig, lätt ömmande till hö, något mindre till vä.

Vag ulj Uterus normalstor slemhinna 3 mm. Båda ovarierna ses ua. Ökad mängd vätska i buken.

Lab CRP 20, Hb 98, urinsticka visar blod.

PBD 1

Rupturerad follikelcysta (funktionell cysta)?

Endometrios?

[illegible]

Obstetriskt fall 2010 01 03 kl 13.

Kontaktersak En 31-årig kvinna inkommer till förlossningsavdelningen med obehag i buken. Vid läsning av MHV 1 ser man att hon 2006 hade hon ett missfall och att hon 2007 födde sitt första barn med kejsarsnitt pga sätesbjudning i vecka 31. Man hittade ingen orsak till att förlossningen satte igång för tidigt. Hon fick värkar och det gick inte att stoppa. Barnet mår idag bra. Ingen angivelse av sjukdom finns förutom att hon haft upprepade urinvägsinfektioner.

Aktuellt Hon är nu gravid med BPU 2010 03 23. Graviditeten har varit normal. För en vecka sedan varit på ultraljudsundersökning av cervix och det var bra. De senaste dagarna har hon haft litet obehagskänsla i buken. Sonen har haft maginfluensa. Idag kl 10.00 tilltog besvären och det känns mera som ett tryck nedåt. Ingen vattenavgång eller blödning.

Status

Temp 37,8.

BT 110/70.

VU Inget synligt fostervatten. Ingen blödning. Cervix palperas sluten, medium konsistens, sakral.

Vaginalt ulj visar en cervix på 18 mm.

Lab Urinprov +/-, nitritstickan positiv.

CTG CTG visar en basalfrekvens på ca 140. Värdet varierar mellan 136 och 139. Inga accelerationer och inga decelerationer. Inga sammandragningar ses.

PBD (Skriv i rutan på nästa sida)

[illegible]

PBD 3 (5p)

Pediatrikt fall Flicka född 2009-01-13

Kontaktorsak Inkommer 2011-04-18 kl 13:32 på larm med ambulans pga krampanfall med desaturation.

Äftlighet Pat. 3/3. Ingen hereditet för feberkramp/krampsjd i närmaste familjen, men ett par kusiner haft feberkramper.

Socialt Sammanboende föräldrar.

Tid sjd Född fullgången vägende drygt 3 kg, partus normalis, "fulla poäng direkt". Vuxit och utvecklats normalt.

Pneumoni x 4, går på utredning på lung/allergimottagningen. Undersökt för cystisk fibros

med neg resultat enl mor. Inget allvarligt skalltrauma, aldrig meningit.
Aktuellt Igår insjuknat med hosta. I morse feber 38,3°. Legat och sovit middag och sedan vaknat till och kräkts. Därefter blivit blå om läpparna, okontaktbar, ögon "rann iväg uppåt". Slapp, uppfattades som livlös. Sedan ryckningar i både armar och ben, liksidigt. Vid ambulanspersonalens ankomst 17 min efter larm är flickan cyanotisk, andas ytligt, tittar snett upp mot vä och ligger och småtuggar. Inga ryckningar i extremiteterna. Temp rektalt 40,1°. Får 5 mg Stesolid och 150 mg Alvedon rektalt. Försätter småkrampa trots Stesolid och får efter cirka 10 min ytterligare 5 mg Stesolid rektalt. Vaknar till mer mot slutet av transporten. Rosslig andning.

Status

At Vaken men tystlåten, tittar omkring sig. Fin färg. Saturation 99 %, sjunker sedan till 87-88%, stiger efter syrgastillförsel. Hostar och har snuva.

Temp 38,8 °C

MoS Retningsfritt

Ytl gll Små adeniter submandibulärt

Öron Vä trh rodnad, förtjockad, ej buktande, utan reflex. Hö trh pärlgrå med normal reflex.

Hjärta RR. Inga biljud. Frekvens 200.

Lungor Normala andningsljud. Inga biljud. Andningsfrekvens 50. Inga indragningar.

Buk Mjuk och oöm. Inga palpabla resistenser

Nerv Inga spår av trauma i skalpen. Ej nackstyv. Pupillerna runda och likstora och reagerar u.a. för ljus. Lika tonus i kroppshalvorna. Babinski saknas bilat (drar kraftfullt åt sig foten).

PBD (Skriv i rutan på nästa sida)

PBD 3 Köra SBAR?

Således en 2 årig flicka som inkommer med kramper, 1 dags anamnes på hosta och feber. Hereditet för På akuten cyanotisk och syrgaskrävande. Kramperna avtar efter 2 doser Stesolid. Bedömes som en första gångens feberkramp, komplicerad pga ögondeviation och duration. Inlägges för observation eftersom hon är kardiorespiratoriskt påverkad. Skickar remiss till barnneurologen för EEG och epilepsiutredning?

Eller:

2-årig flicka, tidigare sjd pneumoni x 4, utreds på lung/allergi. Under gårdagen hosta, idag på morgonen feber och långdraget krampande med cyanos. På akuten syrgaskrävande, takypnoisk.

Inläggs på avdelning. Ordinerar provtagning CRP, blodstatus, blodgas. Rtg pulm. Pneumoni, viral/bakteriell med feberkramp? Remiss till barnneurolog pga atypisk feberkramp?

PBD 4 (5p)

Pediatriskt fall

Kontaktsak 2½ månad gammal pojke som inkommer till Sachsska pga feber

Soc: Hel familj, första barnet. Inneboende hos vänner. Ingen egen lägenhet.

Tid sjd Vid 1 månads ålder inlagd ALB i sex dagar pga oklar infektion. Skall ha visat växt av bakterier i blodet enligt pappa.

Aktuellt: Varit allmänt gnällig och hängig sedan två dagar. Idag känts varm och man tar tempen först fram till kvällen som då visar 39.9 C. Man kontaktar Vårdguiden som rekommenderar dem att söka. Inte kräkts. Ätit ganska hyfsat under dagen. Väldigt skrikig nu på kvällen. Matas på flaska 70-90 ml per gång.

Status

AT: Lite blek och lätt marmorerad gosse. 40C. Lite kall om händer och fötter. Kapillär återfyllnad 2 sek. Väldigt skrikig och irritabel initialt. Fontanellen spänd då han skriker men när gossen lugnar sig sjunker fontanellen in. Dock fortsatt lättirriterad och skrikig.

MoS Ua.

Öron Ej undersökta.
Lgl Ua på halsen.
Hjärta Normal rytm. Frekvens 170 – 180. Inga biljud.
Lungor Normala andningsljud. Andningsfrekvens 70. O2 saturation 96-99%.
Buk Mjuk, inga patologiska resistenser.
Perifera pulsar Palperas ua fylliga i ljumsken.
BT 80/40mm Hg.
Lab Snabb-CRP 250 mg/l.
PBD (Skriv i rutan på nästa sida)

PBD 4

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2,5 månader gammal gosse, gnällig och hängig sedan 2 dagar, idag feber 39,9C. På akuten irritabel, takykard och takypnoisk. Tecken till nedsatt perifer cirkulation. CRP 250 mg/l. Begynnande sepsis? Meningit? Ordinerar blodstatus, blodgas, CRP, odling blod, urin, npH. LP. Påbörjar chockbehandling. IV antibiotika (Cefotaxim + ampicillin). Inläggning med kontinuerlig övervakning.

2010-11-30

GYN

1. En 53-årig frisk kvinna söker vårdcentralen p g a svettningar, blodvallningar och sömnstörningar sedan ett halv år tillbaka. (3p)
 - a) Menstruationen har blivit glesare men inte upphört. Hon blöder 3-4/35-42 dagar. Ge förslag på behandling.
 - b) Samma symptom som ovan, men hon har inga blödningar sedan 3 år.
 - c) Samma symptom som ovan, men inga blödningar sedan 10 år sedan eftersom patienten genomgått hysterektomi. Ge behandlingsförslag

Generellt gäller väl att man inte är så pigg på att ge HRT längre pga ökad risk för trombos, AML, bröstca, demens etc. Den enda godkända indikationen är svåra flush-symptom. Sömn förbättras också avsevärt. Ska man rå på flush-besvären är det dock HRT som gäller. För att undvika endometrieca ger man östrogen i kombination med gestagen, men om man har genomgått hysterektomi behövs inte det.

Alltså:

- a) Om behov av beh, sekventierad behandling för att blödning östrogen + gestagen*
 - b) Om beh, kontinuerlig beh östrogen + gestagen*
 - c) om beh, endast östrogen*
- bibehålla*

2. Nämn 4 faktorer som kan bidra till utvecklingen av urininkontinens (2p)

Övervikt, rökning, ålder, barnafödande, hereditet, hysterektomi, diabetes, operation i lilla

bäckenet, långvarig obstipation

3. Du har framför dig en patient med polycystiskt ovarialsyndrom. Hon är i övrigt frisk och besvärsfri. Hur behandlar du lämpligen om: (4p)

a) Kvinnan är 21 år, har glesa och rikliga menstruationer, ingen graviditetsönskan, BMI 24?

Kronisk östrogenpåverkan leder till hyperplasi av endometriet och utan progesteronaktiviteten stöts inte endometriet av vilket ger upphov till glesa och rikliga menstruationer. Om behov av behandling, antigen p-piller eller cykliskt gestagen.

b) Kvinnan är 24 år, har amenorré och graviditetsönskan, BMI 32, (spermaanalys och tubarfunktion förutsätts normala)?

Viktreduktion, i andra hand ovulationsstimulering (klomifencitrat) och sedan IVF

c) Kvinnan 43 år, BMI 25, och en nyligen företagen abrasio visat hyperplasi utan atypi i endometriet?

Cykliskt gestagen

4. En 62-årig postmenopausal kvinna söker p g a illaluktande fluor från vagina. Vilken diagnos bör du ha i åtanke? (1p)

??? Kan röra sig om atrofisk vulvit kanske?

Hmmm.. Menopause -> østrogenmangel -> atrofiske slimhinner -> nedsatt resistens mot infektioner. Så det er hos postmenopausale sannsynlig med en type vulvovaginitt.

Illaluktende utflod i dette tilfellet tyder på en vaginitt med anaerobe bakterier - bakteriell vaginose? Bra resonemang, men är det inte väldigt ovanligt med BV hos post-menopausala kvinnor. Känns som om det är något lurt med den här frågan...

Låter dock som en klockren atrofisk kolpit anamnestiskt. Utesluta malignitet mtp åldern.

5. En 46-årig kvinna med oregelbundna menstruationer det senaste året söker på KK pga riklig blödning sedan 3veckor efter föregående blödningsuppehåll i drygt 2 månader.

Endometriebiopsi utfördes, PAD visar MHC. (3p)

a) Vad står MHC för?

Metropathia haemorrhagica cystica

b) Vad är orsaken till denna diagnos?

anovulation

c) Föreslå lämpligt behandling.

Cyklokapron, cykliskt gestagen, skrapning

6. Vid mola hydatidosa kan man ibland se kraftig cystbildning i ovarierna. Vad kallas dessa cystor och varför uppstår de? Vilka åtgärder vidtar du? (2p)

Tekaluteincystor? (en typ av corpus luteumcysta)

Ta S-hCG och lungröntgen, gör vacuumaspiration för att få ut molan. Följ upp pat med nya hCG (perfekt tumörmarkör) var 14:e dag tills det är negativt, därefter en gång per månad upp till sex månader och sedan varannan månad upp till ett år. Avråd från graviditet minst 6 mån framöver.

Källa: Läkartidningen nr 16, 2005

7. a) Till och med utgången av vilken graviditetsvecka har en kvinna bosatt i Sverige rätt att få legal abort? (2p) *v.18 och om särskilda skäl tom v.22 (kräver tillstånd från socialstyrelsen)*

b) Från vilken graviditetsvecka rekommenderas samtal med kurator? (1p)

Alltid, men obligatoriskt från vecka 12

c) Vilka abortmetoder används t o m v 12? (1p)

Medicinsk behandling eller exceres.

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

a) Excrecenser, septa

b) Vätska i buken, orörliga förhållanden

- c) Solida partier
- d) Ekofri cysta > 8 cm

Alla!

-kommentar: Hmmm... gjelder dette också för pkt d? Enl läkartidningens ABC om ovarialcystor så ska cystan tas bort om den är över 5 cm stor (även om den är ekofri). Men det kan kanske skilja sig åt från sjukhus till sjukhus?

9. En 26 årig I para med graviditetslängd 34+0 kommer till förlossningen p.g.a kontraktioner var tredje minut. Vid palpation finner du att cervix är utplånad och yttre modernunnen är öppen 6 cm. Under värk känns en spänd buktande hinnblåsa.

a) Vilken fas av förlossningen befinner sig patienten i? (1p)

Öppningsfas/Latensfas (vattnet har inte gått än) Öppningsfas/Aktiv fas! ¾ räcker (hos en hel del går inte vattnet förrän alldeles i slutet)

b) Nämn två viktiga åtgärder, som Du vidtar (2p)

Koppla CTG, abdominellt ULJ. BT, U-sticka, temp.

10. En 28 årig förstföderska har haft flera herpesinfektioner under de senaste åren. Hon kommer till dig på MVC i v.32 och berättar att hon har haft åtminstone fem herpesskov under graviditeten. Hon är orolig för att barnet kan ta skada och undrar om någon speciell åtgärd skall vidtagas under graviditeten. Vad ger du henne för information? (2p)

Risken för att smittan ska överföras till barnet är främst under förlossningen, ssk vid skador på huden som vid skalpelektrod eller sugklocka. Ställningstagande till förlossningssätt när förlossningen börjar närma sig. Vid reaktiverad HSV är dock risken för smitta mindre (1/5000) än vid primärinfektion (30-40% smittoöverföring), och barnet har dessutom fått AK från mamma som skydd.

Profylaktiskt aciclovirbehandling.

11. En förstföderska önskar planerat kejsarsnitt, då hon tror att detta är säkrare än vaginal förlossning.

a) Nämn två relativt vanliga komplikationer som ses i ökad utsträckning vid efterföljande graviditeter hos kvinnor som har genomgått kejsarsnitt (2p)

Ablatio placentae, placenta previa (uterusruptur och placenta accreta är allvarligt men relativt ovanligt)

b) Nämn en vanlig komplikation hos det nyfödda barnet, som ses i ökad utsträckning efter planerat kejsarsnitt (1p) *PAS*

Vad står det för? Pulmonell...? Pulmonell adaptationsstörning

12. En icke gravid kvinna med Levaxinbehandlad hypotyreoos kommer till dig på VC. Hon står på Levaxin 0.05 mg dagligen (låg dos) och planerar graviditet. Hon undrar om hon skall tänka på något speciellt när hon blir gravid och om hennes sjukdom kan påverka graviditeten. Vilken information ger du henne? (2p)

Thyroxinbehovet ökar 25-50% under graviditet. Anbefales kontroll av TSH/T4 hver 4-6 vecka. Hon ska skrivas in i specialistmödravården.

13. En förstföderska inkommer till förlossningen p.g.a. värkar i fullgången tid. Blodtryck 145/95 mm Hg, protein 2+ vid inkomsten. Föder barn 16 timmar senare. En smärre perinealbristning sutureras av barnmorska. Placenta är fullständig och uterus drar ihop sig väl. Patienten fortsätter dock att blöda mer än normalt och en timme efter partus har hon blött cirka 1.5 liter.

a) Vilken diagnos sätter du vid inkomsten? (1p) *Preeklampsi*

b) Vad misstänker du är orsaken till blödnigen? (1p) *Koagulationsrubbnig.*

HELLP syndrom (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets)

c) Vill du ta några prover och i så fall vilka? (1p) *Blodstatus, leverstatus, koagulationsprover, urat mer??*

14. En omföderska med två förtidsbörder i veckorna 32 och 29 i anamnesen inkommer till förlossningsavdelningen i vecka 28 med sammandragningar sedan en timme. Nämn två undersökningar eller prover som kan uppskatta risken för ny förtidsbörd. (2p)

fetalt fibronectin (vaginal swab), cervix längde, (BISHOP-score, [can be remembered with mnemonic: Call PEDS = Cervical Position, Effacement (utplåning), Dilation, Softness; Fetal Station])

15. På MVC frågar barnmorskan om en omföderska i v. 34. Hon är osäker över vad som är föregående fosterdel, men tror att det är ett säte. Vilken information ger du henne? (1p)

Ungen har inte fixerat sig riktigt ännu, ny palp om någon vecka. Eventuellt måste yttre vändning göras innan vattenavgång (görs runt v.37-v38). Om misslyckas → sectio

16. Du är akutjour på barnakuten en torsdagkväll. Med ambulans kommer en 16-åriga Frida som är ledsen och luktar sprit. Enligt bästa kompis som har larmat ambulansen har Frida SMS:at tidigare ikväll att hon inte längre vill leva. Frida, som är vaken och svarar på tilltal, berättar att hon för ungefär fyra timmar sedan tagit en massa värktabletter hon köpt på ICA och sköljt ned det med sprit från en dunk som pappa köpt av en kompis.

a) När du har förvässat dig om att ABC är ok ordinerar du intoxikationsprover från infarten som ambulansen satt. Vilka substanser är de viktigaste att fråga efter i det här läget (ange 4 st)? (1p)

Paracetamol, etanol, metanol, ASA

(något annat är ju svårt att köpa på ICA, men en u-tox kan man ju köra. Lite andningsberedskap om det är benz och alk tex.)

b) För en av värktabletterna finns det en antidot. Vilken, och varför är det viktigt att så snart som möjligt sätta in behandlingen? (1p)

Acetylcystein, motverkar leverskador om den ges innan allt paracetamol har hunnits bryta ned.

c) Utöver bakjouren kan andra kontakter behöva tas? Vilka? Minst två. (1p)

BUP, soc, föräldrar?

17. Olle 13 månader söker tillsammans med sin far pga voluminösa kräkningar och diarréer sedan 3 dygn tillbaka. Enligt far har det varit hopplöst att få i Olle vare sig mat eller dryck och han är osäker på när Olle kissade senast. Vid 12-månaderskontrollen vägde Olle 11,4 kg och vid inskrivning på akuten idag 10,3 kg. Pappa är orolig och tycker inte att Olle är sig lik. Du möts av en arg och missnöjd gosse som skriker efter att få något att dricka.

a) Vilket tillstånd är det viktigt att ha i åtanke hos små barn med gastroenterit? (1p)

Hyperton dehydrering

b) Vad i anamnesen kan tala för detta, nämn 3 saker? (1p)

Törst, irritabilitet, inte sig lik

(viktnedgång beror troligare på svält än dehydrering enligt Ped. sid 213)

c) Vilket enkelt test kan användas för att ställa diagnosen och vad visar det? (1p)

Hypernatremi. Na >150 mmol/l eller Cl >115 mmol/l.

Tar man det venöst direkt eller börjar man med en blodgas med elektrolytanalys? Smidigast med blodgasanalys, kan tas kapillärt och går dessutom snabbt.

d) Om detta test talar för diagnosen, hur ska då behandlingen läggas upp? Vad kan hända om man missar att detta tillstånd föreligger? (2p)

Långsam uppvättskning för att förhindra hjärnødem.

Enligt uppsala-kompndiet: 5% glukos + 30Na + 40K 4 ml/kg/h i 4h. Därefter fortsatt uppvättskning enligt schema. Följ Na så att det inte sjunker för hastigt. Inte snabbare än 36h

enligt Huddinge vätskebalansseminarie:

1. rehydrera: 5% av kroppsvikt på 4 timmar med Ringeracatat (som vid vanlig dehydrering)

2. Underhållsdropp: ge 1,5x tabellvärde + 10% av kroppsvikt under 36 timmar av 5 %glukos

80 Na + 40 K intravenöst.

18. I motsats till vuxna är kramper sällan ett debutsymptom på hjärntumör hos barn.

a) Vilken är den enkla förklaringen? (1p) *Eftersom barnhjärntumörer ofta lokaliseras infratentoriellt.*

b) Ange tre symtom som istället är vanliga vid hjärntumör hos barn. (1p)

Huvudvärk, kräkningar och trötthet är de klassiska symtomen men mer diffusa symtom är också vanliga. Skolbarn kan drabbas av trötthet, försämrade skolprestationer, personlighetsförändring och återkommande huvudvärk. Hos småbarn kan symtom som irritation, svårigheter att äta och sen utveckling förekomma. Även ataxi/balansproblem och abducensparens kan förekomma.

www.barncancerfonden.se

19. Du träffar på akuttid Erik som är 3 år. Han har haft feber i tre till fyra dagar och haltar. Han gnäller och protesterar när man klämmer på foten. Foten är något svullen ovanför malleolen på medialsidan och är diffust öm när du undersöker och Emil protesterar. Vill ej gå på foten, men kan stå utan att stödja fullt ut. Inget känt trauma. Akuta lab-prover visar LPK 14, TPK 280, CRP 65. Du röntgar fot, underben. Undersökningen är helt u a. Du ringer barnkirurg som föreslår fortsatt utredning

Vad tror du kirurgen föreslår för

a) Diagnos (1p) *Kan det vara en luring så man ska tänka på coxitis simplex? Foten är visserligen svullen, men det kanske är höften som är problemet, det är ju ett litet barn? osteomyelit pga hematogent spridda bakt som fastnat i rörbensmetafysen? Skulle man kunna misstänka systemisk JIA? Men inget exanthem..*

b) Undersökningar (2 st) (1p) *UL höft och fotled? ledpunktion med odling?*

20. Sara, 9 år, en svensk flicka, söker för buksmärta. Smärtorna är lokaliserade nedanför arcus på hö sida. Smärtan är ganska intensiv och kom efter att hon ätit ett mål på McDonalds. Status: Blek, smärtpåverkad, afebril, viss ikterus i ögonen. Buk: ömmar nedanför arcus på hö sida i medioklavikularlinjen. Till vä under arcus känns en palpabel förändring ca 3 cm nedanför arcus åt flanken. Du kollar ett enkelt blodstatus som visar Hb 75g/l, bilirubin 52, Vita 9,6, neutrofiler 5,4, lymfocyter 2,2. tpk 225.

a) Vad misstänker du för orsak till anemin? (1p) *Hereditär sfärocytos.*

b) Vilka frågor vill du komplettera med? (1p) *Hereditet? Andra symtom? Tidigare frisk?*

c) Vad är trolig orsak till buksmärta? (1p) *Gallsten pga. högt bilirubin.*

21. Ett fosterhemsplacerat 4-månaders barn kommer med fostermor och hennes sambo till akuten. Fostermodern misstänker att sambon "slagit" eller åtminstone varit hårdhänt då pojken varit skrikig sista tiden. Sambon tycker det är "larvigt" att behöva läggas in på avdelning och vill ta med sig pojken hem. Vid en snabb undersökning finner du inget anmärkningsvärt förutom ett par bandformade blåmärken 6 x 3-4 cm (olika ålder på ryggen).

a) Hur hanterar du som jour sambons krav att lämna avdelningen med barnet? (1p)

Sambon är välkommen att lämna sjukhuset, men barnet stannar.

b) Behövs fler undersökningar än "yttre" somatiskt status? I så fall vilka? (1p)

Ja, ett skrikigt barn i den här åldern kan ha utsatts för "shaken baby syndrome". I så fall skall en akut CT hjärna göras (för att påvisa och datera blödningar och hjärnskada), Rtg-thorax (för att påvisa revbensfrakturer) samt en ögenbottenundersökning. Koagulationsprover kan väl också vara bra. Källa: Ped. sid 570.

