

Emneinddelte eksamensopgaver i gyn-obs juni 2003 – juni 2008

Der tages forbehold for forkert afskrivning, forkert inddeling af emner, manglende billeder, oversete opgaver og fejl i øvrigt.

God læselyst.

Gynækologi	
Kapitel	Spørgsmål
1	Embryologi og anatomi
	<p><i>Hvilke(n) betegnelse(r) dækker for uterin(e) udviklingsanomali(er)?</i></p> <p>A. Uterus vestibularis B. Uterus bicornis C. Uterus didelphys D. Uterus urogenitalis</p> <p><i>Hvad hedder denne uterus anomali ? (billede vedsat)</i></p> <p><i>Retroflekeret livmoder: hvilke(t) udsagn er korrekt(e)</i></p> <p>A: Forekommer hos ca 10 % af kvinderne B: Medfører hyppigt samlejesmerter C: Kan medføre defækationssmerter D: Nedsætter risikoen for graviditet E: Øger risikoen for præterm fødsel</p>
2	Anamnese og undersøgelse
	<p><i>Ved gynækologisk undersøgelse gælder:</i></p> <p>A: Kvinden bør være så afklædt som muligt B: Kvinden bør have fyldt blære og tarm C: Der gøres både inspektion og eksploration D: Udføres aldrig under menstruation</p>
3	Gynækologisk endokrinologi – obs overlapper med kapitel 8 om blødningsforstyrrelser
	<p><i>Menstruationscyklus: nævn fire metoder til at undersøge om en kvinde ovulerer</i></p> <p><i>Amenore: Nævn fire relevante hormonanalyser ved sekundær amenore</i></p> <p><i>Hirsutisme og virilisme: Nævn 3 mulige årsager til forhøjet frit testosteron</i></p> <p><i>PCOs: Nævn fire symptomer på polycystisk ovariesyndrom</i></p> <p><i>Du er praktiserende læge. Du konsulteres af en mor med hendes datter på 17 år, som endnu ikke har fået menstruation. Moderen er bekymret over den udeblevne menstruation og vil gerne have vished for, at datteren ikke fejler noget.</i></p> <p>1. Hvad vil du spørge om og 2. Hvilke(n) undersøgelse(r) vil du foretage? 3. Hvad siger du til pigen og moderen? 4. Moderen vil vide, om der er nogle sygdomme, hvor menstruationen helt udebliver. - Hvad vil du sige?</p> <p><i>Hvilke kønshormoner dannes i ovariet?</i></p>

	<p><i>Nævn 4 årsager til sekundær amenoré</i></p> <p><i>Hvad er rigtigt for PCOs:</i></p> <p>A. Patienten er altid overvægtig B. Insulinfølsomheden er ofte nedsat C. Kvinder med PCO har øget forekomst af endometriehyperplasi og endometriecancer D. Cyklisk gestagen kan bruges til blødningsregulation</p> <p><i>Nævn fire årsager til anovulatoriske blødninger hos kvinder i 20 - 40 års alderen</i></p> <p><i>Hyperprolaktinæmi og galaktoré</i></p> <p>A. Kan ses som bivirkning ved indtagelse af visse medicamina B. Behandles normalt med dopaminagonister C. Hyperprolaktinæmi forstyrrer oftest den normale menstruationscyklus D. Hyperprolaktinæmi skyldes oftest en tumor</p> <p><i>Anovulatoriske blødninger : Nævn tre måder at vurdere vulationsfunktionen på</i></p> <p><i>Blødningsuregelmæssigheder</i></p> <p>A. Graviditet bør overvejes B. Ses typisk lige efter menarchen C. Ses typisk i perimenopausen D. Ses ved polycystisk ovariesyndrom (PCOS)</p> <p><i>Svangerskabets endokrinologi</i></p> <p><i>Angiv 4 substanser specifikke for placenta:</i> For eksempel: – Hormoner, enzymer eller glykoproteiner</p> <p><i>Anovulatoriske blødninger</i></p> <p>En 24-årig kvinde klager over uregelmæssige blødninger af vekslende styrke. Nævn fire relevante hormoner, du kunne undersøge i serum.</p> <p><i>Galaktoré og Hyperprolaktinæmi</i></p> <p>En kvinde med amenorrhoea og galaktoré får påvist et prolaktinniveau 4x over øvre normalgrænse. Nævn vigtigste tentative diagnose Nævn vigtigste relevante undersøgelse</p> <p><i>Pubertas tarda hos piger defineres ved fravær af sekundære køns karakterer efter følgende alder:</i></p> <p>A: 13 år B: 15 år C: 17 år</p> <p><i>Polycystisk ovariesyndrom (PCO)Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i></p>
--	--

	<p>A)Har ofte anovulation B)Har øget risiko for cervixcancer C)Er hyppigt undervægtige D)Bør kun undtagelsesvis behandles med p-piller</p> <p><i>Sekundær amenoré.</i> A: Ses ofte ved adipositas B: Er hyppigst hypotalamisk C: Ses ofte ved hypothyreoidisme D: Ses ofte ved hyperprolaktinæmi</p> <p><i>Nævn fire årsager til anovulatoriskeblødninger i fertil alder</i></p> <p><i>Nævn 2 årsager til pseudopubertaspræcox</i></p> <p><i>PCOs(Stationsspørgsmål): En 17-årig kvinde henvises til gynækologisk afdeling med uregelmæssige blødninger. Det generer hende.</i> 1. Hvilke anamnesticke spørgsmål vil du stille patienten med henblik på belysning af diagnosen? 2. Hvilke undersøgelser kan være relevante ?</p> <p><i>Endokrinologi: Nævn fire metoder til vurdering af ovulationsfunktionen</i></p> <p><i>Hvilke(t) af følgende udsagn om lutealfasener korrekt(e):</i> A: Plasma-LH ligger højt i hele lutealfasen. B: Ovulationen er en forudsætning for omdannelse af endometriet til sekretionsfase C: Ovulation kan påvises ved måling af S-progesteron D: Cervixsekretet påvirkes af progesteron</p> <p><i>Pubertet</i> A Hvilke 2 overordnede hormoner har først og fremmest betydning for pubarchen? B. Hvilke 2 kønsudviklingstræk beskrives af Tannersklassifikation ?</p> <p><i>17 årig pige (Der er et billede af hende på spørgeskemaet) bekymret over aldrig at have haft menstruation,.S-østradiolmeget lavt, FSH = 45 IU/l Den sandsynligediagnose ?</i></p> <p><i>En 12-årig pige med 3 ugers kraftig vaginalblødning.Menarchefor 3 måneder siden.Veludviklede sekundære køns karakterer for alderen</i> A: Hvilken diagnose er den mest sandsynlige? B:Hvilken behandling er mest nærliggende?</p> <p><i>Hvilke(t) af følgende udsagn om menstruationscyklus er korrekt(e):</i> A: Samlet blødning ved normal cyklus er gennemsnitligt ca 100 ml. B: Ovulation forudsætter, at der har været menstruation 14 dage forinden C: Rectaltemperaturenstiger ofte ca ½grad efter ovulationen D: Uregelmæssige cykler ofte anovulatoriske</p>
--	---

		<p><i>Galactoré - Hvilke(n) kan være typisk årsag?</i> A: Psykofarmaka B: β-blokkere C: Diabetes mellitus D: Myxødem E: stress</p> <p><i>Prolaktin:</i> Dannes i hypofysebaglappen Prolaktinsekretionenhæmmes af dopamin</p> <p><i>Hyperprolaktinæmi</i> C.fremkalder amenorrhoe D.giver ofte galactoré E.er altid betinget af en hypofysetumor</p> <p><i>32-årig med oligomenoré - Hvilke undersøgelser er relevante?</i> A.FSH B.TSH C.HSG D.Se-østradiol E.Se-glucagon</p> <p><i>Polycystisk ovariesyndrom: En 17-årig kvinde henvises til gynækologisk afdeling med oplysning om, at hun har uregelmæssige menstruationer. Det generer hende.</i> 1. Hvilke anamnesticke spørgsmål vil du stille patienten med henblik på belysning af diagnosen? 2. Hvilke undersøgelser kan være relevante ?</p> <p><i>Kvindens kønshormoner</i> A: Hvis en kvinde i den fertile alder har spontane blødninger, hvilket hormon producerer hun så? B: Hvilket hormon kan bekræfte at der har foregået en ovulation:</p> <p><i>Sekundær amenoré: 31 årig kvinde med sekundær amenoréhvor der efter gestagentest (5 mg medroxyprogesteroni 5 dage) ikkekommer vaginalblødning.</i> Nævn 2 mulige årsager til dette.</p>
4	Kontrception	<p><i>Nævn 4 absolutte kontraindikationer imod p-piller</i></p> <p><i>Nævn 3 absolutte kontraindikationer mod p-piller</i></p> <p><i>Hormonel kontrception: Nævn tre absolutte kontraindikationer til p-pillebrug</i></p> <p><i>Spiral oplægning:</i> 1. Undersøgelser før oplægning</p>

		<p>2. Hvilke informationer vil du give patienten inden oplægning?</p> <p><i>Kontrception: Nævn to eksempler på postcoital kontrception</i></p> <p><i>Du er praktiserende læge. Du konsulteres af en 29-årig kvinde, der ønsker p-piller som præventionsmiddel. Hun er ny i praksis. Hun har født 2 børn. Har altid haft regelmæssige menstruationer.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvad vil du spørge om inden du skriver recept på p-piller? 2. Hvad er virkningsmekanism(erne) bag p-piller ? 3. Hvilke(n) undersøgelse(r) anbefales inden p-pille start hos denne patient? 4. Patienten ringer efter 4 måneder og fortæller at hun har været på ferie i en uge med sin kæreste, men glemte at tage p-pillerne med. Hun er nu bange for at blive gravid. 5. Patientens mor har fået cervix cancer og patienten er nu usikker på om hun skal fortsætte med p-piller. Hvad vil du råde hende til ? <p><i>IUD: Du er praktiserende læge. Du konsulteres af en 32-årig kvinde, der ønsker spiral som præventionsmiddel. Hun fødte sit første barn for 3 måneder siden. Hun ammer og er endnu ikke begyndt at menstruere. Har tidligere haft menstruation af normal styrke og varighed.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilken spiraltyp(e) (IUD) vil du anbefale denne kvinde? 2. Hvad er virkningsmekanism(erne) bag spiraltyp(erne) ? 3. Hvilke(n) undersøgelse(r) vil du finde indiceret inden spiraloplægning? 4. Ved kontrol efter 2-3 måneder kan du ikke se spiralsnoeren. Hvad vil du foretage dig? <p><i>Hormonel kontrception: Nævn fire kontraindikationer</i></p> <p><i>Enlig kvinde på 34 år med 1 barn på 6 år, nu netop indledt nyt forhold. Henvender sig med henblik på antikonception. Hun har for 3 år siden haft dyb venetrombose.</i></p> <p>Nævn 2 relevante metoder</p> <p><i>En kvinde på 46 år med medicinsk behandlet forhøjet blodtryk, opereret flere gange for ileuspågrund af udtalt adhærencedannelse. Henvender sig i almen praksis for antikonception. Hvilke(n) metode(r) kan være aktuelle?</i></p> <p><i>Spiral (IUD): Hvilke(t) udsagn er korrekt(e)?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> A. Øger risikoen for underlivsbetændelse B. Oplægges bedst ved menstruationens begyndelse C. Øger risikoen for ekstrauterin graviditet D. Anbefales frem for p-piller til de helt unge E. Er mere effektiv end p-piller
--	--	--

