

1

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Vilken av nedanstående diagnoser bör du i första hand misstänka?

Välj ett alternativ:

- Polymyalgia reumatika
- Myelom
- Artros
- Systemisk lupus erythematosus
- Statinbiverkan



Totalpoäng: 1

2

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Du misstänker att Britta kan ha drabbats av polymyalgia reumatika på grund av den typiska kliniska bilden med proximal muskelvärk och dygnsvariation med störst besvär på morgonen.

Du finner att hon har ömhet i proximal muskulatur i både övre och nedre extremiteter. Hon har svårt att lyfta armarna över axelhöjd men har normal muskelstyrka. Du finner inget anmärkningsvärt efter att ha undersökt hjärta, lungor, buk, lymfkörtlar och gjort en neurologisk undersökning. Blodtrycket är 135/80 mmHg.

Vilka prover har i detta läge högst prioritet?

Välj ett alternativ:

- Blodstatus, CRP, kreatinin
- Kreatinin, SR, Rematoid Faktor
- Proteinfraktioner
- Kreatinkinas (CK), Myoglobin, CRP
- Blodstatus, SR, CRP



Totalpoäng: 1

3

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Du misstänker att Britta kan ha drabbats av polymyalgia reumatika på grund av den typiska kliniska bilden med proximal muskelvärk och dygnsvariation med störst besvär på morgonen.

Du finner att hon har ömhet i proximal muskulatur i både övre och nedre extremiteter. Hon har svårt att lyfta armarna över axelhöjd men har normal muskelstyrka. Du finner inget anmärkningsvärt efter att ha undersökt hjärta, lungor, buk, lymfkörtlar och gjort en neurologisk undersökning. Blodtrycket är 135/80 mmHg.

Du ordinerar blodstatus, SR och CRP: Blodstatus är utan anmärkning, SR är 40 mm och CRP 12 mg/L (ref < 3 mg/L). Anamnes, klinisk undersökning och provtagning stärker din misstanke att Britta drabbats av polymyalgia reumatika.

Vilken behandling bör du initiera?

Välj ett alternativ:

- Fysisk aktivitet
- Långverkande morfinbehandling på morgonen
- Peroral kortisonbehandling
- Intravenös kortisonbehandling
- NSAID + paracetamol



Totalpoäng: 1

4

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Du misstänker att Britta kan ha drabbats av polymyalgia reumatika på grund av den typiska kliniska bilden med proximal muskelvärk och dygnsvariation med störst besvär på morgonen.

Du finner att hon har ömhet i proximal muskulatur i både övre och nedre extremiteter. Hon har svårt att lyfta armarna över axelhöjd men har normal muskelstyrka. Du finner inget anmärkningsvärt efter att ha undersökt hjärta, lungor, buk, lymfkörtlar och gjort en neurologisk undersökning. Blodtrycket är 135/80 mmHg.

Du ordinerar blodstatus, SR och CRP: Blodstatus är utan anmärkning, SR är 40 mm och CRP 12 mg/L (ref < 3 mg/L). Anamnes, klinisk undersökning och provtagning stärker din misstanke att Britta drabbats av polymyalgia reumatika.

Du initierar peroral kortisonbehandling (prednisolon 20 mg) dagligen i 3 dagar.

Britta upplever en dramatisk förbättring av värken som nästan helt försvunnit. Den goda effekten av behandlingen bekräftar diagnosen polymyalgia reumatika. Du ordinerar nedtrappningsschema av kortisonbehandlingen och planerar regelbunden uppföljning. Du informerar Britta om att behandlingen sannolikt kommer att fortgå i mer än ett halvår.

Vilken annan läkemedelsbehandling bör du ordinera?

Välj ett alternativ:

- Enbart Kalcium och D-vitamin
- D-vitamin, vitamin B12, Folsyra
- Metformin, bisfosfonat, Kalcium
- Bisfosfonat, vitamin B12, Folsyra
- Bisfosfonat, Kalcium, D-vitamin



Totalpoäng: 1

5

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Du misstänker att Britta kan ha drabbats av polymyalgia reumatika på grund av den typiska kliniska bilden med proximal muskelvärk och dygnsvariation med störst besvär på morgonen.