Helkroppsröntg om misstanke om misshandel? JA!

22. "Mediastinalvandring" är röntgenologens beskrivning av det man ser i genomlysning vid främmande kropp i luftvägarna. Uttrycket är en aning missvisande då mediastinum inte "vandrar" utan åker fram och tillbaka vid andningen (eg. mediastinal pendling). Förklara hur

detta fenomen uppstår. (2p)

Den främmande kroppen ockluderar en luftväg (oftast höger huvudbronk eller strax nedan, pga vinkel efter carina) vilket gör att den lungan (delen av lungan) inte ventileras. Vid inandning fylls den andra lungan och pressar mediastinum mot den icke-ventilerade och sammanfallna lungan, vilket syns vid röntgengenomlysning.

Kommentar: Jag har hittat att den mediastinala vandrigen sker vid expiration, den obstruerade bronken är konstant luftfylld och vandrigen sker mot den friska sidan som tömmer sig på luft. Källa från: "Fremmedlegemer hos barn.ppt" (finns på google.com)

23. Vid anafylaktisk reaktion (ex bi-/getingstick) är goda råd dyra och kräver prompt behandling. Vilken farmakologisk behandling måste du först ge förutom alla andra stödjande insatser med vätska, sänkt huvudända, O₂, ringa narkos etc? (2p)

Adrenalin 0.01mg/kg (1mg/ml) ges i.m., kan upprepas var 5-10 min.

Källa: internetmedicin.se

24. Förklara i hemodynamiska termer varför ett barn med Fallot's tetrad (hög VSD med överridande aorta ofta tät pulmonalisstenos) blir cyanotiska medan enbart en VSD inte uppvisar cyanos. (2p)

Fallot innebär en utflödesobstruktion från höger kammare med ökat tryck i höger kammare och en höger-vänster shunt genom VSD, som leder till minskad lungcirkulation och cyanos. Enbart VSD ger en vänster-högershunt med ökad lungcirkulation och därför säkerställd saturering - avsaknad av cyanos. Källa: Ped. sid 378

25. Dåligt eller uteblivet kliniskt svar på antibiotikabehandling vid pyelonefrit kan ha principiellt två olika orsaker. Vilka? (2p)

fel antibiotika/resistenta bakt. Dålig genomblödning av njurar pga dehydrering?

26. Hur kommer det sig att en betydande andel av de barn som föds med ventrikelseptumdefekt inte diagnosticeras på BB (där de ju undersöks av barnläkare), utan tillståndet upptäcks först på BVC (ofta av läkare som inte är väldigt vana att lyssna på barns hjärtan)? Extra poäng för klar och kortfattad förklaring! (2p)

På BB är ductus arteriosus fortfarande öppen och lungresistensen hög - liten om någon shunt genom VSD. På BVC har ductus slutits och lungresistensen sjunkit vilket ger en vänster-högershunt som hörs som ett blåsljud.

27. Varför har barn, till skillnad från vuxna, ofta ketonuri när de har en akut infektion? Kort och ändå uttömmande förklaring ger extra poäng! (2p)

Är det för att de har mindre glykogenförråd och snabbare måste övergå till anaerob metabolism vid ökad metabolism? JA De gör snabbt slut på sina reserver och hamnar snabbt i "svältacidos" vid ex gastroenterit.

28. Beskriv kort två sätt (patofysiologiska mekanismer) på vilka diabetes typ 1 kan framkalla kräkningar hos ett barn med den sjukdomen (att tänka på innan Du misstänker infektiös orsak!)? (2p)

29. Erik är 4 år och har enligt modern alldeles för sällan avföring – högst 2 ggr per vecka. Avföringen är då också oftast hård. När han känner att han behöver bajsa skriker han ofta som om han hade ont.

a) Ange en vanlig orsak till Eriks besvär och beskriv hur du vill utreda/behandla honom! (1p)
Vanligt att barnet undviker att gå på toaletten eftersom det gör ont, äter för lite fibrer, dricker för lite. Inspektion och rektalpalpation, fråga om matvanor, ta transglutaminasantikroppar. Ge råd om mer fibrer och vätska, prova movicol junior? Analfissur också?

b) Detta problem kan ibland vara sekundärt till andra tillstånd, vilka? Ange två! (1 p)

Celiaki är den vanligaste underliggande sjukdomen. Komjölksallergi kan också ge förstoppning. Källa: Ped. sid 216

Kommentar: komjölksallergi är dock vanligast i ålder 0-2 år och brukar växa bort. Skulle snarare säga analfissur som orsak till att det gör ont när han bajsar.

30. Lisa 13 år söker för kortvuxenhet. Hon väger 32 kg och är 138 cm lång. Hennes flickkompisar har vuxit förbi henne. Fadern är 180 cm lång och modern 158. Vid undersökning finner Du flickan symmetrisk, liten för åldern med tydlig, begynnande bröstutveckling (B2) men ingen pubesbehåring än (PH1). Thyreoideaprover, S-kreatinin och kromosomanalys normala resultat. Rtg handskelett: Motsvarande 10 års ålder.

a) Komplettera anamnesen med åtminstone två i sammanhanget mycket relevanta frågor? (1p)

När kom föräldrarna i puberteten (ålder för mammans menarke)?

Finns äldre syskon, när kom de i puberteten isf?

(Har pat nått menarke? -högst osannolikt)

b) Komplettera tillväxtkurvan på nästa sida med Lisas längd-/viktuppgifter samt aktuella pubertetsutveckling! Fyll även i föräldrarnas längduppgifter på rätt ställe i formuläret samt räkna ut Lisas target high! (2p)

Target height: $(180+158-13)/2 = 162,5 \text{ cm}$

c) Vilken är den bästa förklaringen till Lisas kortvuxenhet? (1p)

Statistiskt sett sen pubertet.

Sista delen av tentan innehåller fyra PBD-frågor. Läs journalanteckningen till respektive PBD-fall noga.

En preliminär bedömning i patientjournalen (PBD) bör innehålla en medicinsk tolkning av det allra viktigaste i anamnes och status, inklusive akut besvarade labprover av stor betydelse för bedömningen (så långt 1p) och, om behövt, ett kort diff-diagnostiskt resonemang samt en arbetsdiagnos (2p). Några icke-akuta prover, som kan föra utredningen framåt, kan föreslås. Instruktioner ska finnas om den omedelbara behandling som ska ges, inklusive övervakningsåtgärder på avd (1p). (Detaljerade läkemedelsordinationer behöver inte vara med, de förs ju in i läkemedelsmodulen.)

PBD ska vara kort men ändå uttömmande och dessutom klart formulerat, så att det verkligen blir till ledning för vården och den fortsatta utredningen av patienten på avdelningen. (1p)

Tänk dig att du skriver som läkare, med adress till sjuksköterskorna och andra läkare.

Telegramstil får användas, såvida detta inte går ut över begripligheten.

Skriv din PBD inom ramen som följer efter journalanteckningen!

PBD 1 (5p)

Obstetriskt PBD-fall 770314

Sökorsak Inkommer den 22/7 2008 i graviditetsvecka 29+5 pga blödning.

Hereditet: Pappa har högt blodtryck.

Socialt: Arbetar på gatukök. Gift. Mannen är snickare. Rökare men försöker sluta. Röker bara någon cigarett per dag under graviditeten.

Tidigare sjukdomar Appendectomerad 1990.

Obstetriskt /gynekologiskt 3 grav med leg abort 2001, med abort och fick skrapas igen efter 3 veckor.

Akut kejsarsnitt 2006. Kom in med vattenavgång i graviditetsvecka 41. Värkarna kom igång efter några timmar men det öppnade sig inte mer än till 3 cm, Efter ett dygn blev det akut kejsarsnitt. Barnet vägde 3700.

Mådde bra efteråt. Helt inställd på vaginal förlossning denna gång. Vill gärna ha fler barn.

Aktuellt Nu gravid med SM 071226. Ingångsvikt 67 kg (165 cm lång) sista vikt på MVC 82 kg. Serumglukos icke fastande mellan 5 och 7. Hb sista kontrollen 112. Inkommer nu med en liten

vaginal blödning. Litet obehag nedtill i buken, men inga värkar.
Allergi Skaldjur och fisk
Mediciner: Tavegyl vb
Status
At Opåverkad. Afebril.
Buk Kanske lite ömhet över uterus, Ingen ömhet fö över buken.
BT 110/70
SPU Cervix slutet. Mörk blödning ur cervix, blöder som en mens.
Kod:
PBD 1

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PBD 2 (5p)

Gynekologiskt PBD-fall 830703
Sökorsak Inkommer akut den 24/11 pga buksmärtor
Socialt Säljare. Ny partner sedan en månad.
Tidigare sjukdomar Tonsillektomerad som barn. Ofta öroninflammationer som barn. Astma.
Obstetriskt, gynekologiskt 1 grav med abort 2009. Använt p-piller i omgångar sedan 20-årsåldern. Menarche vid 12 års ålder. Regelbundna menstruationer typ 5/28. SM 23/11.
Sedan 23/11 buksmärtor. Smärtorna började smygande på eftermiddagen i övre delen av buken och flyttade sig sedan nedåt. Lätt illamående, ingen kräkning. Avföring igår ua.
Grundsmärta som finns hela tiden och sedan accentuerad med korta attacker av en minuts duration. Inga miktionsbesvär. Inga flytningar.
Allergi: Pollen
Mediciner: Becotide vb. Lomudal nasal vb.
Status 24/11 kl 1600
Temp 38 grader.
At Litet lätt påverkad.
Cor/ pulm: Fys ua
BT: 110/80, puls 88
Buk: Ömmar diffust i hela buken, ingen défense, mest ömhet nedtill över medellinjen. Ingen stötömhet över galla eller njurar.
Gynstatus: VVP pågående mörk måttlig blödning. Uterus normalstor, afl, lätt ömmande även vid ruckning. Ömmar till hö men ingen defense. Något mindre ömhet till vä.
Vaginalt ultraljud: Sparsamt med urin i blåsan. Uterus normalstor med en slemhinna på 6 mm. Bilat normala ovarier med en liten uppkläring på höger sida på 15 mm med litet ekon i.
Liten mängd vätska i fossa Douglasi.
Lab: Hb 121, urinsticka 4+ för blod, CPR 40. Gravtest neg.

PBD 2

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

PBD 3 (5p)

Pediatriskt PBD-fall

Sökorsak 14 årig flicka inkommer till barnakuten pga feber

Hereditet Inga blodsjukdomar i släkten, mormor någon form av ledsjukdom.

Socialt Går i 8e klass. Gymnastik på fritiden. Föräldrarna samboende. Två yngre syskon.

Tid sjukdomar Aldrig sjukhusvårdad.

Aktuellt Hög feber >39 i en vecka, inga luftvägssymtom eller andra lokala infektionstecken.

Ont i ögonen och lår samt armar o rygg. Haft diffus ledvärk armbågar, handleder sedan några veckor. Varit trött och hängig sedan minst en månad. Hade en feberepisod för tre veckor sedan utan luftvägssymtom som gick över spontant.

Menarche för 8 mån sedan. SM 2 v sedan, ej slutat. Riklig.

Epidemiologi Ingen sjuk i familjen eller omgivningen.

Status:

At Blek, trött, temp 38,9. Ingen nackstyvhet, i övr opåverkad. Ingen konjunktivit.

MoS Tonsiller u a.

Ytl Igll U a på rutinstationer.

Hjärta Normal rytm. Frekvens 86. Inga hörbara biljud.

Lungor Normala andningsljud, normala lunggränser. Inga biljud.

Buk Inga patologiska resistenser, inga organförstoringar. Mjuk.

Ledstatus Inga aktuella synoviter eller artriter. Diffus och lite osäker palpömheter på de uppgivna smärtsamma ställena.

Lab på akuten Urinsticka u a. CRP 44. Hb 61 g/l, tpk 60, lpk 2,8.

PBD 3

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PBD 4 (5p)

Pediatriskt PBD-fall 100530.

Söksorsak Inkommer 101117 pga viktnedgång /uppfödningssvårigheter

Ärftlighet Oklar allergi hos far.

Socialt Första barnet till sammanboende föräldrar.

Grav-/nyföddhetsperiod Normal graviditet som avslutades med igångsättning och akut snitt p g a preeklampsi hos modern. Barnet mår bra. FV 4170g. Helammad från start, aldrig fått tillägg.

Tid /nuv sjukdomar Har haft vad man tolkat som magont och gaser sedan födseln. Varit skrikig på kvällar och nätter, fått Minifom och Sempers magdroppar utan egentlig effekt, men man har ändå fortsatt. Har gått upp ordentligt i vikt under de första månaderna. Vid 2 mån ålder provade modern att hålla mjölkfritt i 2 v tid utan effekt. Har alltid kräkts mycket, tolkats som överskottskräkningar.

Distal penil hypospadi som kontrollerats på barnurologen, op-planerad till hösten 2011.

Aktuellt Successivt tilltagande besvär med skrikighet och svårigheter att amma, pojken börjar efter några minuter sparka och skrika och verkar få ont. Har tidigare dock fortsatt att äta och det har varit hanterbart, men de sista veckorna tar han hellre nappen än att fortsätta att dia.

Mor provar åter igen totalt mjölkfri kost sedan 10 dagar tillbaks men det har inte gjort

någon skillnad. Har varit mera generellt missnöjd senaste veckorna. Inga infektionstecken, ingen feber. Har avföring 1-flera ggr/dag, stora, vattniga, gulbruna avföringar, idag även slem. Möjligen har man tyckt att han kissar mindre i takt med att avföringarna blivit större. Har senaste månaden avstannat i viktuppgång och istället gått ner från toppnotering den 4 oktober på 7820 g till idag 7340 g.

Status

At Lite blek, blond. Protesterar kraftfullt vid undersökning. Är väldigt slapp och degig i hullet. Vikt 7340 g.

Kroppstemperatur 37,5 °C

Munhåla och svalg Retningsfritt.

Öron Bilat u a.

Ytl Igll U a på hals och axillärt.

Hjärta RR, inga biljud.

Lungor Rena andningsljud, men undersöks under pågående skrik.

Buk Mjuk. Tycks oöm. Ingen organförstoring, inga resistenser.

Yttre genitalia

Distal hypospadi, testes på plats.

Nervsystem Fontanell u a. God tonus. Fina gripreflexer. Moro saknas.

PBD

4.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Formulera PBD som du skulle skriva i rollen som läkare, dvs en sammanfattning, värdering och tolkning av anamnes och status, vilken gagnar den vidare handläggningen av patienten. Avstå alltså från uppvisning av dina kunskaper om alla tänkbara möjligheter! Observera att det rör sig om autentiska fall, så det finns ingen dold avsikt bakom texten, som att patienten "ska ha" någon viss sjukdom. Däremot finns det förstås kloka och mindre kloka förslag om diff-diagnoser och fortsatt handläggning - precis som i verkligheten alltså! Kort men ändå uttömmande formulering ger ett poäng extra.
Lycka till!

2010-05-06

1. En 24 årig 0-gravida med juvenil diabetes sedan 10 år önskar bli gravid och har en del funderingar kring risker.

a) Varför är det viktigt att planera graviditeten för diabetiker? (1p)

Ökad risk (progress diabetesretinopati & nefropati) . Insulinresistensen ökar. Ökad risk för missbildningar om hyperglykemi. Alltså viktigt att planera och ha god kontroll innan grav.

b) Hur påverkar graviditeten insulinbehovet? (1p)

Ökat insulinbehov, blodsocker mer svårstyr. Måltidsinsulin ist.

c) Nämn två graviditetskomplikationer som är överrepresenterade hos diabetiker. (1p) PE, IUFD, Missbildningar, LGA-barn och SGA-barn samt plexusskada. Bilirubinstegring hos nyfödda barnet.

2. I samband med en omsorgsfull bukpalpation för att fastställa fosterläget i vecka 37 blir patienten yr i huvudet och illamående.

a). Vad är den sannolikaste orsaken till detta? (1p)

Vena-cava syndrom, dåligt återförde till hjärtat pga tjock bebis som komprimerar

b) Vilken åtgärd vidtar du? (1 p)

Sätt pat upp (eller kanske lägg i vänster sidoläge?)

3. En 35 årig förstföderska behandlas med fenytoin (Fenantoïn®) p.g.a epilepsi sedan 10 år. Väsentligen krampfri sedan hon började medicinera. Hon kommer till dig på MVC i graviditetsvecka 12. Hon undrar om hon skall fortsätta med sin medicinering. Vad svarar du henne? Motivera svaret! (2p) Ja, mkt farligt med status under grav. Graviditet i sig ger ökad EP risk. Monoterapi bör eftersträvas, Folsyra viktigt, helst innan konception också, Vit-K under sista trimestern för att motverka ökad blödningsbenägenhet hos ungen. Från obetrikboken s 460. Kontakt med neurolog om ändring av preparat/dos

4. En 27 årig förstföderska med en normal graviditet kommer till förlossningsavdelningen två veckor före beräknad förlossningsdag. Hon har kraftiga kontraktioner som kommer varannan till var tredje minut. Vid undersökningen känner du att det är tomt i bäckeningången och att barnets huvud ligger i höger flank. I samband med undersökningen går fostervattnet.

a) Vad kallas detta fosterläge? (1p)

Tvårläge

b) Vilken är risken vid vattenavgång i detta fall? (1p)

Försummat tvårläge, arm och axel trycks ner i bäckeningången och kilar in sig.

c) Vilken åtgärd vidtar du? (1p)

Inte bra, akut sectio

5. En 24 årig förstföderska kommer till dig på MVC några dagar för beräknad förlossning. Graviditen har varit helt normal, men hon tycker att det känns tungt och jobbigt och undrar om man inte kan sätta igång förlossningen nu. Vad säger du till henne och varför? (2p)

6. På KK operationsprogram finner du följande

a) Wertheim op

Cervixcancer

b) Cerclage

Cervixinsuff

c) Konisering

Cellförändringar på cervix om kvarstående CIN

d) Manchesterplastik

Prolaps

Vilka olika sjukdomar lider respektive patient av? (2p)

7. Du är dagjour på akutmottagningen och tar emot en kvinna i 40-årsåldern som sedan ett

par dagar har märkt ett svullnad vid slidöppningen som gör att hon har svårt att sitta . Vid undersökningen finner du en knappt pingpongbollstor mycket ömmande, fluktuerande resistens till vä om vaginalöppningen.

a) Ge diagnosförslag (1p)

Infekterad bartholinicysta = Bartholinit

b) Ge åtgärdsförslag (1p)

Incision

8. Marianne 46 år söker akut på KK pga rikliga menstruationsblödningar. Hon blöder med koagler ett par dagar under menstruationen som kommer regelbundet .

a) Vilka undersökningar/prover är relevanta? (1,5p)

Hb, gynus, UL. Pap smear.

b) Nämn två sannolika orsaker till patientens besvär. (1p)

Myom, anovulatorisk blödning (MHC), perimenopaus.

c) Nämn två farmakologiska behandlingsalternativ. (1p)

Cyklokapron, Mirenaspiral (om myom), cykliskt gestagen (om MHC, eller perimenopaus)

9. Julia 22 år är ineliggande på gyn avdelningen och ska opereras pga mola. Hon har ej fått ordenligt information och hon har en del frågor till dig

a) Vad är mola? (1p)

Druvbörd, en trofoblasttumör som uppkommer vid graviditet

b) Hur skall hon följas upp?. (1p)

HcG var 14:e dag tills negativt, sedan glesare i 1 års tid. Ev lungrtg, vanlig metastaslokal.

Avvakta ny graviditet.

10. Vaccin mot cervixcancer kommer snart erbjudas flickor i svenska skolor.

a) Vilket virus skyddar vaccinet mot? (1p)

HPV (Gardasil skyddar även mot kondylom) (Gardasil - 6, 11, 16, 18 Cervarix bara 16 och 18)

b) Vad är annars idag den viktigaste strategin för att förhindra cervixcancer? (1p).