5	Abortus provokatus	<p><i>Abortus provokatus</i> Kræver samrådstilladelse fra uge 11+1 Efter medicinsk abort har ca 5% behov for tømning af uterus Efter kirurgisk abort ses infektion hos 3-5% Mortaliteten efter abortindgreb er 1-2 per 100.000</p> <p><i>Abort: Ved hvilken gestationsalder må man senest udføre provokeret abort uden samrådstilladelse?</i></p> <p><i>Nævn tre fordele ved kirurgisk abort i forhold til medicinsk abort</i></p> <p><i>Nævn 4 indikationer for abortus provokatus efter 12. uge</i></p> <p><i>Kirurgisk abortus provokatus i 1. trimester</i> <i>Hyppighed af komplikationer:</i> A. Mortalitet: 1-2 per 100.000 B. Transfusionskrævende blødning: 2-5% C. Infektion: 3 - 5% D. Perforation: 1 - 4%</p> <p><i>Abortus provocatus: Nævn fire komplikationer til kirurgisk abort</i></p> <p><i>Abortusprovokatus: Nævn 4 indikationer angivet i abortlovgivningen som tilstrækkeligt grundlag til ab pro efter uge 12</i></p> <p><i>Abortus provocatus: Hvilke(n) af følgende abortsøgende skal henvises til Abortsamrådet?</i> A. 21 årig 1. gangsgavid uge 11 + 4 dage. B. 17 årig 1. gangsgavid uge 8 + 5 dage, Hendes forældre må intet vide C. 37 årig 3. gangsgavid uge 13 + 2 dage. Der er konstateret trisomi hos fostret. D. 31 årig 4. gangsgavid stiknarkoman i uge 14 + 3 dage.</p> <p><i>Medicinsk induceret abort før 8. graviditetsuge</i> <i>Hvilke(t) udsagn er overvejende korrekt(e)?</i> A. Der anvendes normalt kombination af mifeproston (antigestagen) og prostaglandin) B. <1% behøver efterfølgende evacuatio uteri C. Bivirkningerne er såbetydelige, at metoden stort set ikke anvendes i Danmark</p>
6	Sterilisation	<p><i>Hvilke(t) af følgende kriterier skal være opfyldt for at få foretaget sterilisation uden samrådstilladelse:</i> Bopæl i Danmark Dansk statsborgerskab Alder ≥25 år Patienten skal være myndig</p>

		<p><i>Sterilisation (går ud fra de vil vide om nedenstående passer)</i> Der steriliseres årligt 50.000 kvinder i DK Alle over 18 år kan efter anmodning blive steriliseret Cirka 10 per 1000 der steriliseres bliver efterfølgende gravide Hver femte i aldersgruppen 25-29 år fortryder indgrebet</p> <p><i>Nævn fire informationer, du vil give til en patient forud for et sterilisationsindgreb</i></p> <p><i>Laparoskopisk sterilisation</i> <i>Præoperativ information:</i> Nævn tre forhold, du vil informere om inden et sterilisationsindgreb</p> <p><i>Sterilisation</i> A. Alle kvinder over 18 år har ret til at blive steriliseret B. Metodesvigt efter laparoskopisk sterilisation optræder med en hyppighed af omkring 0,1% C. Sterilisation kan med fordel foretages først i cyklus D. 20% af 25-29 årige fortryder indgrebet</p> <p><i>Sterilisation Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i> A) Alle myndige over 18 år har ret til sterilisation B) Sterilisationsanmodningen skal i visse tilfælde behandles af et samråd C) Alle evnesvage bliver tilbudt sterilisation i Danmark D) Hvis graviditet er en fare for kvindens helbred kan sterilisation finde sted efter 18-års alderen uden</p> <p>Samrådstilladelse: Du er reservelæge på Gynækologisk-obstetrisk afdeling i X-købing. En 36 årig gift kvinde, 3 raske børn, selvstændig frisør henvises af praktiserende læge med henblik på sterilisation. Du skal nu kort rede-gøre for følgende: Er de juridiske forudsætninger for sterilisation opfyldt? Du skal informere patienten om hvordan sterilisationen foregår. Hvad vil du lægge vægt på? Hvorledes vil du informere om indgrebets sikkerhed mod graviditet?</p> <p><i>Sterilisation</i> A. Hvor hyppig er metodesvigt ved laparoskopisk sterilisation - 10 % 5 % 1%? B. Hvor mange i aldersgruppen 25 –29 år fortryder sterilisation - 50% 20% 5%?</p>
7	Infertilitet	<p>Undersøgelser og udredning</p> <p>Infertilitet forårsaget af ovulationsforstyrrelser</p> <p>Cervikalfaktor <i>Cervikal faktor Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i> A) Er vigtig at udrede hos det infertile par</p>

- B) Bør behandles før kunstig befrugtning
C) Cervixsekretændres præovulatorisk
D) Er uden praktisk betydning ved kunstig befrugtning

Tubafaktor

Tubafaktor:

- A. Hvilken patologisk tilstand viser denne HSG ?
B. Hvor mange % chance vil denne kvinde have for graviditet efter operation?

Tubafaktor:

- A. Mikrokirurgi på tuba er cost effective overfor IVF
B. Adhærenceløsning kan give god graviditetschance
C. Åbning af en lukket tuba normaliserer graviditetschancen
D. En hydrosalpinx nedsætter graviditetschancen ved IVF

Tubafaktor

- A. En hydrosalpinx kan reducere graviditetschancen ved IVF (in vitro fertilisation)
B. Halvdelen af alle infertile par har en tubafaktor
C. HSG (hysterosalpingografi) er bedre end laparoskopi til at stille diagnosen
D. Åbning af en lukket tuba normaliserer funktionen

Tubafaktor: Nævn fire årsager til skade på tuba

Uterinfaktor

Uterin faktor: Nævn to uterine årsager til infertilitet

Infertilitet kan skyldes en uterinfaktor. Nævn to eksempler

Endometriose

Mandlig infertilitet

Nævn tre behandlingstilbud til et par, hvor barnløsheden skyldes dårlig sædkvalitet

Mandlig infertilitet: Nævn fire parametre, der indgår i en sædanalyse

Nævn fire parametre, der vurderes ved en sædanalyse

Behandling med kunstig befrugtning

Assisteret reproduktion : En 32-årig kvinde henvises til Fertilitetsklinikken fra Centralsygehus med henblik på IVF med ICSI på grund af at manden har enkelte levende sædceller i sædprøven.

Hvordan vil du informere parret om:

1. Hvordan IVF behandlingen foregår ?
2. Hvad er patientens chance for at opnå en klinisk graviditet/fødsel per påbegyndt cyklus ?

		<p>3. Hvilke særlige forhold i forbindelse med ICSI proceduren bør parret informeres om ?</p> <p><i>Assisteret reproduktion: Nævn tre indikationer for donor-insemination (IUI-D)</i></p> <p><i>Nævn tre kriterier for adgang til IVF i offentligt regi</i></p> <p>Usorterede spørgsmål <i>Uforklaret infertilitet</i> A.Ses hos under 5% af infertilepar B.IUI er det primære behandlingsvalg C.IVF-resultaterne er dårligere ved uforklaret infertilitet end ved tubafaktor D.Kan skyldes en fertilisationsdefekt</p> <p><i>Infertilitetsudredning: Du er praktiserende læge, 28-årig k og 35-årig m henvender sig da de gennem 12 måneder forgæves har forsøgt at få børn: Hvilke anamnesticke oplysninger ønsker du fra hver af dem? Hvilke undersøgelser vil du iværksætte? Hvilke førstevalg til behandling kan der være for dette par?</i></p> <p><i>Uforklarlig infertilitet</i> Intrauterin insemination er normalt en førstevalgsbehandling Skyldes dårlig sædkvalitet Ses hos mindre end 5% af infertile Manglende fertilisation kan vise sig at være en årsag</p> <p><i>Uforklarlig infertilitet: Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i> A)Udgør ca. 1/3 af årsagerne til infertilitet B)Ses ofte efter hysteroskopisk kirurgi C)Er indikation for intrauterin insemination med mandens sæd (IUI-H)</p> <p><i>29-årig kvinde og 31-årig mand henvender sig pga. barnløshed. Har ønsket sig barn gennem 3 år. Manden har 1 barn fra tidligere parforhold. Nævn 3 undersøgelser, der bør foretages ?</i></p> <p><i>Infertilitet</i> A.Udredning bør først påbegyndes efter mindst 1 års uhonoreret graviditetsønske B.Translokationer: hyppigere hos infertile mænd C.IVF giver samme graviditetschance uanset årsag til infertilitet D.IUI-H giver bedre graviditetschance end IVF</p>
8	Blødningsforstyrrelser	<p>Se også spørgsmål under kapitel 3</p> <p><i>En pige på 13 år med udtalt meno-metrorragi 5 måneder efter menarchen Hvilke(t) af følgende tiltag kan være aktuelle primært?</i></p>

		<p>A. Gynækologisk undersøgelse B. P-piller C. GnRH analoger D. Abrasio E. Gestagenspiral</p> <p><i>En kvinde på 44 med tiltagende kraftig menstruation. GU: næsten barnehovedstor noget uregelmæssig udfyldningsvarende til uterus'plads</i></p> <p>A. Angiv mest sandsynlige diagnose B. Angiv vigtigste differentialdiagnose</p>
9	Klimakteriet og menopausen	<p><i>Nævn den vigtigste indikation for østrogen (HRT) til forebyggelse af osteoporose</i></p> <p><i>Nævn fire symptomer, som kan indicere østrogenbehandling hos kvinden i overgangsalder</i></p> <p><i>Menopause og klimakterium: Nævn fire administrationsveje ved behandling med naturlige østrogener</i></p> <p><i>Østrogenprofylakse</i></p> <p>A. Øger risikoen for mammacancer hos hysterektomerede kvinder B. Bør anvendes som forebyggelse mod hjerte-kar sygdomme ved tidligere AMI C. Øger risikoen for cerebrovaskulær tromboemboli D. Bør gives i minimum 8 år efter menopausen</p> <p><i>Angiv årsagen til, at gestagen ofte indgår i systemisk hormon substitutionsbehandling for klimakterielle gener</i></p> <p><i>Menopause og klimakterium Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i></p> <p>A) Der er sammenhæng mellem menarche- og menopausealder B) Menopausen indtræder på grund af mangel på follikler C) Østrogenproduktionen ophører på grund af manglende follikelmodning D) FSH falder i forbindelse med menopausen</p> <p><i>Nævn fire hormonbehandlingsregimer til behandling af klimakterielle gener</i></p> <p><i>En 48-årig kvinde har tidligere fået foretaget total hysterektomi pga. blødningsproblemer, men er ellers rask. Hun har nu svære klimakterielle problemer, og der planlægges hormonel substitutionsbehandling.</i></p> <p>A: Hvilken hormonbehandling vil du foreslå B: Angiv 2 forskellige administrationsmåder for denne behandling.</p> <p><i>Menopause og klimakterium Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekte:</i></p> <p>A. Menopausen indtræder på grund af faldende FSH sekretion B. Der ses hos nogle kvinder let hirsutisme efter menopausen C. Cyklus bliver længere op til menopausen</p>

		<p>D. Det store flertal af kvinder har betydelige gener i forbindelse med menopausen</p> <p><i>En 40-årig kvinde har fået spontan menopause. Ingen disposition til osteoporose</i></p> <p>A: Hvilken substitutionsterapi vil du foreslå til forebyggelse af osteoporose? B: Hvor længe bør denne behandling fortsætte?</p> <p><i>55 årig tidligere rask kvinde, som aldrig før har haft gener fra underlivet, beder e.l. om behandling for gener i overgangsalderen.</i></p> <p>A: Nævn tre sandsynlige symptomer B: Lægen vælger behandling med østrogen/progesteron. Nævn to alvorlige risici ved behandlingen</p> <p><i>Hvilke(n) tilstand(e) kan udgøre indikation for hormonsubstitutionsbehandling i klimakteriet</i></p> <p>A. Hede-svedeture B. Forhøjet blodtryk C. Fibromer D. Tørhed og irritation i introitus E. Tidligere gennemgået AMI</p>
10	Gynækologiske tumorer	<p>Vulva <i>Vulvadysplasi (VIN)</i></p> <p>A. Ældre med VIN er ofte smittede med HPV 16 og 18 B. VIN III svarer til svær dysplasi eller carcinoma in situ C. 50% med VIN udvikler sig til cancer D. Pagets sygdom er en anden betegnelse for VIN III</p> <p>Vagina</p> <p>Cervix (inkl ccu – cancer collum uteri) <i>Nævn 3 behandlinger af stadium I cervixcancer</i></p> <p><i>24-årig 1-para har fået påvist svær planocellulærcervixdysplasi.</i></p> <p>A: Hvilken behandling vil du tilbyde patienten? B: Hvorledes skal patienten kontrolleres efter behandlingen?</p> <p><i>Du har ved cytologisk undersøgelse fundet svær dysplasi hos en 24 årig kvinde med tidligere normale cytologiske undersøgelser. Hvilke(n) undersøgelse(r) vil du foretage?</i></p> <p><i>screening for livmoderhalskræft: Den illustrerede undersøgelse påviste CIN II. Hvad skal der herefter foretages?</i></p> <p><i>Forstandier til Cancer cervicis uteri: Ved første screeningsundersøgelse finder du let dysplasi (CIN I) hos en i øvrigt rask 23-årig nulligravida. Hvilke(t) af følgende tiltag er aktuelle?</i></p> <p>Ny prøve om 1 år</p>