Du finner att hon har ömhet i proximal muskulatur i både övre och nedre extremiteter. Hon har svårt att lyfta armarna över axelhöjd men har normal muskelstyrka. Du finner inget anmärkningsvärt efter att ha undersökt hjärta, lungor, buk, lymfkörtlar och gjort en neurologisk undersökning. Blodtrycket är 135/80 mmHg.

Du ordinerar blodstatus, SR och CRP: Blodstatus är utan anmärkning, SR är 40 mm och CRP 12 mg/L (ref < 3 mg/L). Anamnes, klinisk undersökning och provtagning stärker din misstanke att Britta drabbats av polymyalgia reumatika.

Du initierar peroral kortisonbehandling (prednisolon 20 mg) dagligen i 3 dagar.

Britta upplever en dramatisk förbättring av värken som nästan helt försvunnit. Den goda effekten av behandlingen bekräftar diagnosen polymyalgia reumatika. Du ordinerar nedtrappningsschema av kortisonbehandlingen och planerar regelbunden uppföljning. Du informerar Britta om att behandlingen sannolikt kommer att fortgå i mer än ett halvår.

Patienten bör nu också påbörja behandling med bisfosfonat, kalk och D-vitamin.

I samband med provtagning efter 2 månaders kortisonbehandling mäts P-glukos efter fasta vid två olika tillfällen. Värdena visar 7,1 mmol/L respektive 7,2 mmol/L.

Vilken blir din bedömning av dessa provsvar?

Välj ett alternativ:

- Kortisondosen är för låg
- Patienten har utvecklat diabetes ✓
- Patienten löper risk att utveckla diabetes
- Proverna är normala, ingen åtgärd
- Patienten har sannolikt utvecklat diabetes men ytterligare provtagning måste göras för att säkerställa diagnosen

6

Britta, 72 år, söker dig på hälsocentralen med värk i kroppen sedan fyra veckor. Hon berättar att värken successivt stegrats och är värst på morgonen och klingar av mot eftermiddagen. Värken är lokaliserad huvudsakligen till axlar och överarmar men hon känner även av den i benen. Hon har inte haft någon feber men känner sig hängig och trött. Aptiten är ungefär som vanligt och vikten är oförändrad.

För två år sedan drabbades hon av en TIA och har sedan dess medicinerat med klopidogrel, atorvastatin och losartan. Britta promenerar flera gånger dagligen med sin hund som hon delar vårdnad om med dottern. Hon hämtar normalt sett barnbarnen från dagis två dagar i veckan men sista veckan har hon inte orkat med det på grund av värken.

Du misstänker att Britta kan ha drabbats av polymyalgia reumatika på grund av den typiska kliniska bilden med proximal muskelvärk och dygnsvariation med störst besvär på morgonen.

Du finner att hon har ömhet i proximal muskulatur i både övre och nedre extremiteter. Hon har svårt att lyfta armarna över axelhöjd men har normal muskelstyrka. Du finner inget anmärkningsvärt efter att ha undersökt hjärta, lungor, buk, lymfkörtlar och gjort en neurologisk undersökning. Blodtrycket är 135/80 mmHg.

Du ordinerar blodstatus, SR och CRP: Blodstatus är utan anmärkning, SR är 40 mm och CRP 12 mg/L (ref < 3 mg/L). Anamnes, klinisk undersökning och provtagning stärker din misstanke att Britta drabbats av polymyalgia reumatika.

Du initierar peroral kortisonbehandling (prednisolon 20 mg) dagligen i 3 dagar.