Screeningprogram med pap-smear var 3e år fr.o.m. 23 åå.

c) Från vilket epitel har den vanligaste cervixcancerformen sitt ursprung? (1p)

Skivepitel

11. a) Vilka två huvudtyper av inkontinens finns? (2p)

Trängning och ansträngning

b) Vilken är den viktigaste anamnestiska uppgiften för att särskilja dessa? (1p)

Vad är det för besvär man har? Svårt att hålla tätt vid belastning, eller bråttom till toan, annars kissar på sig? Eller så är det trängningar (trängnings-) / icke trängningar (ansträngnings), fast det säger ju sig själv?

12. En 36 årig kvinna söker p.g.a. illaluktande flytningar sedan ett par veckor. Hon har nyligen testat sig negativ mot klamydia.

a) Vilken diagnos misstänker Du? (1p)

BV

b) Vilka tre kriterier bör vara uppfyllda för att din arbetsdiagnos skall bekräftas? (1.5p)

- Clue cells i Wet smear (epitelialceller täckta med bakterier)

- Positivt snifftest (kaliumhydroxid)

- pH > 4,5

- snuskigt flour (grön-gult och homogent)

c) Hur behandlar Du? (1p)

Vagitorier, Metronidazol eller Dalacin

13. Emil 3 år, kommer med sina föräldrar till akuten för feber och hälla på hö ben. Hältan började för ett dygn sedan. Han har inte haft några infektionssymtom i övrigt. Status: temp

38,5. allmäntillstånd gott men vägrar att gå på hö ben. MoS, öron ua. Buk ua. Lungor ua. Inga ledsvullnader, pojken är svårundersökt och vill ej så gärna medverka till närmare undersökning av benen och höfterna. Du finner inget övrigt lokalt i status i hö ben. Vilka enkla prover vill du ta för att få klarhet i pojkens åkomma? Andra undersökningar? Nämn minst två diffdiagnoser till pojkens tillstånd som du vill få klarhet kring? (3p)

CRP/SR

Coxitis simplex - Ultraljud, vätska i höftleden

Perthes - Rtg höfter, caputdeformation. (Perthes kommer dock inte synas på rtg med en så kort anamnes. Syns först efter en vecka eller så.)

14. Till barnakuten inkommer Karin, 14 månader, efter att ha blivit " helt livlös". Föräldrarna är upprörda och trodde att hon skulle dö. Stina hade fått hög feber under dagen. Hon blev plötsligt okontaktbar, ögonen stirrade uppåt, hon ryckte i armar och ben under ca 1 minut. Hon var därefter slö en kort stund men har därefter gradvis piggat på sig och när du undersöker henne 1 timme senare är hon pigg och lättundersökt och leker när du undersöker henne. I status i övrigt finner du inget fokalt i öron, lungor, hals, lymfkörtlar. Ingen nackstyvhet. Temp 38,5 efter att hon fått Alvedon vid inkomsten.

Okej, och vem är Stina? - kanske hennes smeknamn... karin/stina - nära ju!

a) Vad har Karin drabbats av? (1p)

Feberkramp

b) Vilka kriterier gäller för att man skall kunna ställa den diagnosen? (1p)

- Feber > 38,5

- Symmetriska kramp, självbegränsande, snabb återhämtning

- Ålder 6 mån - 6 år

- Medvetslös (är detta verkligen ett kriterium?)

1. Ålder < 4år, 2. Feber, 3. Symmetrisk kramp, 4. Duration < 10 min, 5. Pigg efter krampen (A. Åhlin)

c) Rimlig diff diagnos? (1p)

Epilepsi

15. En 2 årig pojke kommer på remiss till barnläkarmottagningen för uppföljning av pneumoni. Han har nyligen legat inne på barnavdelning med en stor lobär pneumoni. Det tog flera dagar innan han blev bättre av Claforanbehandling och vårdades sammanlagt över en vecka. Blododling visade växt av pneumokocker. Då du penetrerar anamnesen visar det sig att han haft ytterligare en pneumoni 2 månader tidigare samt kanske två pneumonier till vid ca 1 års ålder men då togs ingen rtg. Han har också haft ethmoidit, samt dessutom vid två tillfällen rejäla lymfadeniter i käkvinklarna som han sjukhusvårdats för och fått iv antibiotika för. Han har fallit 1½ SD i vikt och ½ SD i längd sedan 1 års ålder.

a) Vad bör du fokusera din utredning på? (1p)

Immunbristutredning, blodstatus+diff, immunelfores (IgA, IgM, IgG), svetttest för CF

Immunbrist varningstecken:

•>5 otiter/år + perforation eller mastoidit

•>2 sinuiter/år

•Terapisvikt vid AB-behandling

•>2 pneumonier/år

•Spädbarn som inte växer enligt tillväxtkurva

•Recidiverande hud- och mjukdelsinfektioner + abscesser

•Oral eller kutan Candida

•Opportunistiska sjukdomar, ovanliga agens

•>2 osteomyelit/meningit/sepsis

•Känd primär immunbristsjukdom i familjen

b) Ange några undersökningar du bör göra. (1p)

Svetttest (CF)

16. Lisa 4 år kommer till barnakuten för hälla. Det visar sig att hon haft antydd hälla ca 10 dagar men det har tilltagit det senaste dygnet. Hon har också haft lätt svullnad av vä knä sedan ca 1 vecka, och svullnaden har också tilltagit de senaste dagarna. Hon har inte haft någon feber. Inga utslag. Status: normalutvecklad för åldern. Opåverkat allmäntillstånd. Temp 37,1. Går stapplande med vä sidig hälla. Hud inga utslag. Hjärta, Lungor, Buk ua. Ledstatus: Vä knä, hydrops, värmeökning. Ingen rodnad. Kan ej extendera fullt ut och markerar smärta med en diastas på 10 cm mellan skinka och hæl. Övrigt ledstatus ua, inga tecken på nedsatt funktion eller tecken på artrit.

Ange minst två ytterligare kompletterande anamnestiska frågor. Ange tänkbara diagnoser, minst två, samt en initial laboratorieutredning minst tre adekvata prover. (3p)

Fästing? Hereditet för ledsjuka? Kraftig infektion nyligen? Andra artrit tidigare? Hereditet? Borreliaartrit, - Borreliaserologi

Början till en JIA (juvenil idiopatisk artrit) → CRP, SR, Blodstatus+diff, ANA, RF (CCP ak istället?)

Osteomyelit ?? (ingen feber, lång duration och opåverkat AT talar dock emot osteomyelit)

Om ANA+ måste man tänka subklinisk inflammation ögon.

17. På BVC har sköterskan 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 gröngul i färgen, sclerae verkar dock ej gula. Status i övrigt är u a förutom att flickan har ett ganska sparsamt hull.

Behöver något mer göras eller kan man expektera? (2 p)

Prolongerad ikterus, troligtvis bröstmjölksinducerad ikterus då flickan är pigg och går upp i vikt, men lever/gallproblem bör väl rimligen uteslutas. Nedbrytning av fettsyror från amningen konkurrerar med nedbrytning av bilirubin, således högt okonjugerat om amningsikterus. Om gallstas oftast kittfärgad avföring.

Ta leverprover inkl konjugerat + okonjugerat bilirubin + ALP, GT och Hb.

Kommentar: Bröstmjölksinducerad ikterus är vanligast v2 ungefär. Har det gått fem veckor måste man tänka något mer "allvarligt". Gallvägsatresi bör uteslutas.

18. Sture är nio veckor gammal. Han föddes i en normal förlossning och allt har gått bra fram till för drygt två veckor sedan. Då började han flacka av i vikt trots att han åt så glupskt att han måste vila flera gånger under varje amning. Sköterskan har satt upp honom på en extrakontroll till dig på BVC av den anledningen. Till idag har han dock plötsligt på två dagar gått upp bra i vikt drygt 150g, men mamma säger att han trots detta äter sämre; "Det tar längre tid och han somnar nästan vid bröstet trots att han borde vara hungrig. Dessutom verkar han andfått även när han sover." I status hittar du en gosse med andningsfrekvens 65/min men inget annat än att levern är klart palpabel c:a 5 cm nedom arcus i medioklavikularlinjen. Hjärta och lungor auskulteras u a. Vilken är den rimligaste förklaringen till anamnesen och statusfynden? Hur handlägga på BVC? (2 p)

Hjärtsvikt (Takypne och indragningar, takykardi, venös stas med leverförstoring, uppfödningssvårigheter, nedsatt perifer cirkulation), pga ex en stor VSD som inte hörs. Om symptomatisk - in akut, annars snabb remiss till barnkardiolog. (Enl A Dahlström)

19. Du undersöker en tidigare frisk 4-årig flicka på mottagningen. Modern berättar att sedan drygt en månad har flickan klagat över huvudvärk. De senaste två veckorna har hon hållit huvudet något lutat åt sidan. De senaste dagarna har hon kräkts några gånger. Vilken diagnos misstänker Du? (2p)

Intrakraniell tryckstegring, ex hjärntumör

20. Vilka är de mest avancerade förmågor/beteenden man kan förvänta sig av ett 10 månader gammalt barn (3p)

a) finmotoriskt

Pincettgrepp, plockar smulor

b) grovmotoriskt

Reser sig och går utefter möbler eller går med stöd. Svårt att sätta sig ned.

c) psyko-socialt?

Talar och förstår enstaka ord ex "titta", "lampa". Vinkar adjö.

21. Varför kan nyfödda få kikhosta men knappast mässling (1p)

Tror att det beror på att mammas AK skyddar från mässling, men att kikhostans AK inte övergår till fostret/barnet ????

Tror snarare att det är att mammans ak går över i båda fallen med man screenar efter mäsling-ak på mvc så såna mammor "missas inte" vilket däremot mammor utan genomgången inf./vaccination för kikhosta gör. Man tar ju rubella, men tveksamt om man tar mässling verkligen?

Tas ej mässling-ak på MVC. Kikhoste-ak från mamman fungerar dåligt, mäsling-ak bättre. Bra, tack!

22. a) Hur lång är inkubationstiden för vattkoppor? (1p)

14-21 dagar (enl A Åhlin) 14-16 enl SMI

b) Hur länge (kliniskt kriterium) ska sjukdomen betraktas som smittosam? (1p)

Tills sista blåsan har torkat

23. Instruktioner

Beskriv kort men ändå uttömmande en adekvat diagnostisk handläggning av följande fall! Ange vilka sjukdomar/tillstånd som du överväger. Börja med dom som är farliga och kräver snabba åtgärder (även sådana tillstånd som inte är särskilt vanliga). Ange också hur du kan utesluta dem eller åtminstone göra dem osannolika med hjälp av frågor, fysikalisk undersökning, akuta prover eller andra åtgärder. Fortsätt med de diff-diagnoser som är de vanligaste orsakerna till ett sådant akutbesök! (Utredningens ambitionsnivå ska vara anpassad till att du är primärjour på Akuten.) (5p)

Själva fallbeskrivningen:

Sjukhusets akutmottagning för barn, en onsdag kl 09:30:

14-månaders flicka, 2/2, BVC u.a., aldrig sjukhusvårdad, kommer akut för hög feber sedan 12 timmar och har idag kräcks två ggr. Hostar ett par ggr under us. Nu temp 40° och vid us något vinglig på benen. Försvarar sig energiskt mot undersökning. Andningsfrekvens 42. Inga utslag. Svalget kanske något rodnat och några små körtlar palperas i käkvinklarna.

Meningoencefalit - PVK, vätska, blododling x 2, Claforan + Amimox, LP

Sepsis - PVK, vätska, blododling x 2, AB, CRP, LPK, blodstatus

Pneumoni - CRP, LPK, lungrtg, Sat.

RSV - RSV-test ev lungrtg

Tonsillit - Strep A test, CRP, LPK

Sista delen av tentan innehåller fyra PBD-frågor. Läs journalanteckningen till respektive PBD-fall noga, gör en sammanfattande bedömning och förslag på åtgärd. Den viktigaste information om tillstånd, diagnosförslag, differentialdiagnos(er) samt planering /omhändertagande ska finnas med. Inte en lång upprepning av journalen. Skriv din BPD inom ramen som följer efter journalanteckningen.

PBD 1 (5p)

Kvinna född 1973

Kontaktorsak Inkommer 100228 kl 16 pga tryck nedåt i buken

Socialt Sambo, forskollärare

Tidigare sjukdomar Väs frisk .

Obsteriskt gynekologiskt 1grav, 0-para. SM 8/8. Graviditeten har varit normal.

Aktuellt Sedan i morse haft någon sorts tryck nedåt i buken som
suttit kontinuerligt. Ingen blödning eller flytning. Ingen
vattenavgång.

Status

At Opåverkat. Temp 37,4.

Cor pulm Fys us.

BT 110/70

Buk Palperas mjuk och oöm. Inga distinkta sammandragningar

SPU Normal flytning ur cervix som verkar sluten. Ingen blödning
eller vattenavgång.

Vag ulj Cervix 11 mm. Yttre modermunnnen sluten, den inre har en
funnelering som mäter 1 cm.

PBD Skriv i rutan på nästa sida.

PBD 1

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PBD 2 (5p)

Fall 36-årig kvinna som söker på akutmottagningen

Kontaktorsak Buksmäta.

Socialt Ej penetrerat.

Tid/nuv.sjukdomar App op " en passant" 2003 i samband med skopi p g a
äggledarinflammation. Frisk och ej buk op för övrigt.

Gynekologiskt IV-para, IV-pn. Genomgått 3 aborter, senast i maj -09, kir ab. Regelbunden
mens, SM den 20/7.

För 6 år sedan haft svår salpingit som diagnostiserades vid skopi. Patienten hade då pus i
hela buken som hon beskriver det.

Fast partner.

Aktuellt Sedan 4 dagar smärtor till höger i buken, fick svårt att sitta. Tryckkänsla när hon
kissar. Ingen feber. Inga flytningar. Orolig för ny salpingit.

Status

Allmäntillstånd Uppegående. Afebril.

Buk Överallt mjuk, spänd och öm i nedre delen, framför allt höger sida.

Vaginalundersökning VVP oretat.

Uterus anteflekterad, måttlig ruckömhet. Ömmar även vid bimanuell palpation i nedre delen
av buken framför allt åt höger.

Ultraljud

Vaginalt ultraljud Visar anteflekterad uterus med normal slemhinna. Vänster ovarium ses u a.
Höger ovarium ses med en cysta som mäter 4,5 cm i diameter. Runt cystan och framför och
bakom uterus ses en del fri vätska.

Klin.Kem.lab. Hb 114. CRP 31. Urinsticka 1+ leukocyter, i övrigt blank. U-HCG negativt.

PBD (Skriv i rutan på nästa sida.)

PBD 2

.....

PBD 3

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
PBD 4 (5p)

Pojke född 20080710

AKUTJOURNAL daterad 20100416

Kontaktorsak Pat kommer med andningsbesvär.

Ärftlighet Ingen aktuell.

Socialt Kommer med mamma, som talar med norsk accent. Syskon som är förkylt.

Sköldpadda hemma. Far fastighetsskötare, mor kontorsarbete halvtid.

Grav./nyföddhetsperiod Född fullgången efter normal graviditet. FV 2540 FL 48. Var litet "tanig" som nyfödd och observerades på barnklin i Örebro några dagar. Sedan vuxit och utvecklats normalt. Ammad helt i 3 månader. BVC u.a.

Nuv sjd Från 8 mån ålder och sedan 2 eller 3 ggr "förkylningsastma" och sökt akut på VC.

Överkänslighet Ingen känd.

Aktuella läkemedel Airomir, Pulmicort v b.

Aktuellt Magsjuka för 2 v sedan. Otit förra veckan. Nu lite snuva ff a hosta sedan igår, och fick sedan en hemsk hostattack i natt. Mamma tyckte att gossen inte fick luft. Inkommer i ambulans. Det har lugnat ner sig på vägen hit. Han somnar och låter hes men obesvärad andning. Mamma undrar om det kan vara "strypsjukan". Har aldrig sett eller hört något liknande förr och det var därför de kom in. "Han lät som en säl!"

Status kl 09:30

Allmäntillstånd Gott, helt opåverkad. Hostar ihåligt. Afebril. Dreglar en del.

Munhåla och svalg Diffus rodnad, inga beläggningar. Verkar nästäppt.

Öron Bilat diskret rodnade med fina trh-reflexer.

Ytliga lymfkörtlar Submandibulärt ua. Två små körtlar i vä ljumske. F.ö. samtliga körtelstationer u.a.

Hjärta RR 112, ej blåsljud.

Lungor Andningsfrekv 28, inga rassel el ronki. Förlängt inspirium och tydlig heshet vid provokation (undersökning). Intercostala indragningar.

Buk Normalkonfigurerad. Mjuk, oöm, inga resistenser eller organförstoringar palperas.

Neurol Går med god balans och symmetriska medrörelser. Konvergent strabism vänster?

Pupiller u.a.

PBD (Skriv i rutan på nästa sida)

PBD 4
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2009-12-02

Fråga 1

Nämn 3 icke påverkbara faktorer som inverkar på fostertillväxten. (3p) *Kromosomavvikelser, defekt anatomi, preeklampsi*

.....
.....
.....
Fråga 2

a) Beskriv denna CTG registrering (3p)

.....
.....

b) Gör en sammanfattande bedömning (1p)

.....

c) Yttre modermunnen är öppen 5 cm. Vad gör Du? (1p)

.....

Fråga 3

En frisk välmående kvinna i 1:a trimestern har provtagits med avseende på thyroideafunktion, då hereditet för thyroideasjukdomar har noterats. Hon uppvisar följande provsvar: TSH: < 0.1 (ref. 0.4-4.0), T4: 22 (ref. 9-18). Vilken är den sannolikaste orsaken till de avvikande provsvaren? (1p)

Graviditet.....

...

Fråga 4

En frisk förstföderska kommer in till förlossningen i 35:e veckan. Vattenavgång 36 timmar tidigare. Värkar var 5:e-10: minut sedan 3 timmar. Vid inkomsten 38.2 graders temperatur. CTG visar lätt tachycardi. Normalt blodtryck.

a) Vilken är den preliminära diagnosen? (1p)

PROM + Chorionamnionit.....

b) Vilka prover/undersökningar tar Du? Nämn två. (2p)

Cervixodling + urinodling +CRP

Fråga 5

Vilka 3 av följande faktorer predisponerar för utveckling av preeklampsi? (3p)

a) Obesitas,

b) Omföderska,

c) Rökning,

d) Tvillinggraviditet,

e) Preeklampsi i tidigare graviditet.

f) Tidigare sectio

Tidigare PE, obesitas, flerbörd,

Fråga 6

Ylva är frisk, 29 år och väntar sitt första barn. Graviditeten har varit normal. Hon har kommit till v 41+5 och barnmorskan börjar tala om igångsättning.

a) Varför gör hon det? (1p)

Snart överburen, stort barn och sämre placentafunktion efter v 40. således ökad risk för IUFD.

b) Nämn två andra tillstånd som kan föranleda igångsättning (2p)

.....

c) Nämn 2 metoder för igångsättning (2p)

1. prostaglandiner ex cytotec 2. BARD

.....

Fråga 7

Charlotta 39 år söker för att hon vill ha barn. Hon har haft flera missfall.

a) Nämn en anatomisk orsak i livmodern som kan orsaka missfall (1p)

.....

b) Nämn två prover som tas vid habituell abort (2p).

.....
.....

c) I Charlottas fall finns en annan orsak som påverkar hennes risk för missfall och varför är det så? (2p)

Alder.....
.....

Fråga 8

47-årig, II-para, tidigare frisk söker på en gynekologisk mottagning. Oregelbundna blödningar sedan 3 mån tillbaka och nu sista dagarna även lite ont i magen. Vid gynekologisk undersökning ses en sparsam blödning från cervix, SNM aug.-09 i övrigt gynekologiskt status u.a.

a) Vilken är den mest sannolika orsaken till hennes blödningar? (1p)

b) Nämn andra diagnoser du måste utesluta (2p)

c) Vilken utredning gör du? (3 p)

.....
.....
.....
.....
.....

Fråga 9

Karin är oplanerat gravid och söker på abortmottagningen. Hon har tidigare fött 2 barn med okomplicerade förlossningar. Sista partus för 8 månader sedan, hon ammar fortfarande flera gånger per dygn. Hon har haft ett par sparsamma blödningar men ingen normal mens som hon upplevt. Karin är lite chockad då hon inte trodde att hon skulle bli gravid trots att hon inte använder något preventivmedel.

a) Det visar sig att Karin är i graviditetsvecka 7+0. Vilken abortmetod är lämplig för henne? (1p)

b) Hur går den rekommenderade aborten till samt förklara mekanismen? (2p)

c) Är det någon ytterligare fråga som tas upp med Karin i samband med besöket? (1p)

preventivmedel.....

.....
.....
.....
.....

Fråga 10

Berit 68 år söker dig på VC pga. klåda i vulva. Menopaus i 50 års ålder, II-para. Anger smärta även vid samlag. Har ingen hormonbehandling men lite sveda vid miktion.

a) Nämn 2 troliga diagnoser som kan ge denna symtombild? (2p)

.....
.....

b) Vid gynekologisk undersökning ses atrofi i vulva med vita hyperkeratotiska områden som omfattar båda labiae. I vagina rodnade glänsande slemhinnor med enstaka petekier. Hur vill du fortsätta utredningen? (1p)

.....

c) Behandlingsförslag? (1p)

.....

Fråga 11

Linda 14 år söker akutmottagningen då hon svimmat pga buksmärta i skolan. Nu är hon vaken men har ont i magen. Började blöda i morse, menarche för 6 månader sedan. Inga infektionstecken. Linda uppger att hon inte haft sex.