		<p>Ny prøve om 4 måneder Behandle for cervicitis Henvise til konisering</p> <p><i>Hvilket af følgende passer om c colli uteri:</i> A: Prognosen afhængig af FIGO stadie B: Skyldes en bakteriel infektion C: Bliver altid strålebehandlet D: Opstår oftest postmenopausalt</p> <p><i>Cancer colli uteri</i> A. Opfylder WHO's kriterier for screening B. Behandlingen er altid en kombination af kirurgi og strålebehandling C. Kontaktblødning er et hyppigt symptom D. Ses sjældent før menopausen</p> <p><i>Anfør tre faktorer/tilstande, hvor risikoen for at få CCU er øget</i></p> <p><i>En patient i din praksis har for 4 måneder siden fået foretaget radikal hysterektomi pga collumcancer stadium 1B. Hun har udviklet ødem af den ene underekstremitet, men er ellers velbefindende. UL scanning udelukker dyb venetrombose</i> A: Angiv den sandsynligste diagnose</p> <p><i>Cancer colli uteri (billede) Ovula nabothii," erythroplaki, lav/endocervikal eversion, synligt cylinderepithel", "mosaik"</i> Hvad kaldes det du ser? Er det normalt? Har patienten typisk symptomer på grund af det du ser? Kan forandringen give anledning til et patologisk svar på cytologisk prøve fra cervix? Skal det behandles?</p> <p>Uterus (benigne og endometriecancer/cancer corporis uteri) <i>Du er reservelæge på gynækologisk afdeling. En 38-årig 1-para klager over pollakisuri og tyngde-fornemmelse. Ved GU har du mistanke om et 6-7 cm fibrom i bagvæggen og ud i høj side af uterus.</i> A:Hvilke differentialdiagnoser er aktuelle, og hvorledes vil du komme diagnosen nærmere. B: Efter nærmere undersøgelse er du ikke i tvivl om, at der er tale om et fibrom som beskrevet ovenfor. Hvilke behandlingsmuligheder har du? C: Hvilke anamnesticke oplysninger vil du indhente for at kunne rådgive patienten i valget af behandling</p> <p><i>Endometriecancer: Hvilke(n) øger risikoen for endometriecancer?</i> A.P-piller B.Østrogen tilskud uden gestagen tilskud C.Overvægt</p>
--	--	---

		<p>D. Langvarig anovulation E. Brug af kobberspiral</p> <p><i>Cancer corporisuteri: Hvilke(t) af nedenstående udsagn er korrekt(e)?</i> A. Første symptom er ofte unormal vaginal blødning B. Prognosen er normalt dårlig, fordi der sent kommer symptomer C. Behandling består oftest i strålebehandling D. Monoterapi med østrogen øger risiko for Corpuscancer</p> <p><i>Cancer Corporis Uteri: Du er reservelæge på Gynækologisk-obstetrisk afdeling i X-købing. Fru Petersen på 65 år er henvist med postmenopausal blødning. Hun er adipøs og i behandling for hypertension. Hun har ingen andre symptomer, men er tydeligt urolig. Du overvejer diagnosen corpuscancer. Du skal nu kortfattet gøre rede for følgende:</i> Hvilke differentialdiagnoser kommer på tale ved postmenopausal vaginalblødning? Hvad vil du lægge vægt på ved den gynækologisk undersøgelse? Hvis der ved den gynækologiske undersøgelse ikke findes noget sikkert abnormt, hvilke undersøgelsesplan vil du da foreslå?</p> <p><i>Cancer corpus uteri: Hvilke(t) af følgende faktorer er forbundet med forhøjet risiko for cancer corporis uteri:</i> Længerevarende anvendelse af p-piller Længerevarende behandling med tamoxifen Lavt BMI Forekomst af polycystisk ovariesyndrom</p> <p><i>Cancer corporisuteri: Du har mistanke om endometriecancer hos en patient. Nævn 3 vigtige undersøgelsesmetoder som kan afgøre, om du har ret</i></p> <p>Tuba uterina</p> <p>Ovarietumorer <i>En patient får ved laparotomi konstateret ovariecancer stadium II</i> A: Hvad siger dette om spredningen af sygdommen?</p> <p><i>Du er reservelæge på gynækologisk afdeling. En 58-årig kvinde er af egen læge henvist til ultra-lydscanning på radiologisk afdeling på mistanke om gal-desten. Her er der fundet mistanke om en 11 cm højresi-dig ovarietumor, mens lever og galdeveje er fundet normale.</i> <i>Patienten har uspecifikke, vekslende abdominalsmerter. Hun henvises nu til gynækologisk vurdering.</i> A: Hvilke kliniske undersøgelser og laboratorieprøver kan være aktuelle? B: Hvilke fund vil støtte en mistanke om malign ovarie-tumor? C: Du har mistanke om, at det drejer sig om en malign ovarietumor. Redegør for den operation, der er aktuell hvis dette er tilfældet</p> <p><i>Nævn fire symptomer ved en ovarietumor</i></p>
--	--	---

		<p>Trofoblasygdomme</p> <p><i>Ved scanning i 8. graviditetsuge ses intet foster, men der er stærk mistanke om molahydatidosa. Graviditetsberegningen er sikker.</i></p> <p>A: Hvilken primær behandling skal patienten tilbydes?</p> <p>B: Hvilket hormon anvendes som tumormarkør ved kontrol efter behandling for molahydatidosa?</p> <p><i>Mola graviditet: Ved undersøgelse af kvinde gravid i 12. uge finder du at det drejer sig om mola graviditet. Hvilket hormon er årsag til at henes ovarie ser ud som vist på billedet?</i></p> <p><i>Nævn tre gynækologiske cancerformer, der kan ses i tilslutning til graviditet</i></p>
11	Sygdomme i vulva	<p><i>En tidligere rask kvinde på 59 år klager over svie og irritationsfølelse i vulva.</i></p> <p>Angiv mest sandsynlige diagnose</p> <p>Angiv et behandlingstilbud</p>
12	Infektioner i de kvindelige kønsorganer	<p>Vulva og vagina</p> <p><i>Nævn 3 tilstande, der disponerer til udvikling af Candidavaginitis</i></p> <p><i>Hvilke(t) af følgende udsagn om trichomonasvaginitiser korrekt(e)</i></p> <p>A: Behandles med Metronidazol</p> <p>B: Er ofte en seksuelt overført sygdom</p> <p>C: Partnerbehandling sjældent nødvendig</p> <p>D: Giver ofte anledning til senere infertilitet</p> <p><i>Hvilke(t) af følgende udsagn om candidavaginitiser korrekt(e)?</i></p> <p>A: Ses hyppigere under graviditet</p> <p>B: Ses hyppigere ved forhøjet pH i skeden</p> <p>C: Ses hyppigere efter antibiotisk behandling</p> <p>D: Kan i de fleste tilfælde behandles effektivt med yougurtindhældning</p> <p><i>19 årig, somfornyligharindledt nyt seksuelt forhold, har udtalesmerter i vulva og sværdysuri.</i></p> <p>A. Den sandsynligste diagnose ?</p> <p>B. Hvaderden specifikke behandling (rødt på huden)</p> <p><i>Vaginitis (der er et billede, som der står clue cell på) Relevante rutineundersøgelser mhp ætiologi:</i></p> <p>A. Anamnese mhp P-piller</p> <p>B. Mikroskopi med NaCl</p> <p>C. Mikroskopi med KCl</p> <p>D. Anamnese mhp seksualpartnere</p> <p>E. Dyrkning for gruppe B streptokokker</p> <p><i>Vaginitis (Elytritis): Hvilke(n) tilstand(e) kan normalt diagnosticeres ved mikroskopi af fluor?</i></p> <p>A. Chlamydia trachomatis</p> <p>B. Trichomonas vaginalis</p>

		<p>C.Candida albicans D.Herpes E.Allergi</p> <p><i>Bakteriel vaginose:</i> I wet smear ses clue cells KOH test negativ pH i sekretet er 1 Førstevalgsbehandling er metronidazol</p> <p>Cervicitis</p> <p><i>18 årig kvinde henvender sig på skadestuen med svære nedre abdominale smerter, temp 39.8, og kvalme.</i> A. Hvaderden sandsynlig kliniske diagnose? B. Hvaderdets sandsynligste mikrobiologiske agens? C. Angiv en specifik behandling (Obs der er billede af cervix med noget hvidt pus-lignende noget med)</p> <p><i>Cervicitis</i> A. Cervicitis kan være årsag til infertilitet B. Præovulatorisk sekret er uklart ved cervicitis C. En erythroplaki kan skyldes cervicitis D. Cervicitis er oftest forårsaget af chlamydia</p> <p>Uterus/Endometritis <i>Endometritis: Nævn 3 tilstande som øger risikoen for endometritis</i></p> <p>Underlivsbetændelse og adnexinflammation <i>Nævn fire af de kliniske kriterier, der bør være opfyldt for at stille diagnosen adnex-inflammation</i></p> <p><i>Adnexinflammation: Nævn to disponerende forhold/faktorer</i></p> <p><i>Nævn fire kriterier på adnexinflammation</i></p> <p><i>På basis af anamnese og klinisk undersøgelse har du mistanke om salpingitis hos en 22 årig.</i> A: Angiv 2 laboratorieprøver, der vil kunne støtte diagnosen</p> <p><i>Adnexinflammation: Hvilke(t) af følgende udsagn er korrekt(e)?</i> A) Gonokokker er en hyppig årsag B) Klamydia er en hyppig årsag C) Klamydia er en hyppig årsag til kronisk inflammation i menopausen D) Hæmatogent betinget klamydia-infektion ses især hos unge kvinder</p> <p>Graviditetsrelateret</p>
13	Nedsykning af	<i>Hvad hedder den struktur som vagina afrides fra ved laterale cystoceler?</i>

	genitalier	<p><i>Ved GU i forbindelse med rutine CS finder du et lille cystocele (stadium 1). Patienten har ingen subjektive gener. Hvilke(n) af følgende muligheder er mest nærliggende?</i></p> <p>A: Behandling med ring B: Forvægsplastik C: Vaginal hysterectomi D: Ingen behandling</p> <p><i>ProlapsHvilke(n) kan medsucces be-handles medProlapsring?</i></p> <p>A: Cystocele B: Rectocele C Total prolaps D Enteroccele</p>
14	Urininkontinens	<p><i>Nævn 4 tilstande som kan give anledning til natlig polyuri</i></p> <p><i>Hvilken virkning skal et farmakon have for at kunne afhjælpe stressinkontinens?</i></p> <p><i>Du er praktiserende læge. En kvinde kommer i din konsultation og klager over, at hun har urininkontinens.</i></p> <p>1. Hvilke simple spørgsmål vil du stille hende for at komme nærmere en diagnose? 2. Hvilke undersøgelser vil du foretage i konsultationen?</p> <p><i>Angiv 4 kendte årsager til urgeinkontinens</i></p> <p><i>Nævn fire tilstande, der påvirker nedre urinveje, og som kan ledsages af urininkontinens</i></p> <p><i>Urininkontinens: Hvilke(t) af nedenstående udsagn er korrekt(e) ?</i></p> <p>A. Ca 20% af 45-årige har inkontinens B. Urgeinkontinenser hyppigere end stressinkontinens C. Urgeinkontinensdefineres som inkontinens ved løft og host D. Kirurgi er effektiv ved stressinkontinens</p> <p><i>Urinincontinens: Hvilke(t) af nedenstående udsagn er korrekt(e) ?</i></p> <p>A. Urgeincontinensdefineres som utæthed ved løft, hoste B. Kirurgisk behandling er første valg ved urgeincontinens C. Antikolinergica anvendes ved stressinkontinens D. Ved urgekontinensbør man overveje blæretumor</p> <p><i>Du er reservelæge på gynækologisk afdeling og sidder i ambulatoriet. Birthe Pedersen er 49 år og er henvist på grund af tyngdefornemmelse i underlivet, og hyppig vandladningstrang</i></p> <p>Hvad er dine umiddelbare diagnostiske overvejelser, og hvad vil du på denne baggrund spørge patienten om i din anamneseoptagelse? Der tilstræbes ikke nogen form for "rollespil"</p>