Britta upplever en dramatisk förbättring av värken som nästan helt försvunnit. Den goda effekten av behandlingen bekräftar diagnosen polymyalgia reumatika. Du ordinerar nedtrappningsschema av kortisonbehandlingen och planerar regelbunden uppföljning. Du informerar Britta om att behandlingen sannolikt kommer att fortgå i mer än ett halvår.

Patienten bör nu också påbörja behandling med bisfosfonat, kalk och D-vitamin.

I samband med provtagning efter 2 månaders kortisonbehandling mäts P-glukos efter fasta vid två olika tillfällen. Värdena visar 7,1 mmol/L respektive 7,2 mmol/L.

Din bedömning av fastesockervärdena är att patienten nu har utvecklat diabetes.

Du blir kontaktad av distriktsköterskan på hälsocentralen precis innan du ska gå hem för dagen. Hon har nyss pratat med Britta i telefon och behöver ditt råd för fortsatt handläggning. Britta berättar att hon sista dygnet upplevt en molande värk kring höger tinning som känns extra tydligt när hon tuggar. För några timmar sedan blev synen lite konstig på höger öga men nu är allt som vanligt igen.

Vilket råd ger du distriktsköterskan?

Välj ett alternativ:

- Boka tid för läkarbedömning inom en vecka
- Uppmana patienten att boka tid till tandläkaren
- Avvakta, återkom om försämring
- Boka tid för läkarbedömning på hälsocentralen under morgondagen
- Hänvisa patienten till akutmottagningen ✓

Totalpoäng: 1

7

På Hälsocentralen träffar du Cornelia, 2 år, och hennes pappa som söker på grund av att flickan har feber och att det rinner ur det högra örat. Du konstaterar en högersidig perforerad otit. Du ordinerar dels högläge och smärtstillande vid behov

Vilken är bästa behandling?

Välj ett alternativ:

- Lugnande besked
- Aktiv exspektans med återbesök om 2-3 dagar för ställningstagande till antibiotikabehandling om fortsatta symtom
- Penicillin V 25mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar ✔
- Tamponad med Alsolsprit, lösning 1% +10%
- Örondroppar Terracortril med polymyxin B (hydrocortison, oxitetracyclin, polymyxin B), 2 droppar 3 gånger dagligen i 5 dagar

Totalpoäng: 1

8

På Hälsocentralen träffar du Cornelia, 2 år, och hennes pappa som söker på grund av att flickan har feber och att det rinner ur det högra örat. Du konstaterar en högersidig perforerad otit.

Du förskriver Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar och ordinerar högläge och smärtstillande vid behov.

Pappa berättar att flickan innan den aktuella otiten haft tre otiter det senaste halvåret, den senaste för en månad sedan.

Vilken är nu bästa åtgärd?

Välj ett alternativ:

- Avsvällande behandling med kortison-nässpray i 3 månader
- Remiss till Öron-näsa-hals-mottagningen för ställningstagande till rör-behandling ✓
- Ingen åtgärd utöver redan förskrivet Penicillin V 25mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar
- Antibiotikaproylax Amoxicillin 12,5 mg/kg kroppsvikt 2 gånger dagligen i 3 månader
- Antibiotikaproylax Penicillin V 12,5 mg/kg kroppsvikt 2 gånger dagligen i 3 månader

Totalpoäng: 1

9

På Hälsocentralen träffar du Cornelia, 2 år, och hennes pappa som söker på grund av att flickan har feber och att det rinner ur det högra örat. Du konstaterar en högersidig perforerad otit. Du förskriver Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar och ordinerar högläge och smärtstillande vid behov. Pappa berättar att flickan innan den aktuella otiten haft tre otiter på ett halvår, den senaste för en månad sedan.

Du skriver därför också remiss till Öron-näsa-hals-mottagningen för ställningstagande till rörbehandling.