Två mest sannolika diagnoser. (2p)

.....

.....
Hur vill du undersöka Linda? (1p)

.....
Vilka prover vill du ta? (2p)

.....
Fråga 12

Susanne 29 år, III-gravida, 0-para. Använder Cerazette (mellandoserat gestagen-preparat) sedan 2 månader. Ny partner sedan 3 veckor.

Söker nu pga oregelbundna blödningar.

Vilka 3 diagnoser skall övervägas? (3p)

STD, normalt vid den typen av p-piller, cervixca (??),

Fråga 13

Maja 21 år kommer till ungdomsmottagningen och berättar att hon inte haft någon menstruation sedan hon var 19 år. Hon fick sin första mens i sjätte klass och haft regelbundna menstruationer fram till för ungefär 2 år sedan. Hon känner sig i övrigt frisk. Vad kallas den menstruationsrubbing Maja har? (1p)

Sekundär amenoré

.....
Vilken är den vanligaste fysiologiska förklaringen till den uteblivna menstruationen? (1p)

Hypothalam hämning pga undervikt eller överträning (??)

.....
Hur vill du utreda Maja? (3p)

.....
Fråga 14

En ettårig pojke kommer i sällskap med sin mor till akutmottagningen. Du noterar att modern verkar påverkad (sannolikt alkohol). Man söker för att pojken under ½ dygn varit gnällig och verkat ha ont och vid några tillfällen skrikit. Pojken har: temp 38,2, lätt snuva och har kräpts vid två tillfällen. Du skall nu ur ovanstående anamnes utesluta/identifiera 3 viktiga, relevanta orsaker till pojkens symtom (ej alla möjliga orsaker). (3p)

.....
Fråga 15

Henoch Schönleins purpura är en småkärlsvaskulit hos barn. HSP har en lång rad symtom och del manifestationer från olika organsystem. Vilken/vilka av dessa kan innebära allvarlig sjukdom hos barnet? (2p)

.....
Fråga 16

Vid diagnos/undersökning av spädbarn med avseende på höftledsluxation, utföres 2 manövrar – tester: Barlow och Ortolanis test. Beskriv kortfattat (<10 ord för varje test) vad man undersöker för vart och ett av de 2 testerna. (2p)

.....
Fråga 17

a) PKU-screening genomförs på alla svenska barn (100-120 tusen/år). Nämn de sjukdomar man vill upptäcka (4 stycken). (4p)

Phenylketonuri

Hypothreos, medfödd

CAH/kortisolbrist (medfödd binjurebarkshyperplasi)
Biotinidasbrist
Galaktosemi

Dessa har funnits från början och sen har det tillkommit en herrans massa andra. Totalt 24 olika sjukdomar screenas för i dagsläget (källa PKU-labbets hemsida)

b) För screening i allmänhet gäller att vissa krav skall vara uppfyllda för att testet/provet skall kunna användas. Nämn 3 sådana förutsättningar/krav. (3p)

Sjukdom som ska kunna behandlas

Vettig diagnosmetod

Sjukdom av betydelse (dvs farlig sjukdom)

Rimlig kostnad

Från SBU: När gör screening nytta?

Fråga 18

VOC: En stor ventrikelseptumdefekt är en vanlig orsak till hjärtsvikt hos spädbarn.

a) Ungefär vid vilken ålder får barnet symtom? (1p)

1 månad.....

b) Har dessa barn cyanos? Du måste motivera ditt svar (ej endast "ja"/"nej"). (1p)

Nej.....

c) Denna typ av svikt har 3 klart urskiljbara symtom/statusfynd, vilka? (3p)

Fråga 19

Glomerulonefrit och nefros (nefrotiskt syndrom) är 2 olika njursjukdomar med olika patofysiologi. Båda leder dock ofta till rubbning i vätskedistributionen i kroppen, vilket är kliniskt viktigt vid behandlingen.

a) På vilken nivå i nefronet och vilken funktion är defekt vid nefros? (1p)

b) På vilken nivå i nefronet och vilken funktion är defekt vid nefrit? (1p)

c) Hur förklaras i patofysiologiska termer hypertoni som ofta ses vid nefrit? (1p)

d) Hur förklaras de generella, ofta massiva, ödem som ses vid nefros? (1p)

Fråga 20

Ange de 3 viktigaste kriterierna som skall vara uppfyllda för att ett krampanfall skall kunna kallas feberkramp (3 kriterier förutom feber). (2p)

Fråga 21

En 7-årig pojke var hos Din kollega på närakuten tidigare idag för att han hade varit tilltagande trött och medtagen de senaste 2-3 dagarna. Enligt journalen fann man ingenting anmärkningsvärt i status och gossen sändes hem. (Du träffade honom alltså inte själv.) Du finner att urinstickan som togs visade 0 protein, 0 vita, 0 röda och 3+ glukos. Glukosurin hade noterats av Din kollega, men som pojken hade druckit jättemycket läsk senaste dagarna enligt fadern och dessutom fått snask tidigare idag, bedömdes den som "alimentärt betingad" enligt journalanteckningen.

Eftersom både gossen och Din kollega redan har gått hem, frågar sjuksköterskan Dig om hon ska sätta upp honom för ett nytt urinprov imorgon eller om han kan kolla det hos skolsköterskan?

Hur bör du hantera denna situation? (2p)

Hmm, inte så lyckad handläggning. Pojken har ju en nydebuterad DM, dessutom med allmänpåverkan. Eg ska man väl ringa upp dem och rekommendera sjukhuskontakt för att undvika allvarliga komplikationer som ex ketoacidosis, eller vad säger ni? JA (bör åka in akut)!

Fråga 22

En 1½-årig pojke kom akut med båda föräldrarna, till Dig som jourhavande på barnkliniken, för att pojken, beskriver fadern, tidigare ikväll snubblade på en matt-kant hemma i lägenheten och sedan vägrade att stödja på höger ben och att gå ö h t. Ömmade tydligt i höger lår. Röntgen visade en spiralfraktur ungefär mitt på femur. Föräldrarna är adekvat upprörda men mycket belevade och behärskat vänliga och även hemadressen antyder en privilegierad ställning i samhället.

Hur ska Du bedöma skadans uppgivna tillkomstsätt? (1p)

Visserligen kan små barn ådra sig frakturer av mildt trauma, men femurfraktur är alltid ett observandum för misshandel. Spiralfraktur kan tyda på att ungen har blivit kastad.

.....
.....

Fråga 23

Mira 11 månader kommer med sin mor till akuten pga. frekventa kräkningar och diarréer sedan 2 dygn med initial feber. Hon har varit dålig på att dricka, men ser tämligen opåverkad ut, utöver viss motorisk oro, då du undersöker henne och Mira är verkligen intresserad av att dricka ur muggen som sjuksköterskan redan ställt in på rummet. Mor är orolig och känner inte igen sin dotter. Vikt 9,3 kg, aktuell jämförelsevikt saknas, men mamma vet att hon har legat över normalkurvan för vikten vid tidigare BVC mätningar.

Du vet att tillståndet för små barn med denna sjukdomsbild kan vara kliniskt lite lurigt.

a) Vilket tillstånd tänker du speciellt på i detta fall? (1p)

Hyperton dehydrering

.....
.....

b) Vilket test är avgörande för att förstå om detta tillstånd föreligger och vad visar det? (1p)

Hypernatremi

.....
.....

c) Vilken princip är i detta fall karakteriserande för behandlingen och vilken avgörande patofysiologisk mekanism ligger bakom att denna princip krävs? (2p)

Långsam rehydrering för att undvika hjärnödem, vätskeshift i cellerna

.....
.....

d) Vilken allvarlig komplikation kan tillståta om man felbehandlar (1p)

Hjärnödem, kramper, blödning

.....
.....

Fråga 24

Sixten 3 år kommer till dig på barnläkarmottagningen pga. långdragna andningsbesvär som han haft i episoder sedan 9 månaders ålder, men som släppt utan behandling. För 1,5 månad sedan var han på akutmottagningen och fick framgångsrikt Ventolineinhalation mot tung och väsande andning sedan 1 dygt dygn med samtidig hosta och feber. En mixtur som far inte minns namnet på förskrevs som skulle användas om han igen fick liknande symtom. Det visar sig nu att Sixten fortsatt att hosta och ibland haft tungt att andas varför mixturen, som givit viss lindring, använts flera gånger i veckan, ibland flera gånger per dag. Sixten besökte dessutom i förrgår och igår närakuten pga av samma typ av andningsbesvär och fick där både andas och svälja några mediciner som föräldrarna inte minns namnet på, men han är fortfarande inte bra.

I status noteras en förkylt men feberfri pojke med antydnda indragningar och vid auskultation

av lungorna hörs en del pip och rhonki.

Du inser att en annan behandlingsstrategi är nödvändig för att förhoppningsvis lindra Sixtens långdragna andningsbesvär.

a) Vilka farmaka förskriver du att använda hemma? (2p)

Flutide och airomir (kortison och b2-stimulerare)

b) Vilken beredningsform förskriver du för dessa? Hur ska föräldrarna administrera medicinen? (2p)

Inhalationer. 3-åring är i behov av ett hjälpmedel och mask, ex optichamber

c) På urinstickan syns nu +++ för glukos. Hur kommer detta sig? (1p)

Pojken fick säkert kortisontabletter på akuten, kan ge övergående glukos i urinen. Bör dock följas upp

Fråga 25

Ines 3 år kommer på kvällen till akutmottagningen med sin far pga. att hon sen någon dag fått tilltagande hudblödningar av varierande storlek, företrädesvis punktförmiga, mest uttalat på benen. Hon är möjligen lite trött men utan feber och har ätit och druckit nästan som vanligt. Hon har tidigare varit en frisk flicka, bara varit ordentligt förkyld för några veckor sedan. I status finner du en rätt pigg flicka och inget anmärkningsvärt utöver ovanstående hudmanifestationer.

a) Vilka 2 tillstånd tänker du på i första hand? Stryk under det du anser troligast utifrån vanlighet. (2p)

Henoch-schönleins purpura, ITP

b) Vilka prover ordinerar du på akuten som direkt hjälper dig i diagnostiken? (2p)

Blodstatus, u-sticka, elstatus

c) Vilken av dessa analyser tror du är avvikande i detta fall, och på vilket sätt? (1p)

Lågt TPK

d) Vilken är mekanismen bakom det avgörande patologiska provsvaret? (1p)

Fråga 26

Irma 2 år har skickats till dig på barnläkarmottagningen av BVC-sköterskan då föräldrarna säger sig igår känt en klump i flickans mage som de uppfattar som ny. Irma är välmående, utöver att hon tros ha lite ont i magen ibland. Hon har inte bajsat på 2 dagar, vilket inte är någon ovanlighet. Du ser en fin flicka, och känner en kanske plommonstor sannolikt oöm resistens lateralt strax nedan vänster revbensbåge.

a) Vilka är de två diagnoser du bör tänka på? (2p)

Obstipation eller tumör (wilms, eller neuroblastom i sympatiska gränssträngen)

b) Vad kan du göra för att på din mottagning differentiera mellan dessa tillstånd och hur utvärderar du ditt behandlingsförsök? (2p)

Klyxa och ny palp för att se om den har försvunnit

c) Vad blir nästa steg om du inte nått framgång? (1p)

UL och sen CT om expansivitet. Även u-sticka.

d) En av diagnoserna du bör tänka på är av mer allvarig karaktär. Ungefär hur stor är långtidsöverlevnaden för denna? 10-20%, 60-70%, 90-100%. Ringa in rätt svar. (1p)

Wilms har en överlevnad på ca 90 % idag.

PBD-fall

PBD bör innehålla det allra viktigaste i anamnes och status, akut besvarade labprover av stor betydelse för bedömningen (så långt 1 p), ett kort diff-diagnostiskt resonemang, en arbetsdiagnos (2 p), några prover som kan föra utredningen framåt samt den omedelbara behandling som bör ges, inklusive övervakningsåtgärder på avd.(1p) Det ska vara kort men ändå uttömmande och dessutom klart formulerat, så att en medicinskt initierad person begriper tankegångarna.(1p) Telegramstil får användas.

PBD-fall : 1 (5p)

Eva är 55 år, II-grav, II-para och söker gynaekologen då hon successivt fått allt mer ont i magen sista 3 veckorna. Hon har hypertoni som hon medicinerar för men är för övrigt frisk, aldrig opererad i buken. Hennes menstruationer upphörde för 4 år sedan och hon har inte använt hormoner. Eva beskriver att hon har ihållande buksmärta som började för ca 3 veckor sedan, men nu har hon svårt att röra sig då hon har fått allt mer ont. Beskriver att smärtan sitter långt ner i magen och även strålar ut i ryggen. Hon har även ont när hon sitter ner. Miktion ua, och även tarmen tömmer sig regelbundet men det gör ont. Inget synligt blod i urin eller avföring.

Status:

AT: gott, men orolig. Temp 37,3

Hjärta: regelbunden rytm, 72/min, inga hörbara blåsljud

Lungor: auskulteras ua bilat.

BT: 140/85

Buk: sammanfallen, palperas överallt mjuk. Distinkt palpöm centralt i nedre delen av buken, ingen säker resistens palperas, ingen peritonit misstanke.

Gyn: VVP ses ua. Uterus är normalstor för åldern och lätt devierad åt hö. Till vä och bakom uterus palperas en cystisk förändring som känns mjuk, ömmande, ca 7-8 cm stor, rörlighet är svårt att avgöra.

Ulj vaginalt: Uterus är liten med normal konfiguration och tunt endometrium. Hö ovarium ses ej. Vid platsen för vä adnexa ses en 2-rummig cista som mäter 7 x 8 cm. Cystan är mestadels ekofri men i ena polen finns ett område som är mer ekogivande. Ingen fri vätska ses i buken.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PBD-fall: 2 (5p)

Kvinna född 1964 inkommer till förlossningsavd från MVC, 091027.

Tidigare sjukdom: Op appendicit -99, i övrigt frisk

PN 1994. Inducerad abort 1996. Graviditetsönskan sedan 2005. Utredd privat, inget svar vid ovulationsstimulering. Äggdonation i Riga med embryotransfer (ET) 28/4.

Graviditeten har varit komplikationsfri hittills. 090602 blodtryck 110/80, ingen proteinuri.

091013 och 091020 blodtryck 140/90, fortfarande utan proteinuri.

Aktuellt: Mår väl, förnekar huvudvärk eller epigastralgi. Kissar något mindre än vanligt.

Planerad kontroll på MVC idag visar ett blodtryck på 145/100 samt 4+ protein i urinen.

Status: AT gott, opåv. Grovneurologiskt u.a. Ingen hyperreflexi. Uttalade underbensödem, lätta ödem i ansiktet.

Cor-pulm: ua

Bltr: 145/100 (vänster arm efter vila)

Buk: Uterus palp mjuk, oöm. Inga kontraktioner. Flj 148/min
Spekulumundersökning: Cervix sluten. Inget fostervatten eller blod ses
CTG: nedsatt variabilitet, inga accelerationer, basalfrekvens 150/min
Ultraljud: FFD huvud, viktuppskattning -14 %. Dopplerundersökning av a. uterina visar blodflödesklass 0
Lab: S-Urat 486, i övrigt normala laboratorieprover.

PBD-fall: 3 (5p)

2008-06-11 05:49 Pnr: 080527-XXXX

INTAGNINGSAKT.

Kontaktsak Feber.

Socialt Hel familj, tredje barnet. Har en 1½ år gammal bror. Katt och kanariefågel.

Grav./nyföddhetsperiod Normal, graviditet fullgången, ej tidig vatten avgång. Vägde 3580 g.

Helammar. Har börjat gå upp i vikt, väger 3,73 kg idag.

Överkänslighet Ingen känd.

Aktuellt Två veckor gammal flicka som har mått bra. Börjat gå upp i vikt. Storebror har varit förkyld med feber. Mamma noterat att flickan var varm under dagen, under kvällen fick hon feber. Ammat som vanligt men kanske sovit mer än vanligt. Kissat och bajsat som vanligt. Ringde till vårdguiden som rekommenderade att åka in hit.

Status

Allmäntillstånd Har 38.7 i rektal temp. Symmetrisk spontanmotorik. Kanske något nedsatt tonus i traktionsmanövern. Kort, gnyende skrik. Väger 3.73 kg. Fontanell u.a. Kapillär återfyllnad 2 sek.

Munhåla och svalg Inga tecken till torsk. Oretade slemhinnor.

Öron Trumhinnorna bilat ua.

Hjärta Regelb rytm 154/min. Inga biljud. FP u.a.

Lungor Andningsljud bilat utan ronki eller rassel. Andningsfrekvens 54/min.

Buk Mjuk, ingen säker leverförstoring.

Nervsystem Fontanell u.a. Moro- och gripreflexer ua.

Hud Ua.

Akut lab: Urinsticka (påprov): spår glukos, 1+ protein, 2+ blod, 3+ leukocyter. CRP 17.

Blodstatus: leukocyter 3,4, Hb 159 och trombocyter 96.

PBD-fall: 4 (5p)

2008-05-26 23:04 Pojke, född 961220

INTAGNINGSAKT.

Kontaktsak Blekhet och trötthet. Kommer på remiss från VC under frågeställningen anemi (kapillärt Hb 57).

Låter som om förra ungen var liten? Tillsväxtkontroll?

Fråga 2

Ibland skiljer man på symmetrisk och asymmetrisk SGA. I det förstnämnda fallet är både huvud- och bukomfång omfattat i likartad utsträckning; i det senare fallet är det f.f.a bukomfånget som är reducerat.

Vad är SGA förkortning för? (1p)

Small for gestational age

Vilken kroppsdimension utöver huvudstorlek och bukomfång ligger till grund för viktuppskattning vid ultraljud. (1p)

Femurlängd

Vad är orsaken till att perinatal morbiditet/mortalitet är lägre vid symmetrisk jämfört med asymmetrisk SGA? (1p)

Asymmetrisk SGA tyder på att litenheten beror på tillväxthämning som kommer senare under graviditeten, ex pga dåligt placentaflöde, då längdtillväxten påverkas mindre än vikten. Symmetrisk SGA tyder snarare på att man "följer sin kanal", alltså både kort och lätt och man kanske är ett i grunden "litet" barn. ??

Fråga 3

En kvinna söker dig på MVC i graviditetsvecka 37. Hon har gått upp 14 kg i vikt under graviditeten och tycker att benen känns spända. Hon uppger sig i övrigt vara frisk. Blodtryck 125/75 mm Hg, urinsticka visar 0/spår för proteinuri. När du undersöker henne noterar du relativt uttalade underbensödem men ingen ansiktssvullnad.

Vill du ta några prover och i så fall vilka? (1p) *Nej?*

Vad råder du henne till? (2p) *Köp stödstrumpor, högläge*

Fråga 4

Du arbetar som underläkare vid förlossningsavdelningen. Barnmorskan som har hand om telefonrådgivningen ber dig om hjälp med ett telefonsamtal. Hon talar just med en man vars fru är gravid i 8:e månaden och som plötsligt har fått ont i magen och blöder.

a) Du skall nu tala om vad de skall göra (1p) *Åk in urakut*

b) Det är ditt sjukhus som ligger närmast. Ambulansen är på väg. Du väntar för att ta emot patienten.

Hon kommer in på bår. Ambulanspersonalen har satt nål och en infusion med Ringer acetat är kopplad. BT 110/60. Puls 110. Det var en stor blodpöl på golvet när ambulanspersonalen anlände till bostaden. I ambulansen har patienten blött uppskattningsvis 500ml enligt ambulanssjukvårdare. De säger att buken är hård och ömmar och ett koagel på minst 2 dl kommer ur vagina när patienten läggs upp i sängen.

Du har sökt på din överläkare som är på väg in till förlossningen.

Du får veta att patienten är gravid i v 35+6. Man kan auskultera fosterljud med frekvens 90 med CTG. Du palperar buken som är hård och ömmande.

Vad misstänker du för diagnos? (1p) *Ablatio placentae*

c) Vad föreslår du för åtgärd? (1p) *Urakut snitt*

d) Vilken komplikation kan tillståta med anledning av den stora blödningen och vilka prover bör du ta? (3p)

DIC, blodstatus och koagulationsprover (PK, APTT, TPK etc?)

Fråga 5

Annika en 32-årig 2-gravida 0-para ringer in till förlossningsavdelningen. Hon har kommit till graviditetsvecka 39+6. Hon är orolig och berättar att hon har värkar var tredje minut. Annika undrar om det är dags att komma in till förlossningen. Hon tror att vattnet har gått.

a) Vad svarar barnmorskan? (1p) *"Du är välkommen!" Dags att åka in vid 3 värkar/10 min*

- b) Nämn fyra undersökningar som alltid görs när en kvinna kommer in till förlossningen med värkar? (2p) *Leopolds handgrepp, CTG, VU, auskultation fosterljud*
- c) Annika har en snabb förlossning och det bedöms som ett partus normalis (PN). Beskriv minst fyra kriterier som måste vara uppfyllda för ett PN. (2p)
Foster i huvudläge, fullgången (37+0-41+6), inga riskfaktorer, spontan värkstart, inga komplikationer från värkstart tills placenta är ute, frisk mor och barn

Fråga 6

Ange två (2) symtom på korionamnionit under förlossningen. (1p)
Feber (hos mor), palpöm uterus, takykardi hos foster

Ange 2 obstetriska diagnoser som sätts i samband med denna komplikation. (1p)
Förlängd vattenavgång (PROM), IUFD? GBS-kolonisering ?

Fråga 7

Malena har haft insulinbehandlad diabetes sedan hon var 14 år. Hon är nu 24 år och har fast sällskap sedan ett år och de vill gärna ha barn.