15	Præmenstruelt syndrom	<p><i>Præmenstruelt syndrom: Nævn tre diagnostiske kriterier for PMS diagnosen</i></p> <p><i>Hvad passer om pms:</i> A: Debuterer oftest i 15 - 20 års alderen B: Symptomer opstår efter ovulation C: Motion kan lindre symptomerne D: Diagnosen stilles på symptombilledet</p> <p><i>Nævn tre psykiske symptomer ved præmenstruelt syndrom</i></p> <p><i>Præmenstruelt syndrom</i> A. Skyldes abnorme niveauer af binyrebarkhormon B. Skyldes ofte anovulation C. Symptomerne forsvinder ved eller kort efter menstruationens start D. SSRI kan være indiceret</p> <p><i>En 32-årig kvinde har udtalte PMS gener</i> A: Hvilket ovariehormon antages at være den udløsende faktor for PMS? B: Angiv 2 behandlingsprincipper</p> <p><i>Præmenstruelt syndrom (PMS)</i> Foreslå tre relevante undersøgelser af en kvinde der henvender sig med symptomer, der kunne tyde på PMS</p>
16	Dysmenore	<p><i>Angiv tre behandlinger af dysmenoré</i></p> <p><i>Dysmenoré</i> A. Debuterer oftest efter graviditet og fødsel B. Skyldes øget kontraktilitet af myometriet C. Kan behandles med p-piller D. Behandles oftest med morfika</p> <p><i>Angiv de 2 vigtigste farmakologiske behandlingsprincipper for primær dysmenorrhé</i></p> <p><i>Hvilket symptom er karakteristisk for dysmenorheamembranacea?</i></p> <p><i>Nævn de 2 vigtigste farmakologiske behandlingsprincipper ved svær primær dysmenorrhé hos teenagere</i></p> <p><i>Hvilke(t) af følgende udsagn om primær dysmenorrhé er korrekt(e)?</i> A: Hyppigst hos unge kvinder B: Kan behandles med P-piller C: Skyldes ofte cervikalstenose D: Svinder ofte efter gennemført graviditet</p>
17	Endometriose	<p><i>Du er reservelæge på gyn-obs. 24-årig 0-gravida henvist pga udtalte smerter op til og under menstruation samt ved samleje, du har mistanke om</i></p>

		<p><i>endometriose.</i></p> <p>Hvad skal du lægge vægt på ved GU og efterfølgende vaginalscanning Hvorledes vil du udføre GU (laves på fantom) Hvilke(n) undersøgelse(r) vil du foreslå indnfor kort tid med begrundelse i de(t) positive fund?</p> <p><i>Du er reservelæge på gynækologisk afdeling. En 23-årig kvinde henvises fra egen læge på grund af udtalt dysmenorrhe, dyb dyspareuni og defækationssmerter under menstruationen, og egen læge mistænker endometriose</i></p> <p>A: Nævn 4 lokalisationer for endometriose B: Hvilke positive fund under den gynækologiske undersøgelse vil støtte endometriosediagnosen? C: Hvilke(n) endometrioseform(er) kan diagnosticeres ved vaginal ultralydundersøgelse? D: Hvorledes vil du komme den endelige diagnose nærmere? E: Angiv 3 farmakologiske behandlingsprincipper for endometriose</p> <p><i>Nævn 3 symptomer som er karakteristisk for svær endometriose i septum rectovaginale.</i></p> <p><i>Angiv 3 forskellige hormonelle behandlingsprincipper ved endometriose</i></p> <p><i>Hvilke(n) af følgende tilstande ses typisk som følge af endometriose?</i></p> <p>A: Infertilitet B: Habituel abort C: Underlivssmerter D: Stressincontinens</p> <p><i>(Går ud fra det hører hjemme her spørgsmålet)</i> <i>Ved ultralydundersøgelse på radiologisk afdeling er beskrevet en simpel cyste på 24 mm på høvarium hos en patient på 28 år. Patienten er urolig.</i></p> <p>A: Hvad er den sandsynlige diagnose? B: Skal fundet kontrolleres?</p> <p><i>25 årig kvinde havde følgende symptomer: Cykliske nedre abdominalsmerter, 14 måneders uhonoreret graviditetsønske, dyspareunia, dysmenorrhea. (på billedet er der en pil på en dims på bagsiden af uterus).</i></p> <p><i>Hvad er den mest sandsynlige diagnose?</i></p>
18		•
19	Sædelighedsforbrydelser, seksualiseret vold	
20		•
xx	Diverse	<p><i>Gynækologiske smerter:</i> Dysmenorre er et symptom på endometriose Endometriose kan være årsag til kroniske underlivssmerter</p>

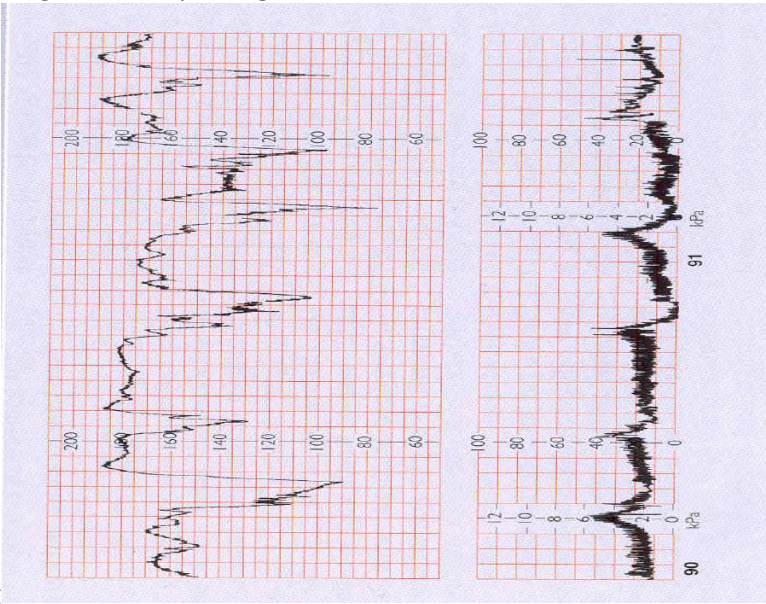
	<p>En tubar graviditet der rumperer, giver næsten altid smerter Chlamydiabetinget adnexinfektion er altid smertefuld</p> <p><i>Gynækologiske smerter</i></p> <p>A. Endometriose giver typisk dysmenoré B. Kroniske underlivssmerter kan være forårsaget af endometriose C. Psykosociale forhold kan have stor betydning ved underlivssmerter D. Organiske forandringer ses altid ved vulvodyni</p> <p><i>Du er læge på en gynækologisk afdeling. En 31 årig kvinde henvender sig akut med tiltagende højresidige underlivssmerter gennem tre dage.</i></p> <p>- der ønskes helt korte svar - det er ikke vigtigt, at du når frem til en diagnose</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke er de vigtigste anamnesticke oplysninger, du vil bede om? 2. Hvilke laboratorieundersøgelser vil du rekvirere? 3. Hvilke øvrige undersøgelser vil du foretage? <p><i>Du er praktiserende speciallæge i gynækologi. Du konsulteres af en 45-årig kvinde, der tidligere har været gynækologisk rask. Hun har gennem et par måneder haft svie og kløe svarende til de ydre kønsorganer og mener ved flere lejligheder at have bemærket rødme og udslet.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvad vil du gøre? 2. Hvilke tentative diagnoser kan du foreslå? 3. Hvordan kan du eventuelt komme diagnosen nærmere? <p>A: differentialdiagnoser</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hvilke undersøgelser kunne det være indiceret at foretage? <p>A: hvis du mener, lidelsen er infektiøs? B: hvis du mener, lidelsen er neoplastisk?</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Behandlingsforslag? <p>A: Ordination? B: Forholdsregler?</p> <p><i>Under en abdominal hysterectomi deles og liggeres a. uterina tæt på isthmus uteri. Ligaturen glider af, og der anlægges en dyb gennemstikning længere lateralt for at få hæmostase.</i></p> <p>A: Hvilken vigtig komplikation skal operatøren overveje i denne situation?</p> <p><i>Kontaktblødning og pletblødning: Du er praktiserende læge. Du konsulteres af en 28-årig kvinde, der gennem tre måneder har haft kontaktblødning og lejlighedsvis pletblødning. Hun anvender kombinations p-piller og menstruerer regelmæssigt herpå.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentative diagnoser 2. Hvad vil du foretage dig? 3. Smear-svar viser dysplasi, hvad vil du gøre? 4. Hvilke(n) undersøgelse(r) vil du finde indiceret for at planlægge det videre
--	--

		<p>forløb?</p> <p>5. Hvad kan du se ved kolposkopien?</p> <p><i>22 årig kvinde indlægges akut med abdominaliaacuta. Et døgn dage med tiltagende smerter. Obj:abdomen diffust øm, max i højre fossai øvrigt upåvirket.</i> Nævn 4 undersøgelser bør du foretage ?</p> <p><i>61 årig adipøskvinde Hun har hypertension og diabetesGU: hård, uømulceration på 1x1 cm på labium minor på højre side?</i> Nævn de 2 vigtigste differentialdiagnoser</p> <p><i>Hvilke(n) af følgende tilstande kan give anledning til underlivssmerter</i> A: Dysplasiacervicisuteri B: Ovulation C: Ruptur af corpus luteum D: Intrauterin graviditet i 1. trimester med foster med trisomi 21</p> <p><i>En kvinde på 25 år med tiltagende dysmenorrhe og dyb dyspareuni.</i> A. Angiv mest sandsynlige tentative diagnose B. Hvorledes vil du verificere diagnoseforslaget</p>
--	--	--

Obstetrik		
Kapitel		Spørgsmål
1	Den normale graviditet	<p><i>Hvilke(t) udsagn er korrekt(e)</i> Blommesækken har betydning for tidlig bloddannelse Ductus venosus leder blod fra a. pulmonalis til aorta Surfactant består overvejende af fosfolipider Fosterets køn kan bestemmes ved UL i 10. graviditetsuge</p> <p><i>Hvad er positivt Hegars tegn udtryk for?</i></p> <p><i>Fostervand</i> 1. Hvorfra kommer den største del af fostervandet sidst i graviditeten 2. Hvor meget fostervand er der normalt omkring fødselstidspunktet A. 200 ml B. 500 ml C. 1000 ml D. 1500 ml</p> <p><i>Fosterets udvikling</i> A. Den embryonale periode omfatter de første 8 uger efter fertilisation B. Sekundære villi består kun af syncytiotrofoblastceller C. Fosterhjerteraktion kan ses ved en gestationsalder på 5 uger D. Et 28 uger gammelt foster vejer ca. 1100-1200 g</p>