Tre månader senare träffar du Cornelia på barnavårdscentralen för tillväxtbedömning. Dagens mätning visar -2 SD på viktkurvan och -2,5 SD på längdkurvan. Pappa säger att hon alltid har varit kortvuxen. Hon har god aptit. Inga bekymmer från magtarmkanalen. Normal psykomotorisk utveckling men har nedsatt hörsel på höger öra. I status noterar du normal tonus, korta armar och ben, bred nacke och lågt hårfäste. Hon har också brett avstånd mellan bröstvårtorna.

Vilken diagnos stämmer bäst med den sammantagna kliniska bilden?

Välj ett alternativ:

- Turners syndrom
- Trisomi-13-syndrom
- Trisomi-9-syndrom
- Klinefelters syndrom
- Williams syndrom



Totalpoäng: 1

10

På Hälsocentralen träffar du Cornelia, 2 år, och hennes pappa som söker på grund av att flickan har feber och att det rinner ur det högra örat. Du konstaterar en högersidig perforerad otit. Du förskriver Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar och ordinerar högläge och smärtstillande vid behov. Pappa berättar att flickan innan den aktuella otiten haft tre otiter det senaste halvåret, den senaste för en månad sedan. Du skriver därför också remiss till Öron-näsa-hals-mottagningen för ställningstagande till rör-behandling.

Tre månader senare träffar du Cornelia på barnvårdscentralen för tillväxtbedömning. Dagens mätning visar -2 SD på viktkurvan och -2,5 SD på längdkurvan. Pappa säger att hon alltid har varit kortvuxen. Hon har god aptit. Inga bekymmer från magtarmkanalen. Normal psykomotorisk utveckling men har nedsatt hörsel på höger öra. I status noterar du normal tonus, korta armar och ben, bred nacke och lågt hårfäste. Hon har också brett avstånd mellan bröstvårtorna.

Den sammantagna kliniska bilden inger misstanke om Turners syndrom.

Vilken provtagning bekräftar diagnosen Turners syndrom?

Välj ett alternativ:

- Tillväxthormonanalys
- Audiometri
- Ekokardiografi
- Bentäthetsmätning
- Kromosomanalys



Totalpoäng: 1

11

På Hälsocentralen träffar du Cornelia, 2 år, och hennes pappa som söker på grund av att flickan har feber och att det rinner ur det högra örat. Du konstaterar en högersidig perforerad otit. Du förskriver Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt 3 gånger dagligen i 5 dagar och ordinerar högläge och smärtstillande vid behov. Pappa berättar att flickan innan den aktuella otiten haft tre otiter det senaste halvåret, den senaste för en månad sedan. Du skriver därför också remiss till Öron-näsa-hals-mottagningen för ställningstagande till rör-behandling.

Tre månader senare träffar du Cornelia på barnvårdscentralen för tillväxtbedömning. Dagens mätning visar -2 SD på viktkurvan och -2,5 SD på längdkurvan. Pappa säger att hon alltid har varit kortvuxen. Hon har god aptit. Inga bekymmer från magtarmkanalen. Normal psykomotorisk utveckling men har nedsatt hörsel på höger öra. I status noterar du normal tonus, korta armar och ben, bred nacke och lågt hårfäste. Hon har också brett avstånd mellan bröstvårtorna. Den sammantagna kliniska bilden inger misstanke om Turners syndrom.

Kromosomanalys bekräftar diagnosen.

Vad visar kromosomanalysen vid Turners sjukdom?

Välj ett alternativ:

- Tetrasomi
- Hela eller delar av den ena könskromosomen saknas
- En eller två extra könskromosomer
- Trisomi
- Triploidi

Totalpoäng: 1

12

Du arbetar på akutmottagningen och tar emot Maria, 80 år. Hon har kommit in med ambulans på grund av buksmärter och kräkningar som började ungefär 4 timmar tidigare. Hon kan varken äta eller dricka eftersom hon genast kräks. Hon har för flera år sedan opererats för gallsten och akut appendicit. I övrigt har hon varit helt frisk och har inga mediciner.

Vilka akuta laboratorieprover är högst prioriterade?