Vilken är den viktigaste upplysningen hon bör få om hon skall försöka få barn med hänsyn till sin diabetes? (1p)

Viktigt med god blodsockerkontroll pga ökad risk för missbildningar. Ökat insulinbehov.

Hon undrar hur graviditeten kommer att påverka hennes diabetes och livsföring? (1,5p)

c) Hon undrar om det finns några risker för barnet? Nämn minst två. (1p)

Hypoglykemi post partum, plexusskada, ökad risk för missbildningar, tillväxthämning, LGA.

Fråga 8

Definiera trängningsinkontinens. (1p)

ofrivilligt läckage i samband med kraftiga miktionssträngningar där läckaget kan variera från mindre skvättar till tömning av hela blåsan (från gynboken)

Ge två exempel på tillstånd som kan orsaka trängningsinkontinens. (1p)
Uro- och ovarialcancer

Hur behandlar du en idiopatisk trängningsinkontinens? (1p)

Bäckenbottenträning, blåsträning, östrogen, farmakologiskt (antimuskarina 1m)

Fråga 9

En kvinna inkommer i graviditetsvecka 5+6 dagar räknat från sista mens med liten blödning. Normalt regelbundna mens med 28 dagars intervall.

För hur många dagar sedan hade patienten sannolikt ägglossning? (1p)

27 dagar sedan räknat med att 5 v och 6 dagar var SM

[Beskriv vad du ser på bilden? (1p)]

Du ser ingen hjärtaktivitet. Hur handlägger du henne? (1p)

Hjärtaktivitet ses från v 6 Inte göra något?

Nämn fyra riskfaktorer för missfall? (2 p)

- *Hög ålder*
- *Infektion*
- *Obesitas/undernäring*
- *Rökning*
- *Uterusanomalier*
- *Kronisk sjukdom*

- Mediciner
- Tidigare missfall
- Toxiner (från gynboken)
- Diabetes

Fråga 10

38-årig kvinna söker på gynekologimottagningen pga. blödningar. I-gravida, en legal abort med vakuum exaeres för 15 år sedan. Tidigare frisk. Sedan 6 månader rikliga blödningar. Blödningarna är så pass rikliga att patienten måste avstå från sitt arbete. Känner sig svag, yr. Har sökt hos sin distriktsläkare för tre månader sedan och fick Cyklokapron tabletter 500 mg 2 tabl x 4 i 5 dagar, inget återbesök planerades.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter som saknas? (1,5p)

Infektionsanamnes? Graviditetsönskan? Fast partner? Sexual anamnes. Senaste pap smear?

Buksmärta? Tidigare sjukdomar?

Patienten är blek, puls 88, Bltr 110/70. Ingen feber

Buk: mjuk, ingen peritonitstatus.

IU: Vulva, ua, i vagina pågående blödning. Uteus palperas förstorad motsvarande graviditetsvecka 10-11, inga resistenser på platsen för adnexa.

Vilka prover/undersökningar bör du göra nu? (1,5p)

Gynundersökning, ULJ, pap smear, Chlamydia prov, urinsticka, U-hCG, Hb.

Vilken behandling föreslår du för hennes menorrhagi? (2p)

Cykliskt med gestagen (Primolut-Nor) + Cyklokapron i 5 dagar. Sedan återbesök avseende ev.

Mirenaspiral om ej graviditetsönskan.

Fråga 11

Nämn två genetiska orsaker till manlig infertilitet. (1p)

Klinefelters syndrom och mikrodeletioner på Y-kromosomen (www.karolinska.se, centrum för andrologi och sexualmedicin)

Hur behandlar man en 37-årig kvinna som har en känd svår endometriosis och 2 års infertilitet efter att hon har slutat äta p-piller om hon vill bli gravid? (1p)

SSRI alternativt kirurgisk laparoskopisk åtgärd av endometrioshärdar?

IVF

Fråga 12

Annabelle, 32 år, har varit på den gynekologiska hälsokontrollen och tagit cellprov. Hon har nu fått besked om att hon har cellförändringar ”förstadium till cancer” motsvarande CIN II.

a) Hon undrar om svaret kan vara rätt då hon inte har några besvär alls. Vad svarar Du? (1p)

Förstadiet till cervixcancer är i de allra flesta fallen symtomlösa. (gynboken)

b) Vad ligger bakom cellförändringar? (1p)

HPV 16 + 18, samt typ 13 till..

c) Hur utreds detta vidare? (1p)

Kolposkopi, ättiksyra, jodlösning, biopsier

d) Hon har hört talas om konisation - hur och varför görs detta? (2p)

Excision av transformationszonen. Målsättning med behandlingen är att avlägsna hela den omogna TZ även om endast en del av den innehåller atypiska områden. TZ utgör ett riskområde. Eftersom behandling i dag ofta sker av unga kvinnor som ännu inte påbörjat eller avslutat sin familjebildning, är det viktigt att cervix lämnas så intakt som möjligt. (gynboken)

Fråga 13

Johanna 28 år har varit hos barnmorskan på MVC för att diskutera preventivmedel.

Hon har 2 barn, under graviditeterna -05 och -08 hade hon preeklampsi.

Hon vill nu ha en spiral. På senaste tiden har hon känt en viss obehagskänsla och tryck till vänster i buken. Menstruationen varierar med 25-40 dgrs intervall sedan 4 mån. SM för 4 veckor sedan.

Gravtest neg. I samband med spiralinsättningen känner BM "något till vänster, kanske en cysta". Johanna blir mkt orolig.

- a) Vad bör barnmorskan göra? (1p) *Remittera till gynekolog*
- b) Vad är den troligaste orsaken till palpationsfyndet? (1p) *cysta (corpus luteum)*
- c) En ultraljudsundersökning görs och man ser en 5 cm i diameter stor cysta, ekofri, enkelrummig och utan solida partier. Hur handlägger du detta ultraljudsfynd? (1p) *Expektans, ny kontroll.*

Fråga 14

Lena upptäcker att hon glömt att ta två p-piller. Hon hade samlag under gårdagen. Hon vill inte bli gravid och söker dig för att få hjälp. Vilka två behandlingsmetoder kan du rekommendera? (1p) *koparspiral eller ellaOne (anti-progesteron) alt postinor/norlevo som kan köpas receptfritt*

Fråga 15

- a) Nämn 3 möjliga symptom vid ovarialcancer (1,5p) *Trängningsinkontinens, ökat bukombång, tyngdkänsla i buken, tarmtömningsbesvär*
- b) Nämn 3 möjliga kliniska fynd vid ovarialcancer (1,5p) *ascites, palpabel resistens, ofta bilat ca, UL visar cysta med excresenser, septa, orörlig.*
- c) Nämn 3 riskfaktorer för ovarialcancer (1,5p) *BRCA-mutation, nullipara, ålder, endometrios.*

Fråga 16

Du vikarierar som allmänläkare på VC i Vingåker när en 22-åring, 0-gravida, inkommer med ett dygns anamnes på buksmärtor lokaliserade till nedre delen av buken.

Temp 37,3 °C. Lätt illamående, haft ett par diarréer, miktions u.a.

Vilka anamnestiska uppgifter saknar du? (2p)

Du palperar buken och finner en ömhet långt ner i buken, ingen defense.

Vid gyn. undersökning ser du sparsam blodtingerad flytning.

Uterus anteflekterad, normalstor, rucköm, fast, fritt rörlig. Vid palpation uppger hon smärtor åt båda sidor.

- b) Nämn 4 differentialdiagnoser (2p)
Vilka prover tar du? (2p)

Du tar ett Wet smear, se bild

- d) Vilken diagnos är sannolik? (1p)

Det visar sig senare att klamydiaprovet som togs är positivt.

Vad blir din fortsatta handläggning? (2p)

Fråga 17

Glomerulonefrit och Nefros (nefrotiskt syndrom - s.k. "minimal change-nefros" som är allra vanligast) är efter UVI två av de vanligaste njursjukdomarna man stöter på. Nedan följer en rad symptom och komplikationer för vardera sjukdomen varav en/ett är felaktig. Stryk under det felaktiga symptomet/komplikationen.

Nefrit: (1p) 1. Huvudvärk 2. Oliguri 3. Makroskopisk hematuri 4. Högt kreatinin 5. Hypervolemi 6. Högt Hb/HCT.

Motivera ditt svar i fråga a). (2p)

Nefros: (1p) 1. Massiva ödem 2. Proteinuri 3. Högt kreatinin 4. Risk för trombos 5. Högt Hb/HCT 6. Hypovolemi

Motivera ditt svar i fråga c). (2p)

Fråga 18

En flyktigfamilj som nyligen (för ca 1 vecka sedan) anlant till Sverige, söker akut för snuva och hosta

hos de två barnen Ali 2 månader och Latifa 18 månader. Barnen har varit sjuka i sina luftvägar ca 2 veckor och Latifa är värst; hostar besvärligt både natt och dag. Ali hade för någon vecka sedan något som via tolken beskrivs som andningsuppehåll ca 1 minut. Ej hög feber, resp u a, barnen är ej obstruktiva.

Du anar att detta inte är en vanlig snuva. Föreslå en relevant Diff-diagnos. (1p)

Kikhosta

Föreslå ett enkelt relevant kapillärt blodprov som kan styrka din differentialdiagnostiska fundering. (1p)

CRP??? Serologi, PCR, svalgprov kan man ta för att påvisa B. Pertussis

Du hade rätt! Kan du behandla detta tillstånd och i så fall hur? (1p)

Ery-max 2 ggn/dag i 7-10 dagar

Fråga 19

Gulsot hos nyfödda är en av de vanligaste avvikelserna att ta ställning till inte bara för barnläkare utan även distriktsläkare m fl.

Ange minst 3 orsaksfaktorer som leder till de ibland mycket höga bilirubin-nivåerna hos nyfödda (de första 1-2 levnadsveckorna). (2p)

1. Högt Hb → Hemolys

2. RBC lever endast 70 dagar (jmf vuxna RBC 120 dagar)

3. Omogen levermetabolism

Vilka 2 behandlingsmetoder finns när bilirubinet överstiger den kritiska gränsen (som ju varierar med ålder, om barnet är friskt i övrigt etc.). (2p)

Blodbyte, fototerapi (UV-ljus)

Ett 4 veckors flickebarn har ikterus och följande labstatus;

Hb 160, TPK 290, LPK 4,9, normal diff.

Bil 360 (konjugerat 300 – okonjugerat 60)

Asat 1,0, PK 1,0

Flickan mår bra. Diagnosförslag?! (2p)

Fråga 20

Kramper

Fokala kramper är alltid illavarslande. Vilken är den behandlingsbara sjukdom som alltid måste misstänkas när ett nyfött barn (1-2 veckor) utvecklar en fokal kramp? (1p)

???? Har frågat lite olika kunniga personer om detta och fått förslag på allt från hydrocephalus till Herpesencephalit till hjärnblödning utan att någon eg känns övertygande

Ischemi

En 4-årig pojke söker för generell kramp som varade under några minuter. EEG visade ”Rolandic spikes”, vad blir din primära diagnostanke? (1p)

Benign barn-EP

En högfebril 1-åring inkommer akut efter ett krampanfall i hemmet (ca 1 timma före ankomst till akuten). Krampanfallet har gått över men allmäntillståndet är fortfarande påverkat med klart sänkt medvetande. Kanske är det feberkramp, kanske inte? Vad måste du göra som första diagnostiska åtgärd? (1p)

LP

En pojke, 4 månader gammal söker för gnällighet, misstänkt avstannande utveckling och konstiga ryckningar. Rätt diagnos ställs med ett akut EEG och den typiska kliniska bilden (BNS-kramp). Vad kallas den mycket karaktäristiska bilden på EEG vid detta tillstånd? (1p) *Hypsarytmi*

Fråga 21

Urinvägsinfektion (Pyelonefrit) drabbar 2-3 % av alla barn under uppväxten. Alla utrednings- och

uppföljningsprogram syftar till att förhindra njurskada.

Ange minst 3 principiellt olika riskfaktorer för uppkomst av njurskada efter UVI (Pyelonefrit). (2p)

- *recidivinfektion*
- *sent insatt behandling*
- *ålder på barnet*

Ultraljudsundersökning är obligatoriskt under pågående infektion i synnerhet hos små barn under 2 år. Nämn minst 3 avvikelser som är möjliga att se på UL och som har betydelse för bedömningen. (2p)

- *olikstora njurar*
- *hydronefros*
- ??

Hos framförallt lite äldre barn är det mycket vanligt att barn med feber har negativ- sticka men växt av bakterier vid det rutinmässigt kollade urinprovet. Hur förklarar du denna diskrepans mellan u-stickan och u-odlingen? (2p)

Nitrittestet på urinstickan har låg sensitivitet särskilt hos små barn.

Fråga 22

Många barn som tål komjölk har positivt pricktest för komjölkäggvita och/eller komjölkspecifika IgE-antikroppar i RAST. Å andra sidan utesluter ett negativt RAST förstås inte en sjukhistoria som tydligt talar för komjölksproteinallergi. Motsvarande gäller för andra vanliga allergiframkallande ämnen. Hur kommer det sig då att man kan ha nytta av testning och provtagning i utredningen av ett allergiskt barn!? Förklara kort! (3p)

*Det finns icke IgE medierad komjölksproteinallergi, denna detekteras inte mha RAST, endast mha pricktest. Dock kan även pricktestet vara falskt negativt. Uteslutningsmetoden i kombination med RAST och pricktest är bäst.
3p något mer??*

Fråga 23

Ange kort bakgrunden till att allmän vaccination mot Hemophilus influenzae anses önskvärd i Sverige! (2p)

Meningit

Fråga 24

Varför behöver vegetabiliska proteiner kombineras i kosten till ett barn som föds upp huvudsakligen på vegetabilisk föda, medan att kombinera olika proteinkällor inte är så viktigt beträffande födoämnen från djurriket? (2p)

Man måste få i sig alla sin essentiella aminosyror och alla essentiella aminosyror finns inte i alla vegetabiliska proteiner men däremot i djuren

Fråga 25

Fostret har en ductus arteriosus, som normalt sluts något till några dygn efter födelsen. Ibland kvarstår emellertid denna förbindelse i många månader, ja årtal och betecknas då persisterande ductus arteriosus (PDA).

Motivera svaren på frågorna nedan med de tryck- och resistensförhållanden som råder hos fostret resp. extrauterint!

a) I vilken riktning flyter blodet genom ductus före födelsen? (2p)

A. Pulmonalis till aorta (högre tryck i lungkretsloppet hos fostret)

b) Vilken är flödesriktningen hos ett litet äldre barn? (2p)

Aorta till A. pulmonalis (alltså vä till hö)

Fråga 26

Vilka symptom ger brist på följande näringsämnen upphov till hos barn?

vitamin A (1p) *blind*

b) vitamin D (1p) *rakitis*

c) jod (1p) *hypothyreos*
järn (1p) *anemi*

Fråga 27

Hugo, 1 år och 8 månader, kommer till akutmottagningen på distriktsläkarmottagningen i Mellansverige. Mamma berättar att han har varit förkyld i någon vecka men att han också haft hosta och snuva. Han har de senaste två dygnen fått tilltagande andningsbesvär. Han har fått Bricanyl mixtur hemma som man fått utskrivet tidigare för hosta, det hjälper knappast. När Du ser honom är han blek och kallsvettig men ej cyanotisk. Han sitter i mammas knä med uppdragna axlar, har indragningar. Vid auskultation finner Du svaga andningsljud, rhonki samt förlängt expirium. Andn. Frekv. 55-60, temp 38,6o.

a) Nämn minst 3 akuta åtgärder som måste vidtagas för att få grepp om denne medtagne pojke. (2p)
syrgas, blodgas, saturation (och CRP, RS virus?)

b) Vad behandlar du med för mediciner? Minst 2 olika skall anges. (2p)

ailos (NaCl + adrenalin) och ev. b2-receptor agonist (Ventoline) och ev. inhalationssteroider.

Fråga 28

Nämn fyra kliniska symtom vid leukemi hos barn och relatera/förklara varje symtom till den hematologiska bakgrunden. (4p)

Trötthet, infektionskänslig, blödningsbenägen -allt relaterat till förändrad blodbild

Viktnedgång, nattliga svettningar.

Fråga 29

Till akutmottagningen kommer en 2 mån gammal flicka med mamma som enligt mamma rullat ner från sängen. Hon skrek meddetsamma och man sökte därför inte läkare. Nu 2 dygn senare har dock flickan börjat kräkas, vilket gjort mor orolig. I status hittar du en flicka med ett blåmärke på tinningen, som verkar färskt. Hon har vidare blåmärken på båda sidan om bröstkorgen, vilka verkar vara av samma datum. Flickan verkar pigg och skrattar mot undersökaren. I status i övrigt inget anmärkningsvärt. Hur bör detta handläggas? (3 p)

Misshandel i kombination med gastroenterit? Eller commotio-kräkning? Inläggning. Fullständig anamnes och status. Lab. Röntgenundersökningar. Ögonkonsult. Anmälan till socialen.

Fråga 30

Stina 5 år har sedan tre dagar haft utslag på benen som är lokaliserade till baksidan av låren, på skinkorna samt på underbenen. Utslagen är rödblå från mm stora till flera cm stora. De går ej att trycka bort. Hon har dessutom svullnad vid fotleden samt därav hälta. Det senaste dygnet har hon dessutom klagat över bukont. Vilken diagnos ligger närmast till hands? Vilka enkla prover vill du ta och varför? Hur kan man behandla buksmärtorna? (4p)

Henoch-schönleins purpura

Klinisk diagnos! CRP/SR kan vara förhöjd. Kolla u-sticka, risk för IgA-nefrit, ska följas under minst 6 månader. Om kvarstående besvär och proteinuri kan njurbiopsi behövas.

Smärtan kan behandlas med Alvedon, Ipren eller Kortison (om uttalade besvär)

Fråga 31

Sture, 7 år, har sedan två månader börjat bli gnällig och missnöjd. Vid några tillfällen har han vaknat och klagat över huvudvärk. Vid flera tillfällen de senaste veckorna kräcks på morgonen. Han berättar också att han ser dubbelt, och i status misstänker du abducensparens.

Vilken sjukdom misstänker Du i första hand? (1p)

Hjärntumör

Vilka (minst två) undersökningar önskar Du utföra för att kunna fastställa/utesluta Din misstänkta diagnos? (2p)

Neurostatus och CT skalle.

Hur förklarar du abducensparensen? (2p)

Tumör hos barn sitter oftast i bakre skallgropen och således när kranialnerverna - påverkan? Eller tror ni att det kan bero på tryckstegringen? Eller både och?

2008-04-25

Multiple Choice Questions (MCQ) Här nedan ska Du sätta ett kryss för eller på annat sätt tydligt markera det alternativ som du anser gäller. Bara ett av svarsalternativen ska markeras, men i några fall innefattar ett svarsalternativ flera av de övriga. Ett poäng ges för varje rätt besvarad fråga.

1. En 3-åring kommer akut med fadern, som är mycket upprörd, för sonen svimmade nyss och hade kramper. "Han var blå i ansiktet och jag trodde att han skulle dö! Jag gav honom mun-mot-mun-andning." Pojken hade blivit arg och upprörd i en konflikt med sin lillebror 1 år och han skrek och skrek, varpå han plötsligt tappade andan, föll till golvet och hade ryckningar i armar och ben, svart-blå i ansiktet. Efter en kort stund vaknade han och verkade helt normal. Vid undersökning finner Du honom helt obesvärad, normalutvecklad och normalstor för åldern. Beskrivningen motsvarar bäst ett av följande alternativ:

Temporallobsepilepsi
Fieberkramper
Benign barnepilepsi
Affektkramper
Hjärtarrytmi

SVAR: Affektkramper

2. Vilken är den kortaste graviditeslängd (veckor) där kejsarsnitt på fetal indikation kan övervägas?

24
21
27
30
33

SVAR:

3. Viktskattning av foster med ultraljud baseras på mätning av:

AD + FL + biparietal diameter (BPD)
Abdominell diameter (AD)
Abdominell diameter + femurlängd (FL)
AD + FL + BPD + humerusrängd
Alla metoder är användbara.

SVAR: AD + FL + biparietal diameter (BPD)

4. Vilket av följande undersökningar görs rutinmässigt på MVC?

Chlamydiaodling
Smear
Grupp B streptokocker
Alla görs rutinmässigt.
Luesserologi

SVAR: lues

5. Vilken av följande bjudningar har den största bjudande diametern?

- Ansiktsbjudning
- Kronbjudning
- Pannbjudning
- Hjässbjudning
- Sätesbjudning

SVAR: Pannbjudning störst diameter (13,5 cm). Oftast övergående till hjäss- eller ansiktsbjudning. Annars absolut förlossningshinder. Vad kan annars sägas om bjudningar? Framstupa ansiktsbjudning är också absolut förlossningshinder, men vidöppet kan gå bra. Använd ej VE i ansiktet, det blir inte så bra. Vanligast är framstupa kronbjudning. Minst diameter, mest fördelaktigt. Sätesbjudning har en liten diameter fram tills dess att huvudet ska ut. Då kan det ta stopp, och det blir inte så bra.

6.

Vad har Mifepristone för verkningsmekanism?

- Antitestosteron
- Antiprogesteron
- Antiöstrogen
- Prostaglandin

SVAR: Antiprogesteron

7.

Vilket av följande alternativ motsvarar bäst recidivrisken vid konventionell prolapskirurgi?

- 10 %
- 30 %
- 50 %
- 70 %
- 90 %

SVAR: 30 % behöver reopereras

8.

Vilken symptomtriad stämmer bäst för endometrios?