		<p><i>Kulhydratstofskiftet: Svangerskabet har en "diabetogen" effekt på stofskiftet. Forklar med et enkelt ord dette fænomen Hvor hurtigt efter fødslen ophører denne effekt – timer – dage – uger?</i></p> <p><i>Fysiologiske ændringer under graviditet: Hvilke af nedenstående variable er hos gravide øget, nogenlunde uændret, nedsat i forhold til ikke gravid tilstand?</i></p> <p>A. Plasmavolumen B. Hgb C. S-creatinin D. Hjertets arbejde</p> <p><i>Embryologi: Hvilke(n) udsagn er korrekte?</i></p> <p>A. Blommesækken har betydning for tidlig bloddannelse B. Ductus venosus leder blod fra a. pulmonalis til aorta C. Surfactant består overvejende af fosfolipider D. Fosterets køn kan bestemmes ved UL i 10. graviditetsuge</p> <p><i>Fysiologi under graviditet: Hvilke(t) udsagn er korrekt(e)</i></p> <p>A. Leucocytværdien falder B. Tidalvolumenet stiger C. Hjertets slagvolumen falder D. Hæmatokrit værdien stiger E. Lændelordosen øges</p> <p><i>Svangerskabets endokrinologi</i></p> <p>A. Humant choriongonadotropin (hCG) i serum stiger eksponentielt de første 8-9 uger af graviditeten? Hvor mange timer er fordoblingstiden? B. Nævn to tilstande hvor der ses særlig høj koncentration af hCG i maternel plasma.</p>
2	<p>Metoder til vurdering af fosterets vækst og tilstand</p>	<p><i>Symfyse-fundus(SF)-mål: Hvilken naturlig årsag er der til at symfyse fundusmålet falder et par cm i de sidste graviditetsuger?</i></p> <p><i>Du skal vurdere 27-årig førstegangsfødende ad terme. Foster vand lige gået, det er grønt, jordemoder har sat CTG på: Hvordan vil du karakterisere en normal CTG? Du ser gentagne fald i hjertefrekvensen efter flere, på hinanden følgende veers maksimum – hvad er det udtryk for? Hvilke undersøgelser vil du gøre, før du kan beslutte hvordan fødselsforløbet skal fortsætte?</i></p> <p><i>Fostermåling med UL: nævn 3 almindeligt anvendte biometrier til bestemmelse af gestationsalder</i></p>

		<p><i>Hvor lang hen i gravi kan UL bruges til terminsbestemmelse:</i></p> <p>A: Indtil 10. uge B: Indtil 16. uge C: Indtil 18. uge D: Indtil 24. uge</p> <p><i>Kardiotokografi (CTG Nævn 3 vigtige parametre til beskrivelse af en fosterhertekurve</i></p> <p><i>2. gangs fødende, tidligere sectio p.gr.a. underkropspræsentation, nu i fødsel. Patienten har epiduralblokade og stimuleres med syntocinondrop. Beskriv vedlagte CTG.</i></p> <p><i>Hvilke(t) udsagn gælder for symfysefundus-mål</i></p> <p>A) Et SF mål graviditetsuge 34 på ca. 33 cm er normalt. B) måling foretages i sagittalt plan mellem processus xiphoideus og symfyssen, uanset uterus lejring. C) SF-mål kan benyttes allerede efter uge 12 D) SF-mål stiger stort set lineært fra uge 20 til uge 36.</p> <p><i>Fostermåling med ultralyd</i></p> <p>A.Til bestemmelse af gestationsalder i 1. trimester benyttes CRL samt femurlængde B.Ved vægtbestemmelse måles abdominalomfangetlige over umbilicus C.Præcision for fastsættelse af gestationsalder med ultralyd før uge 20 er ca. 3 dage D.Præcision for fastsættelse af fostervægt med ultralyd efter uge 20 er ca. 15%</p> <p><i>Nævn tre kriterier for hvorfor denne CTG er patologisk (januar 2005)</i></p> <p><i>Nakkefold (NF)</i></p> <p>A: Anvendes NF som screening for neuralrørsdefekt? B: hos raske fostre måler NF hyppigst 0-1mm, 1-2mm, 2-3mm, 3-4mm</p> <p><i>2.gravida med anti-D titer på 1028. Graviditetsuge 26. Hvad kan en øgning af blodets hastighed i fosterets a.cerebrimedia være tegn på?</i></p> <p><i>Screeningsundersøgelser: Hos gravid i 2. trimester med det foster med trisomi 21 vil serum-koncentrationen af α-fættoprotein (AFP) og choriogonadotropin (hCG) typisk være:</i></p> <p>A. AFP højt og hCG lavt. B. AFP lavt og hCG lavt. C. AFP lavt og hCG højt. D. AFP højt og hCG højt.</p> <p><i>CTG Knude på navlesnor ved Sectio p.g.a. CTG. Barnet overlever</i></p> <p>A: Nævn sandsynligste CTG forandring B: Nævn klinisk tegn på foster-asfyksi</p>
--	--	---

		<p>Fosterbevægelser</p> <p>A. De fleste gravide vil have registreret fosterbevægelser fra: Uge 16 uge 20 uge 24 uge 28</p> <p>B. Antallet af fosterbevægelser aftager normalt efter 34 uge</p> <p>CTG under fødslen Nævn 3 patologiske karakteristika ved denne CTG 160120 (vedlagt billede af patologisk</p>  <p>ctg</p> <p>Fostermåling med UL: Hvilke(n) udsagn er korrekt(e)?</p> <p>A. Vægtbestemmelse med UL har en usikkerhed på ca. 15%</p> <p>B. Gestationsalderbestemmelse med CRL har en usikkerhed på ca. 2 dage.</p> <p>C. Graden af oligohydramnios kan vurderes med UL.</p> <p>D. CRL indgår normalt i vægtberegningen</p>
3	Svangreomsorg	<p>Omskæring af kvinden:</p> <p>Jordenmoderen har pligt til at genskabe omskæringen? Det er forbudt at genskabe en omskæring efter fødslen Læge kan nægte at genskabe en omskæring efter en fødsel Hæmatokolpos kan ses hos kvinder med en omskæring</p> <p>Omskæring af kvinden:</p> <p>Jordenmoderen har pligt til at genskabe omskæringen? Det er forbudt at genskabe en omskæring efter fødslen Læge kan nægte at genskabe en omskæring efter en fødsel Hæmatokolpos kan ses hos kvinder med en omskæring</p> <p>Svangreomsorg: Nævn 4 i forvejen tilstedeværende sygdomme hos kvinden hvor der er risiko for forværring af sygdommen samt risiko for dårligt graviditetsudfald</p> <p>Arbejds miljø</p>

		<p>Hvis en gravid har arbejdsmiljøproblemer omplaceres eller fraværsmeldes den gravide Gravide kan modtage dagpenge hvis arbejdet skønnes at medføre risiko for fostret Arbejdsmedicinsk klinik skal konsulteres før fraværsmelding pga arbejdsmiljøproblemer kan foretages</p> <p><i>Hvornår i svangerskabet skal man senest underrette sin arbejdsgiver om pågående graviditet?</i></p> <p><i>Arbejdsmiljø:Nævn fire faggrupper eller arbejdsmiljøforhold, hvor man ved graviditet kan overveje nærmere vurdering</i></p> <p><i>Nævn 3 elementer i svangreomsorgen</i></p> <p><i>Arbejdsmiljø: Fraværsmelding</i> A. Den praktiserende læge har kompetence til at fraværsmelde i graviditeten B. Fraværsmelding kræver arbejdsmedicinsk vurdering C. Fraværsmelding kan udløse vurdering af arbejdspladsen D. Omplacering kan ofte løse den gravides arbejdsmiljøproblem</p> <p><i>Angiv 4 grundelementer der indgår i opbygningen af svangreomsorg</i></p> <p><i>Svangreomsorg har til formål at sikre at graviditet, fødsel og barsel forløber med størst mulig sikkerhed og tryghed.Nævn 3 af de 5grundelementer der indgår i opbygningen af svangreomsorgen</i></p> <p><i>Omskæring af kvinden</i> A.Ses hos ca. 98% af somaliske kvinder B.Kan være en fødselshindring C.Giver øget perinatal mortalitet D.Lægen har pligt til at genskabe omskæringen efter en fødsel</p> <p><i>Klinisk undersøgelse</i> Ved den udvendige undersøgelse af gravide anvendes de fire håndgreb. Hvad bestemmes ved hvert af disse håndgreb?</p>
4	Den normale fødsel	<p><i>Den proces, hvorved barnet passerer ned gennem fødselsvejen, er betinget af et samspil mellem 3 faktorer. Nævn disse.</i></p> <p><i>Fødselsvejen:Den hårde eller benede fødselsvej dannes afbækkenet.Der er specielt to steder, hvor pladsen er begrænset.Hvilke knogler danner begrænsningen i:</i> A. Bækkenindgangen-Tværoval, begrænset af B. Bækkenudgangen-Længdeoval, begrænset af</p> <p><i>Førstegangsfødende til termin henvender sig på fødeafdelingen. Hun er usikker på, om fødslen er gået i gang. Jordemoderen har travlt, og du skal vurdere hende og gøre status.</i></p>

		<p>1 Hvad vil du umiddelbart spørge den gravide om ?</p> <p>2. Vis hvilke kliniske undersøgelser du så umiddelbart vil foretage ?</p> <p><i>Fødefantom: Førstegangsfødende til termin henvender sig på fødeafdelingen med veer. Jordemoderen har travlt, og du skal vurdere hende og gøre status.</i></p> <p>1. Hvad vil du umiddelbart spørge den gravide om ?</p> <p>2. Vis hvilke kliniske undersøgelser du så umiddelbart vil foretage ?</p> <p>3. Vaginal eksploration – hvordan foretages det og hvad undersøges ?</p> <p><i>Førstegangsfødende i graviditetsuge 38+3 henvender sig på fødegangen, fordi hun tror vandet er gået et par timer forinden.</i></p> <p>1 Hvordan vil du confirmere, at der er tale om vandafgang? (så er det gået og er klart)</p> <p>2Hvilke kliniske undersøgelser vil du så umiddelbart foretage?</p> <p>3hvad vil du umiddelbart spørge den gravide om? (får oplyst: hovedstilling, gravide velbefindende, ikke tegn på chorioamniotitis, ingen veer, fosteret har det godt)</p> <p>4Hvis der ikke foretages noget, hvordan vil forløbet mest sandsynligt blive?</p> <p>5Hvilken komplikation(er) kan optræde?</p> <p>6 Hvilke strategier kan kvinden i denne situation med normale forhold vælge imellem med hensyn til at få født?</p> <p>7 Hvad taler for de enkelte strategier?</p>
5	Smertelindring under fødslen	<p><i>Nævn 3 former for ledningsanalgesi der anvendes under fødslen</i></p> <p><i>Under forsøg på anlæggelse af pudendusblokada har du givet 100 mg lidocain intravenøst. Angiv den først forekommende alvorlige bivirkning, du skal tage højde for</i></p> <p><i>Du tilkaldes af jordemoderen til en 2. gangs fødende med henblik på smertelindring. Hvilke muligheder er der?</i></p> <p><i>Nævn fire former for regional analgesider anvendes i forbindelse med fødsel.</i></p> <p><i>Føde-epidural: Den fødende får hovedpine og adurapunktur. Hvilke(t) udsagn er korrekt(e)</i></p> <p>A. Patienter må føde normalt.</p> <p>B. Patienter må føde normalt, men i presseperioden skal der anlægges vacuum extraction.</p> <p>C. Der er nu indikation for sectio.</p> <p>D. Der bør anlægges akut blood patch.</p> <p><i>Smertelindring under fødsel: ABC Angiv navnet på de tre former for ledningsanalgesider er markeret på tegningen (ryg og to nerver i bækkenet)</i></p>
6	Det nyfødte barn	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke(t) af følgende udsagn om cefalhæmatom er korrekt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bør dræneres ○ Hævelsen varer flere uger ○ Kan bidrage til icterus