Välj ett alternativ:

- Helicobacter pylori*-prover
- SR, CRP och blododlingar
- Leverprover
- Blodstatus och vätskestatus (Na, K, Krea) ✓
- Troponin T och proBNP

Totalpoäng: 1

13

Du arbetar på akutmottagningen och tar emot Maria, 80 år. Hon har kommit in med ambulans på grund av buksmärter och kräkningar som började ungefär 4 timmar tidigare. Hon kan varken äta eller dricka eftersom hon genast kräks. Hon har för flera år sedan opererats för gallsten och akut appendicit. I övrigt har hon varit helt frisk och har inga mediciner.

Vid undersökning finner du att tarmljuden är livliga, högfrekventa och klingande. Buken är uppdriven och stor men mjuk och bara lite diffust ömmande. I vänster ljumske finner du en 4 cm stor ömmande resistens. Inga anmärkningsvärda fynd vid lung- och hjärtauskultation.

Vilken är bästa arbetsdiagnosen?

Välj ett alternativ:

- Akut divertikulit med reaktiv lymfadenopati i ljumsken
- Akut lymfom med manifestation i buk och ljumske
- Vinterkräksjuka med en inflammerad lymfkörtel i ljumsken
- Akut gastrit eller duodenit, möjligen också ulcus som deformerar och förtränger bulben/duodenum
- Mekaniskt ileus av ett inklämt ljumsk- eller femoralbråck ✓

Totalpoäng: 1

14

Du arbetar på akutmottagningen och tar emot Maria, 80 år. Hon har kommit in med ambulans på grund av buksmärter och kräkningar som började ungefär 4 timmar tidigare. Hon kan varken äta eller dricka eftersom hon genast kräks. Hon har för flera år sedan opererats för gallsten och akut appendicit. I övrigt har hon varit helt frisk och har inga mediciner.

Vid undersökning finner du att tarmlyden är livliga, högfrekventa och klingande. Buken är uppdriven och stor men mjuk och bara lite diffust ömmande. I vänster ljumske finner du en 4 cm stor ömmande resistens. Inga anmärkningsvärda fynd vid lung- och hjärtauskultation.

Din arbetsdiagnos är ett mekaniskt ileus av ett inklämt ljumsk- eller femoralbräck.

Vilka åtgärder bör du vidta redan på akutmottagningen?

Välj ett alternativ:

- Lägga in en ventrikelsond och kontakta infektionsjouren
- Säkra en intravenös infart, ge infusion med glukos och elektrolyter, lägga in en ventrikelsond och kontakta onkologjouren
- Säkra en intravenös infart, ge infusion med glukos och elektrolyter, skriva en remiss för en passage-röntgen och lägga in patienten på kirurgavdelningen
- Kontakta röntgenjouren med begäran om en akut datortomografi eller magnetresonanstomografi inom 6 timmar och avvakta svaret
- Säkra en intravenös infart, ge infusion med glukos och elektrolyter, lägga in en ventrikelsond och kontakta kirurgjouren ✓

Totalpoäng: 1

15

Du arbetar på akutmottagningen och tar emot Maria, 80 år. Hon har kommit in med ambulans på grund av buksmärter och kräkningar som började ungefär 4 timmar tidigare. Hon kan varken äta eller dricka eftersom hon genast kräks. Hon har för flera år sedan opererats för gallsten och akut appendicit. I övrigt har hon varit helt frisk och har inga mediciner.

Vid undersökning finner du att tarmlyden är livliga, högfrekventa och klingande. Buken är uppdriven och stor men mjuk och bara lite diffust ömmande. I vänster ljumsk finner du en 4 cm stor ömmande resistens. Inga anmärkningsvärda fynd vid lung- och hjärtauskultation.

Din arbetsdiagnos är ett mekaniskt ileus av ett inklämt ljumsk- eller femoralbräck.

Vid handläggning av akut buk ska man ta hänsyn till många saker samtidigt.

Vilket av följande påståenden är FALSKT?