- Dysfagi, dysmenorré, ovulationssmärta
- Dyspareuni, dysmenorré, infertilitet
- Dyspepsi, dysmenorré, melena
- Dyspareuni, dysmenorré, dysestesi

SVAR: Dyspareuni, dysmenorré, infertilitet

9.

Vilket påstående stämmer bäst om GnRH-analoger?

- Ger initialt nedreglering, därefter stimulering av gonadotropinreceptorn
- Risk för osteoporosutveckling efter 3 månaders behandling
- Risk för bestående klimakteriella symptom
- Risk för initial förvärring av endometriossmärtor

SVAR: ???

10.

Malignitetstecken vid ultraljudsundersökning av cysta hos premenopausal kvinna är:

- Excrecenser, septa
- Vätska i buken, orörliga förhållanden

Samtliga alternativ, utom Ekofri....

Solida partier

Ekofri cysta > 8 cm (om den är så stor och pat. är premenopausal kanske man ska tänka malignitet även här??) Om pat vore postmenopausal ska man absolut tänka malignitet

11.

På BVC träffar du Elsa 8 månader. Hon ammas fortfarande enbart och "vill inte ha någon annan mat". Vilken av nedanstående nutrienter löper hon störst risk att utveckla brist på?

Protein

Vitamin C

Zink

Järn

Vitamin A

SVAR: Järn

12.

Vilken av följande kombinationer av lab-svar stämmer bäst med vad man brukar se vid hyperten dehydrering?

Na 152, K 3,0, Cl 120, BE -10

Na 152, K 3,0, Cl 120 BE +10

Na 128, K 5,5, Cl 120, BE -10

Na 128, K 5,5, Cl 120, BE +10

SVAR: Man får ju iaf hypernatremi och har man haft rejäla diareér så blir man ju acidotisk

13.

En 4 månaders flicka, född fullgången vägende 3,3 kg, som har vuxit och utvecklats normalt hittills, kommer i december månad till Akuten med mor p.g.a. andningsbevär och hosta sedan ett dygn. Andningen har låtit roslig sedan i morse och hon har även haft korta andningsupphåll. Storasyster 4 år är förkyld. I status noteras intercostala indragningar, sekretbiljud från luftvägarna, andningsfrekvens 65/min och temp 38,2. Vilket av följande alternativ stämmer bilden bäst med?

Chlamydia-pneumoniae-infektion

Debuterande barnastma

RSV-infektion

Kikhosta

Bakteriell bronkopneumoni

SVAR: RSV-infektion

14.

Vilken av följande anamnestiska omständigheter är oförenlig med (gör att man inte kan sätta eller fasthålla) diagnosen feberkramp hos ett 8-månaders barn som kommer in akut för ett symmetriskt krampfall med medvetandeförlust i samband med feber? (Man kan naturligtvis efter utredning u.d. epilepsi? komma fram till att det var feberkramp i alla fall.)

Debutålder 8 månader

Ingen känd krampsjukdom i släkten

Tonisk-klonisk kramp med cyanos och medvetslöshet

Sjukhusvårdad för skallfraktur vid 2 månaders ålder ?? Ja

Sjukhusvårdad för gastroenterit med uttorkning förra månaden

15.

Vilken av de följande virusinfektionerna i barndomen kan ge komplikationer som leder till pancreatit, artrit, orkit eller dövhet?

Mässling
Påssjuka
Röda hund
Vattkoppor
Femte sjukan

16.

Vad kan vara orsak till en vit pupill vid undersökning av ett spädbarn med "genomfallande ljus" (undersökaren tittar genom ljuskällan, t ex en ögonspegel)?

Congenital cataract

Retinoblastom

Samtliga diagnoser

Retinopathy of prematurity ROP

Congenital glaucoma

Samtliga utom ROP

SVAR: Det är ju iaf katarakt och retinoblastom, men om det kan screena för glaukom (ger ju stora oxögon) eller ROP vet jag ej

Nej endast katarakt och retinoblastom enl. ögonläkare i Lund som jag frågade idag.

17.

Vid ett shuntvitium som en stor VSD kan barnet utveckla hjärtsvikt efter några veckor i livet, p g a att lungkärlesresistensen successivt sjunker och flödet genom defekten därför ökar. Dessa fall upptäcks ofta på BVC och symtomen är viktiga att känna igen.

Vilken av följande kombinationer beskriver bäst symtomen?

Pretibiala ödem + basala rassel + tachypne

Tachypne + cyanos + leverförstoring

Leverförstoring +cyanos +failure to thrive

Matningssvårigheter + tachypne + leverförstoring

Hepato-splenomegali + tachypne + failure to thrive

18.

Beträffande de möjliga följderna när en vuxen skakar ett spädbarn (shaken baby syndrome) stämmer ett av följande alternativ bäst

Subarachnoidalt hematoma

Blödningar i ögats näthinna

Skador direkt på nervcellerna??

Samtliga dessa patologier

Subduralt hematoma

Samtliga alternativ utom Skador direkt på nervcellerna

19.

Vilket av följande gäller för yttre vändning av sätesändläge?

Placenta previa är kontraindikation

Görs lämpligen i vecka 35

Tidigare sectio är kontraindikation

Först görs en bäckenmätning

Är olämpligt hos omföderskor

20.

Lotta 30 år, I-grav I-para med PN -91 söker p g a mellanblödningar och blödningar efter samlag. Vilken av följande sjukdomar bör Du framför allt tänka på?

Myom

Endometrios

Anovulatorisk blödning
Endometrie cancer
Cervix cancer

21.

Vilken är minimiåldern (år) för sterilisering på egen begäran i Sverige?

20

18

25

15

35

22.

Vad anger Pearl Index?

Hur många graviditeter som förhindras per 100 kvinnoår

Hur många graviditeter som aborteras per 100 kvinnoår

Hur många graviditeter som inträffar per 100 kvinnoår

Hur många graviditeter som slutar med missfall per 100 kvinnoår

23. *Vilken del av huvudet är ledande vid den normala förlossningen?*

Stora fontanellen

Lilla fontanellen

Sutura sagitalis

Höger eller vänster parietalben

Ansiktet

24. *Vilken är den vanligaste orsaken till blindhet hos barn globalt?*

Jod-brist

Trakom (chlamydia trachomatis)

Vitamin-A-brist

Mässling

Vitamin-D-brist

25. *En 4-åring som under förloppet av en diarréinfektion får svår anemi och stigande kreatinin och urea har mest sannolikt utvecklat ett av följande:*

Reyes syndrom

Hemolytisk kris av parvovirus

Autoimmun hemolys

HUS

26. *Framför allt vilket kolhydrat finns i både bröstmjolk och bröstmjölksersättning?*

Galaktos

Sackaros

Laktos

Pentos

Glukos

27. *Vilken medfödd hjärtmissbildning (VOC) har svagare pulsar i benen än i armarna?*

Ventrikelseptumdefekt

Förmaksseptumdefekt

Coarctatio aortae

Pulmonalisstenos

28. *Pubertas praecox är första pubertetstecken före en av följande kombinationer av åldrar, vilken kombination?*

9-10 år för flickor och 8 för pojkar
9 år för både flickor och pojkar
8 år för både flickor och pojkar
9-10 år för pojkar och 8 för flickor

29. *P.g.a. skillnaden i hjärntumörers lokalisation hos barn respektive vuxna, är framför allt ett av följande tidig-symtom vanligare hos barn*

Kramper

Frontal huvudvärk

Ataxi

Morgonkräkningar

Personlighetsförändring??

Personlighetsförändring känns ju mer som ett symptom från frontalcortex? Då barnens hjärntumörer ofta sitter infratentoriellt borde det ju snarare vara ataxi/balansstörning eller morgonkräkningar (kräks är väl iofs ett sen-symptom)

Kortvarsfrågor

Skriv kort och tydligt – texta! Håll Dig till utrymmet som finns i anslutning till frågan!

1. Akutfall. Föräldrarna oroliga patienten mår själv bra

14-årig duktig skolflicka i socialt väletablerad familj. Äldst av 2 syskon. Simmerska på gräns till elitnivå. Tränar mycket och regelbundet. 170 cm lång, väger 46 kg. Börjat bli tvångsmässigt träningsinriktad och inriktad på hälsokost, utesluter socker- och fettinnehållande mat från kosten. Menstruationerna upphörde för 6 mån sedan. Hennes förändrade matvanor började förra hösten m att. Har sedan våren börjat motionera mer (joggning och sit-ups) och även kräkas upp maten. Mamman orolig, flickan tycker att hon mår bra och att mamman överdriver. Vilken diagnos är mest sannolik? (4p)

2. Pojke med skolproblem. Kommer på remiss för barnneuropsykiatrisk utredning. 12-årig pojke. Nyss börjat 6:e klass. Vill ej gå upp på morgnarna. Ont i magen då han närmar sig skolan. Dålig kamratkontakt. Han är 2/2 syskon och kommer från högrepresterande familj. Äldre syster med MVG i alla ämnen. Lättstressad i skolan. Kan bli bråkig och aggressiv när det tar emot. Okoncentrerad och motoriskt aktiv vid undervisning i helklass. Lässvårigheter. Har haft samma läsfröken sedan 1:an. Trivs med enskild undervisning. Skolan tror att det är ADHD. Vid första undersökningen finner Du att han är kroppsligt normalutvecklad som förväntas för en 12-åring. Har inte åldersadekvata intressen. Leker helst med en 7-årig grannpojke. Kan inte läsa lätt text i en sagobok. Ritar omoget och barnsligt. Är deprimerad. Vilken förklaring till hela problembilden bör i första hand övervägas? (2p)

3. Två syskon som kissar på sig på natten. Två bröder 9 och 11 år, från asylsökande familj från mellanöstern, kommer på remiss för utredning av nattlig enures. I fam finns två föräldrar och fem barn. Bröderna har tre yngre systrar. Familjen lever under stor stress. De har nyligen flyttat från en annan kommun och från ett tillfälligt boende till ett mer stadigvarande. De har en liten lägenhet där pojkarna delar rum. Ingen av pojkarna har hittills blivit nattorr och kissar på sig praktiskt taget varje natt. Torra på dagen och urinprov med odlingar har varit ua. Behövs ytterligare utredning, och i så fall vilken undersökning? (2p)

4. Som jourhavande på en narakut får Du en söndagsmorgon ta emot om en flicka 16 år med diabetes sedan 2 år tillbaka, som inkom i ambulans efter att hon hade fått ett krampanfall hemma, när hon stod i badrummet och borstade tänderna. Hon var vid inkomsten vaken fast mycket omtöcknad och blek.

a. Vilken behandling behöver patienten så snart som möjligt? Ange medel, ung. initial dos och administrationsväg!

Vuxen = i.v. 30% glukos 30 ml, eller tills pat vaknar. Om ej infart kan man också ge glukagon

b. Patienten vaknade efter behandlingen Du gav. Några timmar senare är hon mentalt klar fast trött. Modern är mycket upprörd av det som hände och vill av Dig ha en förklaring – "Hur kunde detta hända?" Av svaren på Dina frågor till patienten själv framgår i korthet följande: Hon tar normalt en långverkande insulinanalog Lantus vid 17-tiden och ultrasnabbverkande insulinanalog Humalog till måltiderna. Igår tog hon sin Lantus som vanligt och åt bara litet till middag, varför hon tog 8 enh. Humalog då (mot 16 normalt). Sedan cyklade hon c:a 2 km till sin tjejkompis, som hade föräldrafritt och träffade några andra ungdomar där. Hon drack Coca-Cola zero men åt inte så mycket ("litet chips") på kvällen. När hon kom hem vid 23-tiden, skulle hon ha ätit (en försenad) kvällssmörgås, men var inte hungrig, så hon tog inget insulin heller. Hon brukar ta 4 enh. till kvällssmörgåsen. Hon sov till kl 9:30 idag och hann bara upp ur sängen och till badrummet när detta hände och "det blev svart". Vilken viktig anamnestisk omständighet, som inte har nämnts i denna beskrivning, bör Du efterfråga för att kunna förklara det inträffade för Maria och hennes mamma? (Ett ord räcker som svar här!)

Alkohol

5. Beskriv kort någon perinatal omständighet som kan vara av betydelse (som bidragande orsak) i ett fall med en 1-åring som kommer till Akuten för obstruktiva luftrörsbesvär! (1p)
Tidigare RDS (respiratory distress syndrome) som blivit BPD (bronkopulmonell dysplasi)? Prematur? Hur många skov av obstruktivitet?

6. Vilket är det mest karaktäristiska a) fyndet i vanlig klinisk undersökning och b) laboratoriefyndet vid idiopatisk barnnefros? (2p)

a) ödem b) hyperalbuminuri ??

7. Vilken sjukdom kan framkalla ökad urinproduktion, hypernatremi och dehydrering? (1p)
Diabetes?

8. Vilken typ av diet (som föräldrarna valt av olika, icke-medicinska skäl) kan orsaka brist på vitamin B12 och spårämnen hos små barn? (1p)
Vegetarisk/vegansk kost

9. En 4-årig pojke kommer till Dig akut för hängighet och blekhet. Du finner Hb 80, vita 4,2 och TPK 13. Vilken sjukdom bör Du misstänka i första hand?(1p)
ALL

10. En 12-årig flicka söker skolläkarmottagningen för att hon är trött och inte klarar skolan så bra längre. Hon har tidigare varit bäst i klassen och idrottat mycket. Hon har minskat ett kilo i vikt senaste tre månaderna. Hon känner sig orolig och har svårt att koncentrera sig. Av och till ont i magen. Har lite sämre aptit sista halvåret. Förnekar kräkningar. Har ibland lösa avföringar. Nämn tre kliniskt relevanta diagnostiska möjligheter samt ett prov eller en undersökning som bör kunna bekräfta just den diagnosen. (2p)

Celiaki

IBD

Psyk?

Lab: transglutaminas ak. F-calprotectin

11. Tora är 6 år och har sedan 5 veckor fått eksem på händerna som kliar väldigt. Mor behandlade själv med hydrocortisonsalva som hon köpte receptfritt på apoteket, men det blev ej bättre. Hon sökte då en kollega som satte in en starkare cortisonsalva och då förbättrades det hela men gick ej över. Man skulle bara använda den salvan i en vecka och så fort man slutade blev det sämre och eksemet har nu spritt sig till underarmarna och lite på fötterna. Du finner ett sönderrivet och lite infekterat eksem på ovannämnda lokalisationer. Eksemets natur är svårbedömd pga av rivmärken. Vilken är den viktigaste genes bör Du

överväga/undersöka innan Du ger råd om den fortsatta behandlingen? (2 p)

12. En 30-årig kvinna som har hösnuva väntar sitt första barn. Maken har haft astma. Hon frågar nu Dig hur minska risken för att barnet utvecklar någon allergi. *Ge henne två medicinskt välgrundade råd beträffande detta! (2p)*

13. Anna 28 år väntar sitt första barn och graviditeten har förlöpt väsentligen normalt fram till vecka 31 då hon vaknar på natten och noterar en blödning som en röd fläck på lakanet, cirka 5 cm i diameter. Hon ringer sin barmorska på MVC på morgonen och denna ber henne för läkarundersökning kontakta Förlossningen, där Du arbetar som underläkare.

Vilka tre undersökningar är viktigast att göra vid besöket? (3 p)

vaginalundersökning, ULJ, urinsticka

14. Nämn två differentialdiagnostiska utredningar som bör göras vid svår hyperemesis gravidarum! (2p)

Mola och flerbörd (oklart om flerbörd räknas som diffdiagnos dock)

15. Ange två metoder som kan användas för att diagnosticera bakteriell vaginos? (1p)

snifftest med KOH

pH - mätning (om bv, över 4,5)

16. Nämn tre preventivmetoder, med olika verkningsmekanismer, som kan rekommenderas till en kvinna med ökad risk för trombosjukdom? (1,5p)

Barriärskydd (kondom/pessar), kopparspiral, gestagenmetoder (spruta, stav, spiral, mellandoserade eller lågdoserade piller)

17. Nämn två typer av funktionella cystor och deras respektive uppkomstmekanismer!(2p)

Follikelcysta

Corpus luteum cysta

18. Till vilken gestationsålder gäller den fria aborten i Sverige?(1p)

Tom v.18 men vid särskilda skäl tom v.22. (Mellan vecka 18 och 22 krävs tillstånd från Socialstyrelsen.)

19. Vilken abortmetod är lämpligast för en kvinna som önskar abort i v. 14+3? (1p)

2-steps behandling. Mifegyne + Cytotec. Därefter gynundersökning och eventuell exceres.

20. Vilka kliniska symtom hos en baby gör att Du misstänker en genital infektion hos mamman? Ange tre infektioner (olika agens) och de symtom som barnet har! (4p)

21. Hur diagnostiseras en högervänd framstupa kronbjudning vid yttre palpation med avseende på: (3p)

Smådelar *Leopolds andra handgrepp - smådelar på mammans högra sida*

Rygg *Leopolds andra handgrepp - rygg på mammans vänstra sida*

Största segment

22. Du blir kallad till förlossningsavdelningen för att bedöma en CTG registrering. En omföderska i graviditetsvecka 39 har för tre timmar sedan fått ett oxytocindropp kopplat p g a glesa värkar. CTG visar att fostrets hjärtfrekvens är 170. Efter de flesta kontraktioner ses en nedgång av fosterhjärtfrekvensen. Enligt registreringen varar kontraktionerna cirka 60 sekunder och pausen mellan värkarna är ungefär 20 sekunder. Vilken blir Din första åtgärd? (2p)

Sänk eller stäng av droppet? Värkstorm

Basalfrekvens på 170 och sena decelerationer är patologiskt! Det här barnet är stressat, överväg sectio?

23. En tidigare frisk omföderska kommer till MVC i vecka 19 p g a att hon tycker att hjärtat slår för snabbt. Hon anger inga andra symtom från hjärtat. I status noterar Du regelbunden hjärtrytm; frekvens 92. Blodtryck 100/60 mm Hg. I övrigt inget anmärkningsvärt. Du utreder henne med EKG som är normalt bortsett från sinustakykardi. Thyreoideaprover u a. Hb 97 g/l. Nämn två kliniskt relevanta orsaker till patientens takykardi! (2p)

24. En förstföderska har blivit förlöst med VE. Barnet vägde med 4.4 kg. Placenta har avgått och förefaller fullständig. Uterus palperas fast. Fundus uteri palperas cirka fyra tvärfingrar under naveln. Efter placentas avgång har patienten blött en knapp liter och blöder fortfarande. Vilken är den troligaste blödningskällan? (1p)

25. En kvinna med insulinbehandlad diabetes typ 1 kommer till dig på distriktsläkarmottagningen.

a) Hon planerar att försöka bli gravid och undrar om du har några råd (minst två) att ge (2p)

b) Vilka komplikationer kan uppstå under graviditeten? Nämn två! (2p)

PBD-frågor

Här nedan förväntas Du författa en preliminär bedömning på 4-6 rader av det beskrivna fallet. Tag med bara det viktigaste. Föreslå sedan en preliminär diagnos, eller flera, och i det senare fallet vad som mest talar för det ena eller det andra. Ange slutligen Dina initiala åtgärder inklusive inläggning på sjukhus eller ej, viktiga undersökningar och behandling. Telegramstil kan användas, men tankegången måste framgå klart.

1. 2008 01 03 kl 13. En 31-årig kvinna inkommer till förlossningsavdelningen i Lund med obehag i buken. Vid läsning av MHV 1 ser man att hon 2004 hade hon ett missfall och att hon 2005 födde sitt första barn med kejsarsnitt pga sätesbjudning i vecka 31. Man hittade ingen orsak till den för tidiga födelsen. Hon fick värkar och förlossningen gick inte att stoppa. Barnet mår idag bra. Ingen angivelse av sjukdom finns förutom att hon haft upprepade urinvägsinfektioner.

Hon är nu gravid med BPU 2008 03 23. Graviditeten har varit ua. För en vecka sedan var på ultraljudsundersökning av cervix och det var bra.

De sista dagarna har hon haft litet obehag i buken men sonen har haft maginfluensa. Idag kl 10:00 tilltog besvären och det känns mera som ett tryck nedåt. Ingen vattenavgång eller blödning.

Vid undersökningen känner Du att magen blir hård med relativt jämna mellanrum. Bltr 110/70. Urinprov +/0, nitritstickan rosafärgad. Temp 37,8. CTG visar en basalfrekvens på ca 140. Värdet varierar mellan 136 och 142. Inga direkta accelerationer men inga decelerationer. Vaginalt ultraljud visar en cervix på 1,4 cm med en funnelering på 7 mm. Formulera Din PBD av detta fall:

2. 2007-09-11. En 47-årig kvinna söker för långdragna blödningar och buksmärtor. Av den gynekologiska journalen framgår att hon fött barn 1985, 1987, 1990 och 1992. Alla förlossningar har varit normala. Dessutom hade hon ett missfall 1980 och en legal abort 1988. Fick spiral insatt i samband med abortingreppet och efter detta en salpingit som antibiotikabehandlades. Efter senaste partus åter kopparspiral.

Patienten har haft regelbundna menstruationer fram till mitten av maj 2007. Från mitten av juni till september haft mellanblödningar. Sökte akut i slutet av juli p g a blödningar då man avlägsnade spiralen på misstanke om att denna orsakade blödningstrasslet. Eftersom blödningarna inte upphörde sökte hon åter akut och blev insatt på per oral gestagen behandling under 10 dagar. Trots detta fortsatta blödningar. Man förordade hormonspiral som patienten fick insatt i oktober. Vid återbesök januari -08 fortsatta blödningar. Hon upplever att hon är trött på blödningarna. Smear och endometriebiopsi u a.