		<p>○ Udvikler sig timer efter fødslen</p> <p>Angiv hvilke elementer der indgår i Apgar score</p> <p>Barnets tilstand bedømmes efter fødslen ved hjælp af Apgar score.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nævn de 5 kriterier, der bedømmes efter <p>Vurdering af et nyfødt barn: Du tilkaldes til vurdering af et nyfødt barn.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke oplysninger vil du bede om fra jordemoderen/den fødende? 2. Hvordan vil du vurdere barnets tilstand?
7	Barselsperioden	<p>Galactoforitiser karakteriseret ved</p> <p>A.Temperaturstigning til 39-40°C B.Lokaliseret rødme og ømhed af brystet C.Behandles med antibiotika D.Behandles med amme pause</p> <p>Barselsperioden: 4 dage efter normal fødsel får moderen feber. Nævn to af de hyppigste årsager</p> <p><i>Hvilke to hypofysehormoner har hovedansvaret for ammeprocessen?</i> AmningHypothalamusA: HypofyseforlapB: Hypofysebaglap (er vist i tegning, med nerve og blodforbindelser</p> <p><i>1.gangsfødende klagerved5 ugersundersøgelsenefterfødslenover lyserødtudflod, somhunharhaft ligsidenfødslen, dog i aftagendegrad. Hvilke(n) affølgendemulighederermestrelevant(e) ?</i></p> <p>A.Ordinereampicillin B.Tageblodprøve med henblik på S – prolactin C.Overbevise kvinden om at det er normalt D.Henvis ekvinden til en udskrabning</p>
8	Blødning i den tidlige graviditet	<ul style="list-style-type: none"> • Abort: Nævn fire maternelle årsager til spontan abort • Hvad er den hyppigste årsag til abort i første trimester? • Nævn 3 årsager til spontan abort <p>Nævn 4 implantationssteder for ektopisk graviditet</p> <p>Abort A. autosomale trisomier udgør den hyppigste årsag til spontan abort i 1. trimester</p>

		<p>B. tidligere ukompliceret provokeret abort medfører en trefold øget abortrisiko i næstfølgende graviditet</p> <p>C. spiralgraviditet medfører ikke øget risiko for spontan abort</p> <p>D. kvinder bør vente mindst 3 måneder med at blive gravide efter spontan abort</p> <p>ektopisk graviditet</p> <p>A. Risiko for ektopisk graviditet blandt alle kliniske graviditeter er ca. 10%.</p> <p>B. Risikoen for ektopisk graviditet efter tidligere ektopisk graviditet er forhøjet.</p> <p>C. En intrauterin opklaring ved skanning af en tidlig gravid kvinde vil altid kunne udelukke en ektopisk graviditet</p> <p>D. Udmalkning af en tubagraviditet er mest skånsom og foretrækkes frem for åbning af tuba</p> <p>Typiske tegn på en missedabortion</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Ophør af graviditetskvalme • B Smerteudstråling specielt til højre skulder • C Kraftig vaginal blødning • D Ingen fosterhjerteraktion ved ultralyd <p><i>Du har hos en 32-årig 0-para klinisk mistanke om ekstrauterin graviditet. Angiv 3 disponerende faktorer, som du kan få oplysning om i din anamneseoptagelse</i></p> <p>Vaginal UL viste</p> <p>A. Hvilken diagnose er vigtigst at få afklaret?</p> <p>B. Hvordan kan man komme til diagnose nærmere?</p> <p>28 år gammel henvises akut med vaginal-blødning. Urin-HCG er positiv. 6 ugers menostasi.</p> <p>Ekstrauterin graviditet: En 25-årig kvinde henvises til gynækologisk afdeling med oplysning om, at hun tog en graviditetstest for 14 dage siden og at den var positiv. Nu bløder hun og har smerter i underlivet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optag en anamnese med henblik på belysning af diagnosen 2. Hvilke undersøgelser kan være relevante ?
9	Blødning i sidste del af graviditeten	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prævia <ul style="list-style-type: none"> ○ Optræder hos knap 1 % af alle gravide ○ Er hyppigere hos kvinder med tidligere kejsersnit ○ Forekomst af tværlege er hyppige ○ Viser sig ofte ved spontan blødning • Blødning i sidste del af svangerskabet: Nævn 4 årsager til blødning i sidste del af svangerskabet <p>Nævn 4 årsager til blødning sidst i graviditeten</p>

		<p><i>Førstegangsfødende til termin henvender sig på fødeafdelingen med smerter og en smule vaginalblødning. Jordmoderen har travlt, og du skal vurdere hende.</i></p> <p>Hvad vil du umiddelbart spørge den gravide om ? Hvilke kliniske undersøgelser vil du så umiddelbart foretage ? hvilke betingelser skal være opfyldt før vag ekspl.? Hvad vil du umiddelbart spørge den gravide om ? Vaginal eksploration – hvad og hvordan undersøges ?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>1 gravida, 0 para indbringes med ambulance til fødegangen pga vaginalblødning i 3. trimester.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke diagnoser vil du umiddelbart overveje? 2. Hvorledes vil du sikre dig gestationsalderen med karrusellen? 3. Suppler anamnesen 4. Hvad vil du hæfte dig ved, ved den almindelige objektive undersøgelse? 5. Hvilke yderligere undersøgelser vil du iværksætte? 6. Hvad vil du foretage dig pga disse oplysninger? </div> <p>Hvilke kliniske tegn ses ofte ved svær DIC? A: Hypertension B: Blødning fra stikkanaler C: Rød blussende hud D: Cerebral påvirkning</p>
10	Svangerskabsrelaterede gener/sygdomme hos moderen	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperemesis: Hyperemesis ses især ved to tilstande med høj koncentration af hCG. Nævn disse to tilstande • Svangerskabskløe: Hvilke(t) udsagn om graviditetsbetinget intrahepatisk kolestase er korrekt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko for præterm fødsel ○ Recidivfrekvens ved efterfølgende graviditet 50% ○ Risiko på 25% for fosterdød ○ Behandles medicinsk og med igangsættelse af fødsel 2-3 uger før tiden • Bækkenløsning: <ul style="list-style-type: none"> ○ Optræder hos ca 15 % af alle gravide ○ Lindres ofte af et trochanterbælte ○ Vedvarer oftest flere uger efter fødslen ○ Risiko for recidiv ved næste graviditet <p>Hvilket/hvilke udsagn om graviditetsbetinget intrahepatisk kolestase er korrekt(e)? A. Familiær ophobning B. Recidivfrekvens ved efterfølgende graviditet 50% C. Risiko på 25% for fosterdød D. Afficerer primært håndflader og fodsåler</p>

		<p>Leverbetinget svangerskabskløe</p> <ul style="list-style-type: none"> •ARammer op til 10% af alle danske gravide •BOptræder hyppigst ved nattetid •CBehandling er primær steroider i høj dosis •DUbehandlet foreligger der øget risiko for intrauterin fosterdød <p>Hyperemesis gravidarumHvilke(t)affølgendeudsagnerkorrekt(e) ?</p> <p>A.Optræderhosmere end 50%</p> <p>B.Kan forvekslesmed hyperthyroidisme</p> <p>C.Dererforhøjedelevertal hosca 50%</p> <p>D.Medførrerisikofor fosterskader</p> <p>Hyperemesisgravidarum. Hvilke(t) affølgendeudsagnerkorrekt(e)</p> <p>A. Medfører vægttab og elektrolytforstyrrelser</p> <p>B.Kan forveksles med hyperthyroidisme</p> <p>C.Medfører af og til forhøjede levertal</p> <p>D.Antihistaminer benyttes som antiemetika</p> <p>E.Medfører risiko for fosterskader</p> <p>Svangerskabskløe</p> <p>Billede: ChloasmataGravid med stærkt kløende rødt papuløsthududsletpåabdomen og ekstremiteter</p> <p>Den mest sandsynlige diagnose er:</p> <p>A.Graviditetsbetinget intrahepatisk kolestase</p> <p>B.Polymorfic eruption of pregnancy</p> <p>C.Chloasmata</p> <p>Leverbetinget svangerskabskløe</p> <ul style="list-style-type: none"> •ARammer op til 10% af alle danske gravide •BOptræder hyppigst ved nattetid •CBehandling er primær steroider i høj dosis •DUbehandlet foreligger der øget risiko for intrauterin fosterdød
11	Svangerskab og sygdom hos mor	<p>Nyresygdomme</p> <p>Nyrefunktion og graviditet</p> <p>Serumkoncentrationen af kreatinin og carbamid sidst i graviditeten. Angiv om parametrene er nedsatte, normale eller forhøjede.</p> <p>Hjertesygdomme</p> <p>Lungesygdomme</p> <p>Kronisk inflammatoriske tarmsygdomme</p> <p>Diabetes mellitus</p>

		<p>Nyfødte af diabetiske mødre Har øget risiko for:1.Respirationsbesvær2.Polycytæmi3.Hypoglykæmi4.Anæmi</p> <p>Type 1 diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hvad er årsagertil den øgede forekomst af medfødte misdannelserhos børn født af mødre med type 1 diabetes mellitus <p>Diabetes mellitus</p> <p>Mor med type 1 diabetes føder vaginalt uge 36+5.</p> <p>Nævn 3 ting som barnet skal observeres for i de første levedøgn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestational DM: Hvilken test bruges til at diagnosticere gestational diabetes? <p>Opsporing og behandling af GDM</p> <p>A. Mindsker risikoen for alvorlige perinatale komplikationer</p> <p>B. Mindsker risikoen for makrosomi</p> <p>C. Mindsker risikoen for medfødte misdannelser</p> <p>D. Øger frekvensen af igangsættelser</p> <p>Det nyfødte barn: Uge 38+2, ukompliceret forløsning af pige på4500 g. Moderen har type 1 diabetes mellitus.</p> <p>1: Hvilken tilstand skal dette barn specielt observeres for i timerne efter fødslen?</p> <p>2: Hvad kan man gøre for at forebygge denne tilstand?</p> <p>Thyreoidesygdomme</p> <p>Hos 5-10% af nyfødte, hvor moderen har thyreotoksikose, optræder der neonatal thyreotoksikose.Hvad er årsagen til dette?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thyreoidesygdom og graviditet: Hos en gravid med thyreotoksikose og TSH-recepterstimulerende antistoffer skal fosteret følges mhp tegn på hypertyreose. Nævn en undersøgelse, der sandsynliggør at fosteret har hypertyreose <p>Thyreoidesygdomme hos gravide i forhold til ikke-gravide. Angiv om parametrene er nedsat, normale eller forhøjede.</p> <p>Parathyreoidesygdomme</p> <p>Lidelser i bevægeapparatet</p>
--	--	--

		<p>Reumatiske sygdomme</p> <p>28 årig kvindemed SLE, gravid i 8. uge Nævntrefaktorerrelateret til SLE, der har prognostisk betydning for denne kvindes graviditet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28-årig kvinde med SLE, gravid i 8. uge: Nævn tre faktorer relateret til SLE, der har prognostisk betydning for denne kvindes graviditet <p>Blodsygdomme</p> <p>Venøse, tromboemboliske sygdomme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tromboemboliske komplikationer: Hvilke(t) udsagn om tromboemboliske komplikationer under graviditeten er korrekt? <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 gange øget risiko for dyb venetrombose ○ Risikoen størst i puerperiet ○ Incidens for lungeemboli 1-2 per 100 ○ Ved dyb venetrombose laves section 2-3 uger før tiden <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>27 årig primigravida henvender sig i graviditetsuge 11 i svangreambulatoriet med smertefuldt hævet venstre ben. Hun har det meste af tiden derhjemme været sengeliggende på grund af udtalt hyperemesis.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Du er reservelæge og ser på pt. i ambulatoriet 2. Hvilke diagnoser vil du umiddelbart overveje? 3. Suppler anamnesen 4. Hvad vil du hæfte dig ved, ved den almindelige objektive undersøgelse? 5. Hvilke yderligere undersøgelser vil du iværksætte? 6. Undersøgelserne viser ? (oplyses af stationsforstanderen) 7. Hvilken behandling vil du give hende? 8. Kan der blive tale om yderligere diagnostiske udredninger ? </div> <p>33 årig rask 0 para, henvender sig i uge 34 med ømhed i det ene ben. Tentative diagnoser. Svar DVT Nævn typiske symptomer: Diagnose: Nævn vigtigst risikofaktorer: Vigtigste komplikation til DVT: Nævn vigtigste symptomer på lungeemboli Behandling:</p> <p>Epilepsi</p>
--	--	--