Välj ett alternativ:

- Smärta från gallstenar kan kännas i höger skulderblad
- En generell peritonit kan vara nästan smärtfri om patienten behandlas med kortison
- En lokal peritonit ger oftast smärta runtomkring men ej direkt över det sjuka organe ✓
- Buksmärta kan 'vandras' eller byta ställe på buken under några timmar eller dagar trots att grundorsaken (sjukdomen) hela tiden sitter i samma organ
- Kräkningar och illamående förekommer ofta vid många olika akuta sjukdomar i bukorganen

Totalpoäng: 1

16

Du arbetar på akutmottagningen och tar emot Maria, 80 år. Hon har kommit in med ambulans på grund av buksmärter och kräkningar som började ungefär 4 timmar tidigare. Hon kan varken äta eller dricka eftersom hon genast kräks. Hon har för flera år sedan opererats för gallsten och akut appendicit. I övrigt har hon varit helt frisk och har inga mediciner.

Vid undersökning finner du att tarmljuden är livliga, högfrekventa och klingande. Buken är uppdriven och stor men mjuk och bara lite diffust ömmande. I vänster ljumske finner du en 4 cm stor ömmande resistens. Inga anmärkningsvärda fynd vid lung- och hjärtauskultation.

Din arbetsdiagnos är ett mekaniskt ileus av ett inklämt ljumsk- eller femoralbräck.

Vid handläggning av akut buk behöver man känna till symptombilden på flera akuta diagnoser och sjukdomstillstånd.

Vilket av följande påståenden är FALSKT?

Välj ett alternativ:

- Akut pankreatit är oftast smärtfri de första dagarna men orsakar snabbt allvarliga rubbningar i vätske- och elektrolytbalansen ✓
- Akut kolecystit gör att gallblåsan blir tjock i väggen (ödematös), ömmande vid palpation och det är oftast men inte alltid stenar i gallblåsan
- En akut pyelonefrit ömmar distinkt vid dunkning i flanken på den sida som är infekterad
- Ett blödande ulcus i ventrikel eller duodenum orsakar oftast ingen smärta ✓
- Akut appendicit och akut divertikulit kan ibland ha väldigt lika symtombild

Totalpoäng: 1

17

Abdullah är 76 år, änkeman och bor i egen lägenhet i samma område som sin dotter och hennes familj. Han har tidigare arbetat på fabrik där han monterat elsystem på bussar. Röker men har minskat på rökningen till ett par cigaretter per dag efter att han drabbats av KOL för några år sedan. Medicinerar med inhalation tiotropium. Han använder ingen alkohol. Han har tidigare varit överviktig men de senaste åren minskat 5-6 kg i vikt.

Han har alltid gillat att fiska, gärna med sina barnbarn, men nu var det mer än ett år sedan han gjorde det. Abdullah kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter. Hon tycker att faderns minne har försämrats gradvis sedan 2-3 år. Hon berättar om ett tillfälle då han hade haft svårt att hitta hem till sin lägenhet och behövde ringa henne och be om hjälp. Du bedömer att Abdullah inte är deprimerad och föreslår att han ska genomgå en demensutredning vilket han samtycker till. Du beställer blodprover för att utesluta B12-brist och hypotyreoos.

Vilket annat tillstånd är viktigt att utesluta med blodprover vid demensutredning i primärvård?

Välj ett alternativ:

- Hyperkalcemi
- Kortisolbrist
- Hypertriglyceridemi
- D-vitaminbrist
- Testosteronbrist



Totalpoäng: 1

18

Abdullah är 76 år, änkeman och bor i egen lägenhet i samma område som sin dotter och hennes familj. Han har tidigare arbetat på fabrik där han monterat elsystem på bussar. Röker men har minskat på rökningen till ett par cigaretter per dag efter att han drabbats av KOL för några år sedan. Medicinerar med inhalation tiotropium. Han använder ingen alkohol. Han har tidigare varit överviktig men de senaste åren minskat 5-6 kg i vikt.