AT: Gott och opåverkat.

Buk: Mjuk och oöm.

Inre undersökning: Vulva u a. I vagina blodtillblandad flytning. Uterus anteflekterad, drygt hönsäggstor, myomatös, ej ömmande, fast, fritt rörlig. Sidofritt.

Vaginalt ultraljud: Uterus generellt myomatös med tunn endometrieslemhinna. Spiral in situ. Ovarier bilateralt u a. Ingen fri vätska i buken.

Lab: Hb 131g/l, vita 6,7, trombocyter 302.

Har inte haft någon effekt av hormonspiral varför man diskuterar om hysteroskopi samt destruktion av endometriet. Planerar dock för vaginal hysterektomi med bibehållna adnexa samt information om konverteringsrisken.

PBD:

Fortsätt ev på baksidan

3. En 13-årig pojke kommer med fadern till Din skolläkarmottagning och beskriver hjärtklappningar, svimningstendens med yrsel och ont i bröstet av och till senaste månaderna. När pojken gått tillbaka till sin klass, återkommer pappan och visar Dig ett pedigree med utlåtande från ett kliniskt-genetiskt lab i Holland. Se bilagan! Sonen har positionen III:4 i detta pedigree. Systemen är 11 och helt frisk, "så vitt vi vet". Det handlar om Marfans syndrom, och drabbade personer utvecklar ofta vidgning av aortaroten i unga år, inte sällan med tillstötande ruptur. De är ofta långa och slanka med översträckbara leder. Det var nyligen som föräldrarna blev medvetna om förekomsten av sjukdomen på pojkens mors sida i släkten. Mormor dog plötsligt "av hjärtslag" och pojkens mors båda syskon, som lever med sjukdomen är "rätt handikappade". Inget onormalt upptäcktes hos modern, men fadern är nu angelägen om att sonens hjärta undersöks noga, och han vill inte att sonen deltar i gymnastik förrän hans aktuella besvär har blivit utredda.

Socialt: Far säljer bilar. Modern arbetar i affär. Familjen bor i lägenhet 4 rok. Går i 7:an och tycker bäst om fysik och sämst om religion i skolan. Spelar basket på fritiden.

Tidigare hälsa: Bröt armen i 6-årsåldern, annars aldrig varit på sjukhus. Vuxit och utvecklats normalt. Haft vattkoppor. Vuxit mycket på längden senaste 6 månaderna (c:a 8 cm). Närsynt.

Aktuellt: Särskilt i stående, typ biljettkö, kan pat. få hjärtklappning, svimningskänsla och yrsel och första gången han kände detta var för kanske fyra månader sedan. Har aldrig svimmat. Ibland kommer hjärtklappningen vid lindrig ansträngning (som att gå i trappa) och då gör det även ont till vänster i bröstet så att han måste stanna. I basketträningen går det bra när han väl har värmt upp och han har inte märkt någon försämrad "kondis". Han svettas en hel del om händerna, som ibland är väldigt kalla.

Med: 0

Status

AT Pigg och obesvärad. Åldersadekvat kontakt. Gänglig yngling med. Ingen översträckbarhet i leder. PH4, testes längsta diameter 4 cm

MoS Retningsfritt. Tandstatus u.a.

Ytl gll, thyreoidea: 0 patol palp.

Hjärta. Ingen voussure, inget fremissement. RR 88 slag/min, mjukt systoliskt blåsljud gr II m PM I3 sin. Ingen utstrålning. Toner u.a. Tydligt kluven 2:a ton med andningsvariation.

Perifera pulsar välfyllda och lika i armar och ben

Bltr 110/70

Lungor. Fys u.a.

Buk. Normalkonfigurerad, inga ärr. Hepar, lien ej palp. Ingen ömhet, inga resistenser

Neurol. Pupillerna likstora och reagerar u.a. För ljus och konvergens. Extremitetsreflexer tydliga och lika bilat. Babinski saknas bilat.

PBD: 13-årig pojke med Marfans syndrom på modernet....

Fortsätt ev på baksidan

4. En flicka, 3 år inkommer till akutmottagningen i november med vä sidig hälta.

Soc: 1a barnet till samboende föräldrar.

Her: Finns en moster som har ledgångsreumatism och en faster som har psoriasis.

Tid sjukd: Hade för ett halvår sedan en svullnad av hö knä men hade då mer diskreta symtom och man sökte aldrig läkare. Det hela gick över på 5 veckor spontant. Obstruktiva besvär och använder Beta2 stimulerare med Nebunette.

Akt: För två veckor sedan noterade föräldrarna att vä knä var lite mer svullet än det högra. Har varit förkyld sedan tre dagar och haft lite tempstegring 38,5 men ej feber tidigare under förloppet. Har ej heller aktuella obstruktiva besvär. Föräldrarna har noterat att då hon skall sätta sig ned på huk så lyckas hon inte med det. Hon har inte klagat över smärta i vila och har mest lekt som vanligt med har således haft viss inskränkning i rörelseförmågan. Hon sträcker inte ut vä knä-leden helt. Allmäntillståndet har i övrigt varit gott.

Man vistas sommartid i Stockholm skärgård och hon blir varje sommar fästingbiten. Man har ej noterat några ringformade utslag. I övrigt inga aktuella infektioner de senaste månaderna.

Status: Opåverkad flicka förutom klar snuva. Temp 38.

Mos. Lite rodnad bak i svalget.

Öron: bilat trumhinnor med normal ljusreflex. Ingen rodnad.

Hjärta normal rytm inga biljud.

Pulm fys ua inga aktuella rhonki eller rassel.

Hud: Ingen rash eller annat avvikande.

Ledstatus: Hydrops vä knä, både ovan och under vä knäskål, medialt och lateralt. Värmeökat jämfört med hö knä. Ingen rodnad. Har en klink-häl diastas på ca 20 grader. Kan ej sträcka ut vä knä fullt ut, ca 10 graders sträckdefekt. Övriga samtliga små och stora leder visar inga tecken på synovit eller hydrops. Fullgod rörlighet i samtliga övriga provade leder.

Skriv ett PBD som innehåller: Sannolik diagnos (2p) diffdiagnoser (minst två, 1 p för vardera)

Plan med remisser samt labprover och ev akuta undersökningar du vill ta/göra.

Fortsätt ev på baksidan

SOLO-fråga

Här förväntas Du visa upp kvaliteten på Ditt kliniska tänkande genom att formulera klart och tydligt hur Du tänker kring ett fall. Börja med att nämna och ta ställning till viktiga diagnostiska möjligheter som är farliga och/eller kräver snabb behandling. Gå sedan in på sådant som är vanligt förekommande, i den skisserade situationen i vården här i Sverige. Var selektiv beträffande vad Du tar upp, så att det viktigaste framhävs! Undvik att räkna upp många avlägsna möjligheter och ange istället några få högrelevanta! Håll Dig inom rutan och skriv tydligt (texta)! Kom ihåg: "Det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta."

24-årig kvinna, I-gravida, kommer till Din MVC i primärvården i graviditetsvecka 27+4.

Barnmorskan har för en vecka sedan noterat en misstanke om avplanande symfys-fundus-mått, som bekräftas i och med dagens mätning. Patientens blodtryck förra veckan var 130/85 och idag är blodtrycket 150/100. Hur bör detta fall handläggas idag - och på sikt? Vilka omedelbara risker finns för både mor och barn? Om Du gör rätt och förloppet blir glatt fram till partus, vilka risker kvarstår då för barnet i nyföddhetsperioden, som en följd av moderns aktuella tillstånd?

(Ruta för ung. 20 handskrivna rader.)

This is a family with several cases of doctor-verified Marfans syndrome (filled symbols), including two family members who died of aortic rupture at young age. The above pedigree has been established by this Department based on interviews with and tests on family members. Mutation screening has identified a truncating mutation in the Fibrillin gene. In the pedigree, "M" denotes the mutation (Arg165Stop) found in the family and "-" denotes the normal allele found in the person above the symbols. If no genotype is shown the person has not been tested.

1. Sofia är II-gravida, I-para och i graviditetsvecka 37+0 när hon kommer till Förlossningsavdelningen med värkar. Värkarna har pågått i en timme och kommer allt tätare och ökar i styrka. Fostervattnet avgick för 15 minuter sedan och var blodtillblandat. Infartskanyl sättes. CTG pågår och är normalt. Buken palperas mjuk mellan värkarna men är kraftigt öm till höger. FFD huvud. Ultraljud visar hjärtaktivitet med 160 slag per minut och placenta i fundus.

Vilken diagnos måste uteslutas? (2p)

svar: Ablatio placenta

2. Siv har precis fött sitt andra barn. Placenta är fullständig men uppvisar ett koagel i ena kanten. Barnmorskan tillkallar dig då patienten har börjat blöda kraftigt.

Nämn 3 orsaker till blödning postpartum hos denna patient? (3p)

svar: Uterus atoni, ruptur i förlossningskanalen, koagulationsrubbnings

3. Sonja är förstföderska och inkommer i graviditetsvecka 28+2 med kraftiga värkar. CTG visar regelbundet värkarbete med 10 minuters mellanrum. CTG-kurvan är ua.

a) Vilka prover ordinerar du? (2p)

svar: Temp, CRP, vaginalodling, urinodling

b) Ordinerar du någon behandling och i så fall vad? (1p)

svar: Kortison och bricanyl

4. Selma har hypertoni sedan 2 år tillbaka och behandlas med Renitec® (ACE-hämmare) och har nyligen vid kontroll visat sig ha en normal njurfunktion.

Selma planerar en ny graviditet. Hon är orolig eftersom hon har haft minst två missfall och år 2003 hade en tidig och svår preeklampsi.

a) Vad ger du för viktig information vid besöket? (2p)

svar: ACE-hämmare skall sättas ut (ev bytas) vid graviditet

b) Vad kallas syndromet du misstänker med tanke på henne obstetriska anamnes? (2p)

svar: Antifosfolipidsyndrom

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 3(3)

5. Sissi inkommer till förlossningen i graviditetsvecka 30 från sin mödravårdcentral där man funnit ett blodtryck på 145/95 och en urinsticka med protein 2+. Dessa undersökningar kontrolleras vid inkomsten. Patienten mår bra. SF-mått ua. CTG ua.

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

svar: Leverenzym, njurprover, blodstatus (trombocyter) ev koagulationsprover

b) Vilka undersökningar ordinerar du? (1,5p)

svar: Urinsamling, blodtryckskontroll och ultraljud

6. a) Vilka 4 parametrar är viktigast för att bedöma om en CTG-kurva är reaktiv? (2p)

svar: Basalfrekvens 110 – 150, variabilitet >5 spm, 2 accelerationer eller mer under 20 minuter och avsaknad av decelerationer

b) Beskriv med ledning av ovanstående om dessa två CTG-kurvor är normala eller patologiska (2p)

svar: 1, normal, 2 patologisk

Kurva 1

kurva 2

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 4(4)

7. Susanne, frisk förstföderska i graviditetsvecka 40+1 inkommer med värkar kl 02.00.

CTG-kurva ua. Cervix utplånad och öppen 3 cm.

Patienten har regelbundna värkar, cirka 3 per 10 minuter. Kl 05.00 undersöker du igen och finner oförändrat cervix-status. Vad gör du? (2p)

svar: Amniotomi alternativt syntocinonbeskrivning om vattnet har gått

8. a) Kan 2 Rh+-makar få Rh-negativt barn? Motivering? (1p)

svar: Ja, om båda är heterozygota, kvinnan Rh+ Rh-, mannen Rh+ Rhb)

Risken för Rh-immunisering kan minskas genom en profylaktisk behandling, vilken? (1p)

svar: Anti D

c) Nämn två situationer då denna behandling skall ges? (2p)

svar: Rh-negativ kvinna som föder Rh-positivt barn. Amniocentes. Vändning av sätessänlagge. Blödning under sen graviditet.

9. a) Vilka parametrar bedöms vid Bishops score? (2,5p)

svar: Position, station, konsistens dilatation och längd

b) Nämn den vanligaste situationen när detta score användes? (1p)

svar: Induktion av förlossningen

10. Rita med gängse partogramsymboler hur fosterhuvudet roterar från bäckeningången till bäckenbotten vid okomplicerad högervänd framstupa kronbjudning. Ange patientens högra sida (3p)

i bäckeningång V H

i bäckenmitt V H

i bäckenutgången V H

bäckeningång

bäckenmitt

bäckenutgång

svar:

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 5(5)

10. Gustava kommer till dig för rutinundersökning med smear. Vid gynundersökningen finner du en mandarinstor relativt fast resistens till vänster om uterus. Resistensen är rörlig och oöm. Hur handlägger du fallet? Ultraljud visar en enrummig oöm cysta = 6 cm

a) Om hon är 27 år och har regelbunden mens? (2p)

svar: Expektans, ev p-piller, ny kontroll om 3 månader

b) Om hon är 61 år och haft en menopaus för 8 år sedan? (1p)

svar: Laparotomi/laparoskopi

12. Definiera följande begrepp

a) menorrhagi

b) metrorrhagi

c) polymenorré

d) oligomenorré

(2p)

svar: a) Riklig menstruationsblödning, b) Acykliska mellanblödningar c) Tåta menstruationer, d) Glesa menstruationer

13. Gullan, 35 år, II-gravida, söker akut pga riklig blödning i v 12+2. Vid ultraljudsundersökning

syns inget foster men cystiska uppkläringar i uterus. (1p)

a) trolig diagnos?

svar: mola

14. 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. Ej 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) Ojämn, tom hinnsäck i uterus? (1p)

svar: Avvaktar

b) Förtjockat endometrium, inget patologiskt åt sidor (1p)

svar: Följ s-hCG

c) Jämn hinnsäck med levande foster i uterus (1p)

svar: Expektans

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 6(6)

15. Redogör kortfattat för den nu gällande svenska abortlagen = vem har rätt till fri abort? (3p)

svar: Abort är fri för rättskapabel person som är svensk medborgare eller är bosatt i riket under förutsättningen att grav ej passerat 12:e vecka. Därefter och t.om. 18:e veckans utgång fordras kuratorssamtal. Person som ej är bosatt i riket måste ha Socialstyrelsens tillstånd. Abort får efter 18:e graviditetsveckans utgång utföras om särskilda skäl föreligger och fostret ej kan anses vara livsdugligt utanför livmodern. Detta ärende måste prövas av Socialstyrelsen.

16. Två väninnor (A och B) skall åka på en veckas utlandssemester om 3 veckor. De är friska och har ett normalt gyn-status. De önskar att menstruationen inte skall inträffa under semestern. Vilken handläggning föreslår du?

a) A som är 25 år och som står på Follimin och som beräknar att hon får menstruation under semestern? (1p)

svar: Fortsätt med ny karta direkt

b) B som är 27 år och har regelbundna menstruationer och som också beräknar få sin menstruation under semestern? (1p)

svar: Gestagen 5 mg 1 x 2 med start 3-7 dagar före beräknad menstruation

17. Du vikarierar som distriktsläkare i Solna. en 26-årig kvinna söker dig sedan hon under ett par dagar märkt en svullnad vid slidöppningen som gör att hon har svårt att sitta. Vid undersökningen finner du nedtill vänster om vaginalöppningen en drygt valnötstor, uttalat palpationsöm, delvis fluktuerande resistens. Vad heter denna åkomma och hur behandlar du patienten? (1p)

svar: Bartholinit. Incision

18. En 39-årig kvinna söker dig på mottagningen för att rådgöra om preventivmedel. Hon har tidigare fött 2 barn, vilka är 12 resp 16 år gamla. För ett år sedan genomgick patienten en legal abort i 10:onde graviditetsveckan. Patienten har nu försökt sluta röka, men ej lyckats. Röker 10 – 20 cigaretter per dag. Patientens far dog i hjärtinfarkt i hög ålder för tre år sedan. Hon vill nu ha ett säkert p-medel. Vad föreslår du? Motivera! (1p)

svar: Hormonspiral. Rökning och ålder över 35 år är en relativ kontraindikation mot COC.

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 7(7)

19. a) Ange de tre vanligaste cancerformerna hos kvinnor (1,5p)

svar: Bröst, colon, lunga

b) Vilken gynekologisk cancer är den vanligaste premenopausalt? (1p)

svar: Cervixcancer

20. a) Gun slutade med p-piller för 2 år sedan för att bli gravid. Söker dig på gynmottagningen tillsammans med sin man. Gynekologiskt status inklusive ultraljud är normalt. Vilka lab-prover ordinerar du? (4p)

svar:

1, s-TSH/ft4

2, s-prolaktin

3, s-progesteron i lutealfas

4, FSH/LH i follikelfas

b) Hur fortsätter du utredningen med Gun? (1p)

svar: 1, Kartläggning av kavitet, 2 tubarpassage

21. Ange de tre diagnoskriterierna för PCOs? (3p)

svar:

1: Oligo- eller anovulation (mensrubbnig, oligomenorré)

2: klinisk eller biokemisk tecken på hyperandrogenism, tex acne, hirsutism, LH/FSH>2, Testo↑, SHBG↓

3: PCO-bild på ultraljud, tex 12 eller flera folliklar och/eller ovarialvolym > 10 ml

22. a) Vilken är definitionen av sekundär amenorré? (1p)

svar: Mensuppehåll > 3 månader

b) När ska den utredas? (1p)

svar: tidigast om 6 månader

c) Vilka lab-prover ordinerar du då? (2p)

svar:

1, TSH/ ft4

2, FSH/ LH

3, PRL

4, gravtest

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 8(8)

23. Gudrun är 72 år och söker för brunaktig flytning. Vid bimanuell palpation finner du

inga suspekta utfyllnader i lilla bäckenet samt en normal uterus. Vid spekulumundersökning hittas en del gammalt blod men inget annat anmärkningsvärt. Vaginalt ultraljud konstaterar ett endometrium som är 7 – 8 mm tjockt.

a) Vilken är den tillåtna övre gränsen för ett postmenopausalt endometrium utan pågående hormonbehandling? (1 p)

svar: Endometriet bör ej vara tjockare än 4 – 5 mm på det tjockaste stället

b) Ytterligare utredning? I så fall hur? (1 p)

svar: Endometriebiopsi eller fraktionerad abrasio

24. a) Hur säkerställer du diagnosen endometrios vid lågt sittande buksmärtor? (1p)

svar: Laparoskopi

b) Vilka tre hormonellt baserade behandlingsalternativ finns för endometrios?

svar: Gestagener, GnRH-analog (1p)

25. a) Sätt namn på serumnivåerna vid normal menstruationscykel i en normal 28 dagars ovulatorisk cykel (4p)

svar: A) LH; B) FSH; C) Östradiol; D) progesteron

b) Ange var menstruation resp ovulation inträffar (1p)

Ovulation dag 15, menstruation dag 1

A

C

B

D

Personnummer (fyra sista siffrorna):..... sid 9(9)

26 Vad är anledningen till att man låter patienter med prolaps använda prolapsring i väntan på operation utöver att man lindrar patientens besvär? (2p)

svar: För att se att patienten ej blir inkontinent

27. Vad är den ungefärliga risken för att graviditeten hos en 40 årig kvinna har kromosomrubbing (Mb Down) i v. 14?

A) 0,03%

B) 0,3%

C) 1,3%

D) 4,3% (2p)

svar: 1,3/ (1/70)

28. Vilken eller vilka förändringar uppträder normalt EJ hos moder under normal graviditet? (2p)

A) Den basal pulsfrekvensen stiger

B) SR stiger

C) S-kreatinin stiger

D) Det perifera kärlmotståndet sjunker

E) Hjärtvolymen ökar

svar: C

29. En 46-årig kvinna med oregelbundna menstruationer det senaste året söker på KK pga riklig blödning sedan 3 veckor efter blödningsuppehåll i drygt 2 månader.

Endometriebiopsi visar MHC (4p)

a) Vad betyder MHC

svar: Metropathia haemorrhagia cystica

b) Vad är orsaken till denna histopatologiska diagnos?

svar: anovulation – östrogen/progestogenkvot hög

c) Lämplig behandling?

svar: cykliskt gestagen

d) Finns det några risker förutom blödningsproblem att avstå från behandling?

svar: corpus cancer

VÄLKOMMEN

till en för DS, HS och KS gemensam

SKRIFTLIG TENTAMEN I OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Fredag den 26 oktober 2007

Personnummer

Max: 71

Godkänt: 47

Resultat: poäng

Lycka till!

OBS! Skriv de fyra sista siffrorna i ditt personnummer på varje sida

SVARSMALL

2

2007-10-23

Personnummer (fyra sista siffrorna)

1) Greta 56 år med menopaus för fyra år sedan kommer till Din mottagning för förnyat recept på HRT som hon har tagit dagligen sedan fyra år. Hon har haft oregelbundna små blödningar sedan några månader, men mår för övrigt bra.

Nämn 5 undersökningar Du bör göra innan hon får ett nytt recept. (2,5p)

Svar: Gynekologisk undersökning, vaginalt ultraljudsundersökning, cervixsmear, endometriebiopsi, bröstpalpation eventuellt kontroll av blodtryck.

2) Vid vilka tillstånd utföres följande operationer: (4p)

a) Hysterektomi och salpingooferektomi bilateralt samt omentresektion.

b) Hysterektomi samt salpingooferektomi bilateralt.

c) Myom enukleation

d) Konisation, diagnostiskt kon

Svar: a) Ovarialcancer b) endometrie cancer c) myom hos kvinna med graviditetsönskan d) starka cervixatypier vid oklara atypier

3) Karolina, 39 år, kommer för att diskutera preventivmedel. Hon är IV-gravida, II-på med PN 2003 och 2005. Hon har dessutom gjort en abort och fick en extrauterin graviditet som opererades 2000. Åt p-piller 10 år innan hon fick sitt första barn. Hon har regelbundna men rikliga menstruationer. Hennes mamma har haft en DVT, för övrigt inget anmärkningsvärt i släkten.