	<p>Hvilke(t) udsagn er korrekt hos gravide med medicinsk behandlet epilepsi.</p> <p>A. 25% får øgetanfaldshyppighed B. Fostrene har en øget risiko for kromosomfejl C. Fødslen skal oftest foregå ved sectio D. Fenemalbehandling af gravid medfører øget risiko for koagulationsdefekt hos den nyfødte E. Amning vil praktisk taget altid være kontraindiceret</p> <p>Gravid med epilepsi A: Hvilken misdannelse er der særlig risiko for hos et barn født af en moder med valproatbehandlet epilepsi? B: Hvad kan man gøre for at forebygge dette?</p> <p>Epilepsi A: Hvilken misdannelsesforebyggende medicin bør kvinder med epilepsi, som planlægger graviditet, tage? B: Hvilken misdannelse bør man især være opmærksom på hos gravide epileptikere, som er behandlet med Valproat (Deprakine)?</p> <p>Sp6: Hvilke udsagn gælder for gravide epileptikere</p> <ul style="list-style-type: none"> • A: Har øget forekomst af preterm fødsel • B: Har øget forekomst af intrauterin vækstretardering • C: Har øget forekomst af føtale malformationer • D: Amning er kontraindiceret på grund af den medikamentelle behandling <p>Migræne</p> <p>Akutte abdominalsmerter i graviditeten</p> <p>Cancer og graviditet</p> <p>Traumer i graviditeten</p> <p>Blandet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nævn 3 årsager til anæmi i svangerskabet • Nævn 2 typer af hæmoglobinopati <p>I forbindelse med Antifosfolipid-syndrom ses ofte</p> <p>A: Hypertension B: Blødning fra stikkanaler C: Gentagne aborter D: Trombocytopeni</p> <p>24 årig gravid i uge 35. Bliver lettere forpustet end før graviditeten, men ellers asymptomatisk. E.l.høreren systolisk mislyd langshøjregvenstresternalrand. Hvilke(n) af disse diagnose(r) er mest sandsynlig(e) ?</p> <p>A. Åbentstående ductus arteriosus</p>
--	--

		<p>B. Atrioseptum defekt C. Aorta stenose D. Pulmonalstenose E. Flow induceret uddrivningsmislyd Sp</p> <p>Akut eller kronisk lidelse hos gravide 1. gravida i uge 30 henvender sig med udtalte lænderyg smerter med udstråling til højre flanke og højre side af abdomen. Hun har feber. Nævn 2 af de mest sandsynlige differentialdiagnoser:</p> <p>Akut eller kronisk lidelse hos gravide • 39 årig 3. para, akut kejsersnit for 1 døgn siden, er noget overvægtig og har svært ved at komme op af sengen. • Hun føler sig forpustet og utilpas. Foreslå 4 vigtige undersøgelser</p> <p>Medicinske risikotilstande Nævn 4 i forvejen tilstedeværende sygdomme hos kvinden, hvor der er risiko for forværring af sygdommen samt risiko for dårligt graviditetsudfald.</p>
12	Fosterskader og misdannelse	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke(t) symptom(er) på fosterskade/misdannelse er korrekt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intrauterin væksthæmning ○ Polyhydramnios ○ Oligohydramnios ○ Færre/ingen fosterbevægelser • Polyhydramnios: Nævn 3 årsager til polyhydramnios <p>Polyhydramnion Skriv Ja eller nej på svararket</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ses ofte ved Potters syndrom • Ses ofte ved kromosom sygdomme • Giver øget risiko for abruptio placentae • Kan ses ved diabetes mellitus <p>Foetus mortuus: • Nævn 4 årsager til intrauterin fosterdød</p> <p>Grav2, para1, henviser i uge 26. UL viser polyhydramnios og føtal hydrups. Hvilke(t) affølgende undersøgelser er relevante?</p> <p>A. HIV test B. Rh status med antistofscreening C. GrB streptokokkeri urin og cervix D. Undersøgelse for parvovirus</p> <p>Risiko for Downs syndrom Hvilke(n) variable anvendes ved beregning? A. Barnefaderens alder</p>

		<p>B.Femurlængde (Ultral lyd) C.Dobbelt-test (Blodprøve) D.Nakkefold (Ultral lyd) E.Den gravides alder</p> <p>Fosterskade og misdannelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infektion med parvovirus (lussionsyge) hos en gravid kvinde kan medføre abort eller fosterdød – • Hvad er det mere præcist fosteret dør af (kun et svar)? <p>Nævn 4 årsager til hydrops foetalis</p> <p>Infektioner hos gravide</p> <p>Hvilke(t) affølgende udsagn er korrekt(e)</p> <p>A.Kronisk aktiv hepatitis B hos den gravide er uden betydning. B.Lussionsyge hos den gravide kan medføre fosterdød. C.Recidiverende herpes genitalis infektion hos den gravide skal medføre kejsersnit D.Acutes hydrothorax hos fosteret kan være forårsaget af infektion med parvovirus B19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tobaksrygning og graviditet: Ophør med rygning vil nedsætte risikoen for: <ul style="list-style-type: none"> ○ Præterm fødsel ○ Makrosomi ○ Intrauterin fosterdød ○ Død inden for første leveår ○ Præeklampsi ○ Væksthæmning <p>A. Nedsætter fødselsvægten med 150-300 gram B. Risikoen for præterm fødsel 50% øget ○ C. Risikoen for dødfødsel fordoblet</p> <p>Føtal alkohol syndrom er karakteriseret ved:</p> <p>A.Vækstretardering B.Skader i CNS C.Karakteristiske ansigtstræk D.Hjerte-og skelet misdannelser</p> <p>Blodtype immunisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med 1 lægeundersøgelse bliver den gravide undersøgt for irregulære blodtype antistoffer, som kan forårsage erythroblastosis foetalis. Nævn 5 af disse. <p>Hydrops foetalis</p> <p>Ætiologien kan være:</p> <p>A.Blodtype immunisering</p>
--	--	---

		<p>B.Præeklampsi C.Maternel infektion med parvovirus D.Kromosomanomalier E.Hjertemisdannelse hos fosteret</p>
13	Hypertension i graviditet	<ul style="list-style-type: none"> • Svær svangerskabsforgiftning: Nævn 3 væsentlige risici ved svær svangerskabsforgiftning • svær præeklampsi <p>Angiv et karakteristisk subjektivt symptom eller laboratoriefund for hvert af nedennævnte organsystemer</p> <p>A) lever B) CNS C) nyre D) koagulation</p>
14	Intrauterin væksthæmning og overbåren graviditet	<p>Væksthæmmet foster</p> <p>Du får i obstetrisk ambulatorium en 21-årig 0-para henvist fra jordmoderen, som finder mistanke om væksthæmmet foster i uge 30+2</p> <p>A: Hvilke anamnestiske oplysninger vil du indhente? B: Hvorledes vil du underbygge den kliniske diagnose? C: Hvorledes vil du vurdere det vækstretarderede fosters tilstand? D: Du vurderer at forløsning bliver aktuel indenfor 1 uge. Hvad vil du gøre for at optimere barnets tilstand i neonatalperioden?</p> <p>Andengangsfødende, nu uge 37 + 1, henvises m.h.p. fosterstørrelse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vis hvilke kliniske undersøgelser du vil foretage? 2. Hvad kan give mistanke om intrauterin væksthæmning? 3. Hvilke risikogrupper har øget risiko for væksthæmning? 4. Hvorledes vil du vurdere fosterets tilstand? <p>2SDXXXXHvordan vil du karakterisere fosteret, som har vægten X (ligger konstant 2 sd under median) ved de fire påhinanden følgende ultralydsmålinger ?Fostervandsmængden er normal, fosteret sparker livligt</p>
15	For tidlig fødsel	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke(t) udsagn om for tidlig fødsel er korrekt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikoen øget hos kvinder med lav kropsvægt ○ Risikoen øget hos rygere ○ Risikoen øget efter tidligere konisatio ○ Risikoen øget ved tidligere sectio • For tidlig vandafgang (PPROM): Gravid kvinde indlagt i uge 27 pga for tidlig vandafgang. Nævn 4 tegn på chorionamnionit <p>Truende for tidlig fødsel</p> <p>Du er praktiserende læge. Du konsulteres af en 3 gangs fødende kvinde i uge 33 +0 med mange plukkeveer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suppler anamnese <ul style="list-style-type: none"> • 2. Demonstrer den objektive undersøgelse <p>Angiv tre kontraindikationer for at</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • standse en truende for tidlig fødsel <p>For tidlig vandafgang: Nævn 3 tegn på chorionamnionit</p> <p>For tidlig fødsel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nævn 4 faktorer, som er associeret med for tidlig fødsel hos en førstegangs fødende <p>35 årig 2. gangs fødende nu uge 25 +0 indlægges med 6-8 smertefulde kontraktioner i timen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke overvejelser vil du gøre dig? • Hvilke undersøgelser vil du foretage dig? • Hvilken behandling vil du iværksætte? • Hvad vil du gøre anderledes, hvis vandafgang
16	Igangsættelse af fødslen	<ul style="list-style-type: none"> • Hindesprængning: Nævn hvilken komplikation man skal være opmærksom på, efter man har udført hindsprængning • Igangsættelse af fødslen: Ved igangsættelse 2 uger over tiden efter i øvrigt ukompliceret graviditet er der ingen veer 4 imer efter HSP. Orificium er 4 cm, CTG normal, foster i hovedstilling, fosterskøn 3600 g. Hvilken behandling vil du ordinere? <p>En førstegangs fødende skal sættes i gang på grund af overbåren, men ellers ukompliceret graviditet. Der er umodne cervikale forhold.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke(n) af følgende metode(r) bør anvendes: <p>A: Oxytocin B: Hindesprængning C: Lokal prostaglandin D: Hindeløsning</p> <p>Nævn 3 metoder til igangsættelse af fødslen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igangsættelse af fødsel : 29 årig 1-gangs gravid, ukompliceret graviditet, henvises til fødeafdelingen i uge 42 med henblik på igangsættelse af fødslen <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan vil du supplere anamnesen? ○ Hvilke kliniske undersøgelser vil du foretage, inden du beslutter om igangsættelse? ○ Ved undersøgelsen er orificium 3 cm, collum blød og 1 cm. Hvilken metode vil du foreslå til igangsættelse af fødslen? <p>Hvad er dit førstevalg med hensyn til at forløse fosteret i følgende to situationer:</p> <p>A.1.gangsfødende, orificium 10 cm, skalp-pH 7,1, caput fuldt roteret på bækkenbunden. Har presset 15 minutter.</p> <p>B.1.gangsfødende, orificium 9 cm, stor fødselsvulst, skalp-pH 7,1, caput mærkes tydeligt ved 4.håndgreb</p>

		<p>• Graden af cervix' modenhed er bestemmende for, hvor besværligt det er at sætte en fødsel i gang. Nævn 3 af de 5 faktorer, der indgår i Bishopsscore</p> <p>Du skal sætte en fødsel i gang. Hvilke forhold indgår i dine overvejelser? Hvilke metoder er der til igangsættelse af fødsel? I hvilke situationer anvendes hver af disse metoder?</p> <p>Igangsættelse af fødsel Med henblik på igangsættelse af fødslen vurderes fem faktorer som udtryk for den cervikale modenhed (Bishopsscore). Nævn fire af disse.</p>
17	Uregelmæssige fosterpræsentationer	<ul style="list-style-type: none"> • Fosterpræsentation: Angiv hvor mange % af singleton fostre der ved terminen ligger i: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tværleje ○ Underkrop ○ Hovedstilling <p>Underkropppræsentation Ekstern vending A. Foretages fra 32 graviditets uge B. Lykkes i ca. 75% af tilfældene C. Hos ca. 10% ses forbigående bradykardi hos fosteret D. Follow up undersøgelser har vist øget frekvens af cerebral parese</p> <p>En 32-årig 3-para henvises til fødegangen i uge 39 med afgang af klart fostervand. Jordmoderen mistænker uregelmæssig fosterpræsentation A: Som vagthavende reservelæge, hvilke undersøgelser vil du iværksætte for at komme diagnosen nærmere? B: Vis på fantom de fire håndgreb C: Ved palpationsfundet føles caput afgledet og det føles tomt i det lille bækken. Angiv en tentativ diagnose D: Nævn 3 årsager til skråleje</p>
18	Flerfold graviditet	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke(n) er følgende komplikationer ses ved tvilling til tvilling transfusionssyndrom: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oligohydramnios hos donor ○ Udvikling af irregulære antistoffer hos recipienten ○ Kardiel inkomensation hos donor ○ Hydrops hos recipienten <p>Ved scanning af dichoriske tvillinger i 18. uge konstateres fosterdød hos den ene, mens den anden findes normalt udviklet. Hvad er prognosen for den levende tvilling: A: Betydelig risiko for IUGR B: Betydelig risiko for intrauterin infektion</p>