Nämn åtminstone två preventivmedel som i första hand kan rekommenderas Karolina. (2p)

Svar: Hormonspiral (Levonova), P-spruta (Depo-Provera), Barriärmetoden

4) Emma, 42 år, IV-gravida, IV-på inkommer till akutmottagningen p g a tilltagande molvärk nedtill i buken och rygglutet sedan några timmar. Lätt illamående men inga kräkningar. Ingen feber. Tidigare regelbundna menstruationer. Sista mens för två månader sedan.

a) Nämn fem undersökningar/provtagningar som ska utföras. (2,5p)

Svar: Gynekologisk undersökning, vaginalt ultraljud, graviditetstest, CRP, urinsticka.

b) Nämn fyra möjliga diagnoser? (2p)

Svar: Ovarialtorsion, cystruptur, extrauterin graviditet, normal graviditet, appendicit, salpingit/endometrit.

3

5) Du har tyckt Dig palpera en cysta vid gynekologisk undersökning som Du sedan verifierar med vaginalt ultraljud. Du ser en enkel ovarialcysta som mäter 8 cm i diameter. Patienten har inga besvär.

Hur handlägger Du fallet om:

a) kvinnan är 28 år? (1p)

Svar: Expektans med uppföljning med ultraljud, eventuellt p-piller.

b) kvinnan är 58 år? (1p)

Svar: Kirurgisk åtgärd

6) En patient opereras med fullständig prolapsplastik. Vid postoperativ kontroll efter 8 veckor berättar patienten att hon inte kan hålla urinen. Hon läcker vid minsta rörelse och är helt förtvivlad.

a) Vad har hänt? (1p)

Svar: Patient har blivit ansträngningsinkontinent.

b) Motivera varför? (2p)

Svar: Detta beror på en nedsjunken blåshalsvinkel som funnits hela tiden och att prolapsen har gjort patienten tät genom att knicka urethra.

7)

a) Hur tolkar Du detta laparoskopifynd? (1p)

Svar: Extrauterin graviditet

b) Vilka två olika operativa åtgärder kan vidtagas i nuläget? (2p)

Svar: Salpingektomi och tubotomi.

4

2007-10-23

Personnummer (fyra sista siffrorna)

8) Vad visar denna bild?

a) (1p)

Svar. Prolapsring

b) Vilka viktiga uppgifter kan utläsas från en miktionslista? (2p)

Svar: Miktionsfrekvens, total urinvolymer/dygn, volym per miktions, antal läckageepisoder.

9) Åsa är 37 år, II-gravida, II-para. Koniserad för 10 år sedan p g a måttlig cervixdysplasi. Söker nu på gyn.mottagningen p g a coitus blödningar. Har regelbundna menstruationer. Sista mens för tre veckor sedan. Använder ingen prevention.

a) Vilken diagnos måste uteslutas? (1p)

Svar. Cervixcancer

b) Vilka åtgärder måste vidtagas? (2p)

Svar: Papsmear, kolposkopi med riktade biopsier eventuellt cervixabrasio.

10) Sofia är 36 år, 0-gravida som söker för rikliga menstruationer som ökat på senare år. Senaste gyn.undersökningen för tre år sedan u a. Arbetar som laboratorieassistent och har i ett forskningsprojekt fått mäta sina egna mensblodsförluster som varit 88, 91, 87 och 89 ml per mens de senaste gångerna. Hon har nu Hb 98 g/l. Uterus palperas gåsäggsstor, myomatös med en subserös myombuckla i fundus. Fritt åt sidorna. Vaginalt ultraljud visar en inbuktning i kaviteten på 4 cm.

a) Patienten undrar om hennes mensblodsförluster är normala. Vad svarar Du? Motivera svaret? (0,5p)

Svar: Nej, normal mensblodsförlust ej över 80 ml per mens.

5

2007-10-23

Personnummer (fyra sista siffrorna)

b) Hon undrar också hur vanligt det är med myom och om myom av denna typ och storlek kan förklara de rikliga blödningarna. Vad svarar Du? (0,5p)

Svar: 30-40 % av kvinnor över 35 år har myom och kan förklara de rikliga blödningarna.

c) Patienten undrar om det är risk för att myomet fortsätter att växa och vad i så fall stimulerar tillväxten. Vad svarar Du? (0,5p)

Svar: Det finns risk för att myomet fortsätter att växa p g a att östrogen stimulerar tillväxten.

d) Hon undrar om myom kan ha negativ effekt på eventuell graviditet? Hur i så fall? (0,5p)

Svar: Ja, genom att det växer till och minskar utrymmet i uterus-kaviteten.

e) Patienten vill ha hjälp med att minska sina menstruationer och samtidigt inte förlora möjligheten att bli gravid i framtiden. Ge förslag på önskad behandling. (0,5p)

Svar: Cyklokapron samt järntabletter, Levonova-spiral

11) Siv är 68 år, II-gravida, II-para. Menopaus vid 50 års ålder. Urinvägsinfektion vid ett tillfälle i ungdomen. I övrigt väsentligen frisk. Söker nu på distriktsläkarmottagningen p g a täta urinträngningar utan läckage sedan två månader tillbaka. Urinodling negativ vid två tillfällen. Inga smärtor nedtill i buken.

a) Vilken åtgärd vidtager Du? (1p)

Svar: Remitterar patienten till kvinnoklinik.

b) Motivera varför? (1p)

Svar: Misstanke om ovarialcancer föreligger.

12) Greta är 38 år, II-para. Tidigare frisk. Söker nu p g a utebliven menstruation. Vid gynekologisk undersökning är uterus svårbedömd p g a adipositas.

a) Vilket prov tas om amenorré tiden är 3 månader? (0,5p)

Svar: Graviditetstest

b) Vilka prov tas om amenorré tiden är 8 månader? (1p)

6

2007-10-23

Personnummer (fyra sista siffrorna)

Svar: FSH, prolaktin och thyreoideaprover, S-HcG.

13) Definiera begreppen:

a) Metrorrhagi (0,5p)

Svar: Olaga blödningar

b) Oligomenorré (0,5p)

Svar: Blödningar med intervall mer än 35 dagar.

c) Genombrottsblödning (0,5p)

Svar: Anovulatorisk blödningsrubbnings,

d) Bortfallsblödning (0,5p)

Svar: Menstruationsblödning samt blödning under p-piller behandling.

14) Vid mola kan man ibland vid vaginalt ultraljud se bilaterala ovarialcystor.

a) Vad kallas dessa cystor? (1p)

Svar: Thecaluteincystor

b) Vad orsakas dessa cystor utav? (1p)

Svar: Överstimulering av S-HCG

c) Åtgärd? (1p)

Svar: Exspektans

15) En omföderska med en hittills normal graviditet kommer till sin barnmorska i vecka 39. Ett symfys fundusmått på 38 cm uppmätes. Två veckor tidigare var måttet 39 cm. Patienten är orolig och undrar vad det kan bero på. Vilken är den troligaste förklaringen? (1p)

Svar: Huvudet har trängt ned i bäckenet.

16) I en förlossningsjournal under rubriken cervixstatus står det "Bishop Score 6 p. Vilken information ger detta Dig? (2p)

Svar: Står för att cx är mogen och goda förutsättningar finns för induktion

17) En förstföderska kommer till förlossningsavdelningen i vecka 38. Hon har sedan fyra timmar tilltagande kontraktioner; f.n. var 3:e minut. Vid undersökningen finner Du att cervix är cirka 0.5 cm lång och öppen för fingerblomman. I vilket skede av förlossningen befinner hon sig? (1p)

Svar: Latensfas

18) En kvinna med epilepsi, som behandlas med valproat och varit väsentligen anfallsfri senaste året kommer till Dig som husläkare. Hon skulle vilja bli gravid och funderar bl.a. på vad hon skall göra med sin medicinering. Vilken information ger Du henne? (2p)

Svar: Fortsätta med sina mediciner samt börja med folsyra

19) Vilken är den huvudsakliga anledningen till behandling av graviditetsdiabetes med insulin? (1p)

Svar: Undvika excessiv fostertillväxt

20) Nämn 3 skäl till varför ett foster ligger i tvärläge i fullgången tid? (3p)

Svar: Placenta previa, missbildning, myom, avvikande bäcken- eller uterusform, multiparitet.

21) En kvinna med ett tidigare sectio i anamnesen inkommer till förlossningen i vecka 39. Fem timmar efter inkomsten är yttre modernmunnen fullvidgad och huvudet står något ovan spinae. Patienten klagar över svåra ihållande smärtor. Ingen yttre blödning. CTG visar bradykardi med en frekvens kring 60 per minut.

a) Vad blir Din omedelbara åtgärd? (1p)

Svar: Sectio

b) Vad tror Du är orsaken till patientens tillstånd? (1p)

Svar: Uterusruptur

22) Vilka 3 av följande prover ingår i den ordinarie graviditetsscreeningen? (3p)

a) chlamydia

b) lues

c) gonorré

d) GBS

e) toxoplasma

f) CMV

g) rubella

h) HIV

Svar: b,g,h

23)

a) Vilken är den viktigaste anamnestiska uppgiften när man skall bedöma risken för spontan prematurbörd? (1p)

Svar: Graviditetsanamnesen

b) Ungefär hur vanligt är spontan prematurbörd i Sverige? (1p)

Svar: Cirka 8 %

24) En barnmorska ringer Dig angående en 29 årig omföderska i graviditetsvecka 35. För två veckor sedan låg fostret i tvärläge och idag i sätesläge.

a) Hon undrar vad hon skall göra? (1p)

Svar: Avvakta 2 v. till;

b) Vilken är den sannolikaste orsaken till att fostret ligger på detta sätt? (1p)

Svar: Ej ställt in sig ännu.

25) På patientens MHV2 blad kan Du se hennes blodtryck och urinsticksutslag. Hon uppger sig vara frisk tidigare och äter inga mediciner.

a) Vilken diagnos skulle Du vilja sätta på denna patient? (2p)

Svar: Kronisk hypertoni med pålagring av Preeklampsi

b) Vilken blir Din åtgärd som läkare på MVC? (2p)

Svar: In till sjukhus

26) Patientens partogram tillhör en förstföderska. När Du blir tillkallad kl.22.30 har hon sedan cirka 2 timmar regelbundna kontraktioner 5/10 minuter med en duration av 45-60 sekunder.

a) Vad misstänker Du? (1p)

Svar: Disproportion

b) Vad blir Din åtgärd? (1p)

Svar: Sectio

27) Beskriv kortfattat skillnaden mellan begreppen "small for gestational age" och "intrauterine growth restriction". (2p)

Svar: SGA ett statiskt begrepp (punktobservation), IUGR kräver upprepade mätningar (dynamiskt begrepp)

28) En tidigare frisk gravid kvinna inkommer till förlossningsavdelningen p.g.a högersidiga flanksmärta sedan ett halvt dygn. Hon har i något dygn varit subfebril, men har idag 38.4o temperatur. Vilken diagnos misstänker Du? (1p)

Svar: Pyelit

29) Vilken är den gynnsammaste bjudningen att födas i och varför? (2p)

Svar: Minst omfång på det bjudande huvudet.

30) Vad är syftet med en infertilitetsutredning? (3p)

Svar: Anger orsaken till infertiliteten, prognosbedömning, adekvat behandling

OMTENTA

Fråga 1

Christin, en förstföderska i graviditetsvecka 31 kommer till förlossningen med sammandragningar var 5-10:e minut. Vid undersökningen finner Du att cervix är 1 cm lång och öppen 2 cm. En hinnblåsa kan palperas. Ultraljud visar foster i huvudändläge. Uppskattad vikt enligt ultraljud 1200 g; medelvikt enligt standardkurvor vid denna graviditetslängd 1400 g. CTG är normalt.

a) Vad blir Dina åtgärder? Nämn tre. (3p)

Svar: Tokolys, steroider, cervix/vaginalodling, urinodling

b) Hur förlöser Du om cervix utplånas och yttre modermunnen öppnas till 5 cm? (1p)

Svar: Förlöser vaginalt

Fråga 2

Emilia hade vid första MVC-besöket i graviditetsvecka 8 ett hemoglobinvärde på 123 g/l. I graviditetsvecka 32 har Hb-värdet sjunkit till 107 g/l. Emilia mår utmärkt och är i full gång som friskvårdskonsulent. Vad är den troligaste orsaken till denna Hb-sänkning? (1p)

Svar: Fysiologisk utspädning

Fråga 3

Lisa, 20 år väntar sitt första barn. Hon kommer till Dig på MVC i graviditetsvecka 9. Hon har varit frisk tidigare, normalviktig, röker 10 cigaretter om dagen. Uterus motsvarar tiden och hon har ett blodtryck på 130/85. Hennes mor drabbades av preeklampsi under graviditeten och hon undrar nu om hon också riskerar att drabbas.

Nämn **fyra** faktorer i hennes anamnes/och/eller status som ökar risken för preeklampsi. (2p)

Svar: Ung, förstföderska, högt blodtryck, hereditet

Fråga 4

a) Hur mycket bör cervix hos en förstföderska öppna sig per timme under öppningsskedet? (1p)

Svar: 1 cm

b) Nämn **fyra** lämpliga smärtlindringsformer under öppningsskedet. (2p)

Svar: Epidural, paracervikalblockad, TNS, kvaddlar, akupunktur

Fråga 5

a) Nämn fyra kriterier enligt vilka CTG bedöms. (2p)

Svar: Basalfrekvens, variabilitet, accelerationer, decelerationer

b) Är nedanstående CTG-kurvan normal? Motivera. (2p)

Kunde ej klippa in bilden. Kolla tentan. /Adam

Svar: Nej, sena decelerationer och nedsatt variabilitet.

Fråga 6

Nämn fyra orsaker till vaginal blödning under sen graviditet. (2p)

Svar: Ablatio, praevia, teckningsblödning, cervixcancer, vasa praevia, polyp.

Fråga 7

Linda 31 år, är gravid för första gången. Vid besök hos barnmorskan i graviditetsvecka 32 ligger fostret i sätesändläge. Hur handlägger Du detta under den fortsatta graviditeten? (2p)

Svar: Avvakta. Om ej vänt sig i v 36-37 göres yttre vändning.

Fråga 8

En 21-årig kvinna utan preventivmedel söker akut p g a smärtor bandformat nertill i buken sedan 2 dagar. Sista mens u.a för 1 vecka sedan. Hon har fått en liten blodblandad flytning idag. Temp 37.9°.

a) Vilken diagnos bör Du tänka på i första hand? (1p)

Svar: Salpingit

b) Nämn de 3 viktigaste prover Du bör ta akut. (3p)

Svar: CRP, u-HCG, chlamydia-odling.

Fråga 9

47-årig frisk kvinna har sedan c:a 1 år besvärats av att det läcker några droppar urin ibland om hon t ex skrattar, lyfter tungt, hostar och hon lyckas då inte hålla emot. Har aldrig haft UVI. Sista året glesare menstruationer. Vid gynekologisk undersökning tycker Du att vaginalslemhinnan ser litet tunn och rodnad ut.

a) Vilken diagnos misstänker Du i första hand? (1p)

Svar: Ansträngningsinkontinens

b) Nämn två lämpliga behandlingar som Du kan rekommendera. (2p)

Svar: Bäckebottenträning, estrogen lokalt.

Fråga 10

Patienten enligt fråga 9 återkommer efter 6 månader p g a att hennes besvär accentuerats och hon har fått sluta sin danskurs.

Vilken åtgärd planerar Du? (1p)

Svar: Operation

Fråga 11

Anna och Oskar har försökt bli gravida sedan 1 års tid utan resultat, varför de söker Dig för hjälp och råd. Anna hade en chlamydiainfektion vid 17 års ålder, men f ö varit frisk. Hon har något oregelbundna menstruationer. Hon arbetar som miljöteknisk konsult vid ett stort pappersbruk. Oskar är börsanalytiker. Han blev opererad som liten p g a retentio testis.

Nämn minst 3 undersökningar som Du bör göra på paret. (3p)

Svar: Ultraljud med tubargenomspolning, progesteron/serum cykeldag 21, spermaprov.

Fråga 12

En frisk rökfri 50-årig kvinna söker för att hon har fått ganska uttalade besvär med svettningar och värmevallningar på dagarna, framför allt när hon blir litet stressad och hon kan också vakna av detta på natten. Hade regelbundna menstruationer fram till sista mens för 7 månader sedan.

a) Vilken behandling erbjuder Du henne? (2p)

Svar: Cyklisk hormonbehandling med östrogen+progesteron

b) Motivera Ditt val av behandlingsstrategi. (1p)

Svar: Om kontinuerlig tillförsel får patienten ofta mycket blödningstrassel.
Fråga 13

Anna 67 år som tidigare varit kokerska har tidigare varit helt frisk, men kommer till vårdcentralen p g a att hon har noterat små blodfläckar i trosorna av och till sedan någon månad. Noterade liknande liten blödning för 3 månader sedan vid ett tillfälle men vidtog då ingen åtgärd. Inga smärtor. Mår bra.

a) Nämn 4 tänkbara diagnoser som orsak till blödningarna. (4p)

Svar: Corpuscancer, cervixcancer, atrofiska slemhinnor, polyp, prolaps.

b) Nämn minst 3 undersökningar/provtagningar som Du kan utföra på gyh.mott. (3p)

Svar: Endometriebiopsi, smear, ultraljud
Fråga 14

En 38-årig frisk kvinna har varit hos Dig för gynekologisk rutinkontroll. Nu anländer smearsvaret som visar lätt atypi (CIN1). Hur handlägger Du fallet? (3p)

Svar: Kolposkopi, px portio + ev. cervixabrasio
Fråga 15

Anna har under sina 42 år fött 4 barn, senast för 10 år sedan. Sista året har hon noterat molvärk i bäckenet som initialt kändes litet diffust, men som med tiden blivit en mer uttalad tryck och tyngdsmärta som kan sitta i konstant ett par dagar. Har haft regelbundna menstruationer men de har blivit rikligare. De börjar plötsligt och hon har flera gånger blött igenom kläderna. Blödningarna har också blivit mer långdragna, upp till 10 dagar.

a) Vilken diagnos misstänker Du i första hand? (1p)

Svar: Myom

b) Vilka två undersökningar/provtagningar ordinerar Du i första hand? (1p)

Svar: Ultraljud, Hb

c) Vilka två behandlingsalternativ erbjuder Du i första hand? (2p)

Svar: Cyklokapron, gestagener cykliskt.

1. När inträffar menarche hos de flesta flickor (1p)

2. Hur lång är en normal menstruationscykel? (1p)

25-35 dagar

3. Vilka 4 hormoner reglerar menstruationscykeln? (2p)

LH, FSH, östrogen, progesteron

4. Vad menas med primär amenorre? (1p)

att personen aldrig fått mens

5. A) Vad är den vanligaste orsaken, förutom graviditet, till sekundär amenorre? (1p)

B) Vilka prover bör du ta? (2p)

6. Hur behandlas en okomplicerad klamydiainfektion? (1p)

Doxyferm

7. Vilka två epiteltyper skall analyseras vid cellprovstagning från cervix? (2p)

skivepitel, körtelepitel

8. Nämn 2 blodprover utöver virusserologi som kontrolleras regelbundet under graviditeten.

(2p) *Urinsticka och BT*

9. Vad kallas den undersökning som utförs regelbundet under graviditeten för att följa uterus tillväxt? (1p) *Symfys fundus mått*

10. Vad är perinealskydd och varför görs det? (2p)

För att minska risken för perineum bristningar i samband med förlossning.

11. Vad är övre gränsen för normal blödning i samband med förlossningen? (1p)

12. Vilken är den främsta risken med vattenavgång, som ej följs av värkar och förlossning?

(1p) *Infektion.*

13. Hur påverkas behovet av sköldkörtelhormon under graviditet hos en kvinna med hypotyreos? (1 p)

Ökat behov.

14. Hur påverkas trombosrisken under graviditet? (1p)

Ökar

1. Vad kan man diagnostisera med Leopolds handgrepp? (2p)

säteläge och om huvudet är fixerat

2. Vad är perinealskydd? (1p)

3. Nämn fyra puerperalinfektioner? (2p)

4 a. Vad är normal viktuppgång under graviditet hos normalviktiga? (1p)

4 b. Nämn två saker som bidrar till den normala viktuppgången under graviditet förutom fostret, placentan och fostervattnet. **(2p)**

5. Hur förändras följande prover under graviditet? **(2p)**

SR, vita, CRP, TPK

6. Vad är GDM och varför uppstår det? **(2p)**

7. Hur lång är en normal graviditet och från vilken dag räknas den? **(2p)**

8. Förklara vad CTG är och vad det används det till? **(2p)**

9. Hur uttrycker du i en journal att en kvinna haft 2 normala förlossningar och 2 spontana aborter? **(3 p)**

10. Vad är en aflx uterus? **(1p)**

11. Vad är ett högt FSH tecken på och vad är den vanligaste förklaringen? **(2p)**

Menopaus.

12. Definiera sek amenorrhe och när bör det utredas? **(2p)**

3 månader utebliven mens. Utreds efter 6 månader.

13. Nämn två orsaker till ansträngningsinkontinens? **(2p)**

14. Nämn 2 besvär man kan få av cystocele. **(2p)**

15. Nämn 2 infektioner som man screenar för rutinmässigt i början av graviditeten? **(2p)**

Hepatit, HIV

16. Säg två saker som gäller för diagnostik av bakteriell vaginos. **(2p)**

clue cells i wet smear

+ snifftest med KOH