		<p>C: Betydelig risiko for for tidlig fødsel D: Ingen betydende risiko</p> <p>Tvillinger A. Dikoriskehar, bortset fra for tidlig fødsel og væksthæmning, ingen væsentlige risici sammenholdt med singletons B. Monokoriskehar 5-10 gange øget perinatal mortalitet og morbiditet C. Monoamniotiskehar stor risiko for perinatal død (30-50%)</p> <p>Illustration af kompliceret tvillingegraviditet (juni 2005): Nævn de to mest sandsynlige diagnoser</p> <p>29 Flerfold graviditet: Hos monoamniotisketvillinger er der stor risiko for perinatal død. Nævn den hyppigste årsag hertil.</p> <p>Tvillinger A. Hvor ofte ligger tvilling A i hovedstilling når fødslen starter. Angiv ca. %B. Hvad kaldes den illustrerede tilstand.</p> <p>Tvillinger Hvad er hovedårsagen til den øgede intrauterine mortalitet hos A: mono-koriske, di-amniotisketvillinger? B: mono-koriske, mono-amniotisketvillinger?</p> <p>33 årig rask 1'st gangs fødende, kommer til fødegangen med gode veer. Er gravid med tvillinger. Hvilke oplysninger ønsker du med henblik på planlægning af forløsningsmåde? Hvorfor er der større risiko for et unormalt forløb af en tvillingefødsel end ved en fødsel af ét foster?</p>
19	Komplikationer under fødslen	<p>Skulderdystoci: Ved problemer med skulderforløsnings har man trukket ned for forreste skulder med betydelig kraft. Barnet er efterfølgende ikke asfyktisk. Hvilken komplikation hos barnet skal du overveje som følge af denne procedure?</p> <p>Traumatisk læsion af genitalia interna: Hvad er de første tegn på større hæmatomer over levatormusklerne?</p> <p>Manglende fremgang i fødslen - Opgaven: Du er læge på en gynækologisk-obstetrisk afdeling og kaldes til fødeafdelingen. En 31-årig førstegangsfødende har presset en time. Jordmoderen ønsker, at du vurderer situationen og tager stilling til, hvad der skal ske. Der har været normal graviditet og fødslen er hidtil forløbet normalt. Der er normal CTG. Den fødende er ved at være træt og der er ikke udsigt til, at hun føder spontant indenfor rimelig tid.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke undersøgelser af den fødende vil du foretage? 2. Diagnoseforslag ? 3. Hvilken behandlingsmulighed(er) vil du foreslå på baggrund af de resultater, din undersøgelse giver?

		<p>Nævn de 4 muskler, som skal syes sammen for at gendanne perineum hos en patient, der har fået en udrift gående fra vaginal åbningen ned gennem hele anal åbningen</p> <p>Du er reservelæge på gynækologisk-obstetrisk afdeling og tilkaldes til fødegangen på grund af langsom progression hos en 28-årig 2. gangsfødende.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke anamnesticke oplysninger vil du indhente? 2. Hvilke kliniske undersøgelser vil du foretage? – demonstration på fantom 3. Hvilken behandling vil du instituere? <p>Blodtryksfald efter fødslen uden pågående vaginal blødning Nævn 3 årsager</p> <p>Du kaldes til fødestuen for at vurdere en 27årig førstegangsfødende ad terme. Jordemoderen synes ikke fødslen skrider normalt frem. CTG er normal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke overordnede overvejelser du vil gøre dig? 2. Hvilke undersøgelser vil du foretage? FANTOM 3. Hvordan vil du løse problemerne? <p>Hos hvilken patientgruppe ses oftest fastsiddende skulder?</p> <p>Fastsiddende skulder</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nævn to alvorlige komplikationer et barn født efter fastsiddende skulder skal observeres/undersøges for. <p>Blødning efter barnets fødsel</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nævn 4 disponerende faktorer for atoniauteri. <p>Komplikationer under fødsel</p> <p>Oplysninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tidligere sectio •Nu epiduralblokeogsyntocinondrop. <p>Hvad er den mest sandsynlige årsag til CTG forandringen?</p> <p>Post partum blødning</p> <ul style="list-style-type: none"> •Den hyppigste årsag til blødning efter placentas fødsel er læsioner i perineum og vagina. •Nævn 3 andre årsager. <p>Skulderdystoci(fastsiddende skuldre) ved fødslen?</p> <p>Hvilk(e) udsagn er korrekt(e)?</p> <p>A.Indtræder ved cirka 10% af fødslerne</p> <p>B.Sukkersyge hos moderen er en risikofaktor</p> <p>C.Stort foster > 4000 g er en risikofaktor</p> <p>D.Duchenne-Erbsparalyse hos barnet kan være en følgetilstand</p>
20	Asfyksi	Det asfyktiske foster: Hvad er den hyppigste årsag til asfyksi hos fostret?

		<p>Nævn 3 CTG forandringer, som tyder på asfyksi</p> <p>CTGKnude pånavlesnor vedSectiopgaCTG.Barnet overleverA: Nævn sandsynligsteCTG forandringB: Nævn klinisk tegn påfoster-asfyksi</p> <p>Det asfyktiske foster 29 årig 1. gangsfødende i fødsel. Orificium 6 cm. A.Nævn 3 CTG tegn på asfyksi hos fosteret. B.Hvilken undersøgelse kan be-/afkræfte din mistanke om asfyksi hos fosteret?</p>
21	Operativ obstetrik	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentel vaginal forløsning: Nævn 3 betingelser som skal være opfyldt før man kan anvende instrumentel vaginal forløsning Kejsersnit: Efter et hyperakut kejsersnit bemærker operationspersonalet kraftig hæmaturi. Hvilken behandlingskrævende komplikation skal operatøren overveje? Nævn de 3 hyppigst forekommende infektioner efter kejsersnit. <p>Efter forud normalt fødselsforløb er der indikation for akut forløsning på grund af asfyxi. Orificium er 7 cm, caput står 1 cm over spinae.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilken forløsningsmetode vil du vælge? <p>A: Hård vacuumekstraktor B: Blød vacuumekstraktor C: Tang D: Sectio</p> <p>Nævn 2 situationer, hvor der er absolut indikation for kejsersnit</p> <p>Kejsersnit Nævn tre sandsynlige årsager til stigningen hyppighed af kejsersnit.</p> <p>Episiotomi: •Nævn 4 indikationer for anlæggelse af episiotomi</p> <p>Episiotomi Hvilke(t) udsagn er overvejende korrekt(e)? Episiotomi: A.Skaffer bedre pladstil barnet! B.Udføres rutinemæssigthos førstegangsfødende! C.Kan afkorte presseperioden! D.Forebygger ukontrollabel læsion af perineum!</p>
Xx	Diverse	<p>Hvilke(t) udsagn om foster- fødselsvægt er korrekt(e)? A. Fosterets vækst i 3. trimester er eksponential B. Fosteret øger sin vægt med ca. 1 g i timen i 3. trimester</p>

		<p>C. 4% af enkeltfødte og 40% af tvillinger fødes med for lav fødselsvægt D. Makrosomi ses hyppigt hos mødre med hypertension</p> <p>Fosterbevægelser</p> <ul style="list-style-type: none"> •AKan let mistolkes somtarmperistaltik •BKan normalt mærkes fra uge 19-20 •CNedsat mængde fosterbevægelser i slutningen af graviditeten skyldes fosterets øgede behov for hvile •DBevægemønstrene hos hanlige og hunlige fostre er ens <p>Brugerindflydelse</p> <p>AFødende kan nægte at fålavet kejsersnit, selvom det er eneste "redning" for fosteret</p> <p>BLægen skal undlade blodtransfusion, hvis en velinformeret, habil, myndig kvinde ikke ønsker det</p> <p>CProvokeret abort kan bevilges graviditetsuge 27 +0 pga Down´ssyndrom hos foster</p> <p>Hvordan vil du forløse fosteret i følgende tre situationer: A: 1.gangsfødende, orificium 5 cm, skalp-pH 7,1B: 1.gangsfødende, orificium fuldt dilateret, caput påbækkenbunden, skalp-pH 7,1C: 2. gangsfødende, orificium fuldt dilateret, caput påbækkenbunden, har presset 5 minutter, CTG patologisk, skalp pH 7,30</p> <p>Årsager til mødredødelighed påverdensplan A: 25%B: ca 15%C: ca 15%D:dystociE:abortF:indirekteBogstav A, B & C repræsenterer hver en årsag hvilken?</p> <p>Hvordan defineres: A: Perinatal mortalitetsrate B: Dødfødsel C: Ekstremt for tidlig fødsel D: Overbåren graviditet</p> <p>Brugerindflydelse</p> <p>A.Hvis eneste mulighed for at redde et foster under fødslen er kejsersnit, kan kvinden sånægte at fålavet kejsersnit ? B.En kvinde er medlem af Jehova´svidner. Hun vil ikke have blodtransfusion, men er ved at forbløde post partum. Skal lægen alligevel give blodtransfusion, hvis han/hun finder det påkrævet. C.Skal lægen altid efterkomme en gravid kvindes ønske om fødselsigangsætning</p> <p>25 årig1.gravida fraMarokkomed ubeslægtetmand, ertil1.graviditetsundersøgelsehoslægen. Hvilke3 screeningsundersøgelserudoverstandardprogrammetkanværerellevantei dettetilfælde?</p>
--	--	--

		<p>Fosterets tilstand –UL vurdering: Hvilke(n) udsagn er korrekt(e)?</p> <p>A. Doppler-måling fra a. umbilicalis anvendes ved væksthæmning. B. Svær væksthæmning følges ofte med polyhydramnios C. Fosterhjerteraktion kan normalt først scannes fra ca. 10 graviditetsuge D. Respirationsbevægelser anses for et godt tegn</p> <p><i>Svangreprofylakse Rask 1. gravida uden risikofaktorer:</i></p> <p>A. Bør fraværes fra 20. graviditetsuge B. Frarådes samleje fra 24. graviditetsuge C. Tilrådes jern (cirka 80 mg dagligt) og folinsyre (cirka 400 µg dagligt) D. Tilrådes motion dagligt, f.eks. i form af gå-ture, cykling, svømning</p> <p>Det nyfødte barn: Hvilke(t) udsagn er korrekt(e) ?</p> <p>A. Cerebral pareses skyldes oftest til mangel under fødslen B. Graden af neonatal encephalopati er en bedre prognostisk faktor end apgarscore C. Præmaturiteten er vigtig årsag til neonatal døds sygdom D. Neonatal grB streptokokinfektion vises oftest ved et pustuløst hududslæt, og kræver ikke behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uregelmæssig fosterstilling: Du tilkaldes af jordemoderen til 33-årig 2. gangsfødsel i 36. graviditetsuge mhp uregelmæssig fosterstilling. Den gravide har ikke været til hospitalsundersøgelse tidligere i graviditet, henvender sig nu med blødning. Beskriv vedlagte CTG
xx	Blandet Gyn-Obs	<p><i>Imminens (profylakse?): I hvilke(n) af nedenstående tilstande kan østrogen profylakse være indiceret</i></p> <p>A: Hypergonadotrop ovarie B: Morris syndrom C: Hypothalamisk ovarie D: Abortus imminens</p>