Han har alltid gillat att fiska, gärna med sina barnbarn, men nu var det mer än ett år sedan han gjorde det. Abdullah kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter. Hon tycker att faderns minne har försämrats gradvis sedan 2-3 år. Hon berättar om ett tillfälle då han hade haft svårt att hitta hem till sin lägenhet och behövde ringa henne och be om hjälp. Du bedömer att Abdullah inte är deprimerad och föreslår att han ska genomgå en demensutredning vilket han samtycker till. Du beställer blodprover för att utesluta B12-brist och hypotyreoos.

Du beställer även prover för att utesluta hyperkalcemi.

Vilken av följande undersökningar ingår också i demensutredning i primärvård?

Välj ett alternativ:

- SPECT/PET
- EEG
- EKG
- Audiogram
- Likvorprover



Totalpoäng: 1

19

Abdullah är 76 år, änkeman och bor i egen lägenhet i samma område som sin dotter och hennes familj. Han har tidigare arbetat på fabrik där han monterat elsystem på bussar. Röker men har minskat på rökningen till ett par cigaretter per dag efter att han drabbats av KOL för några år sedan. Medicinerar med inhalation tiotropium. Han använder ingen alkohol. Han har tidigare varit överviktig men de senaste åren minskat 5-6 kg i vikt.

Han har alltid gillat att fiska, gärna med sina barnbarn, men nu var det mer än ett år sedan han gjorde det. Abdullah kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter. Hon tycker att faderns minne har försämrats gradvis sedan 2-3 år. Hon berättar om ett tillfälle då han hade haft svårt att hitta hem till sin lägenhet och behövde ringa henne och be om hjälp. Du bedömer att Abdullah inte är deprimerad och föreslår att han ska genomgå en demensutredning vilket han samtycker till. Du beställer blodprover för att utesluta B12-brist och hypotyreoos och beställer även prover för att utesluta hyperkalcemi.

Samtliga provsvar är normala. EKG visar sinusrytm och normala kurvor. Vid MMSE-testning får Abdullah 25 av 30 poäng: Han missar 2 poäng av 3 möjliga på momentet fördröjd återgivning, han missar 2 poäng av 5 möjliga på tidsorienteringsfrågorna och figurkopieringsuppgiften klarar han inte alls. Han klarar inte heller av klocktestet.

Du remitterar till datortomografi hjärna. Den visar generell måttlig substansförlust och lätt vidgade fårör men inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken. Du bedömer nu att underlaget är tillräckligt för att kunna ställa diagnos.

Vilken diagnos är rimlig att misstänka?

Välj ett alternativ:

- Frontallobsdemens
- Demens av Alzheimerstyp
- Lewy-Body demens
- Vaskulär demens
- Blanddemens



Totalpoäng: 1

20

Abdullah är 76 år, änkeman och bor i egen lägenhet i samma område som sin dotter och hennes familj. Han har tidigare arbetat på fabrik där han monterat elsystem på bussar. Röker men har minskat på rökningen till ett par cigaretter per dag efter att han drabbats av KOL för några år sedan. Medicinerar med inhalation tiotropium. Han använder ingen alkohol. Han har tidigare varit överviktig men de senaste åren minskat 5-6 kg i vikt.

Han har alltid gillat att fiska, gärna med sina barnbarn, men nu var det mer än ett år sedan han gjorde det. Abdullah söker på vårdcentralen tillsammans med sin dotter. Hon tycker att faderns minne har försämrats gradvis sedan 2-3 år. Hon berättar om ett tillfälle då han hade haft svårt att hitta hem till sin lägenhet och behövde ringa henne och be om hjälp. Du bedömer att Abdullah inte är deprimerad och föreslår att han ska genomgå en demensutredning vilket han samtycker till. Du beställer blodprover för att utesluta B12-brist och hypotyreoos och beställer även prover för att utesluta hyperkalcemi.

Samtliga provsvar är normala. EKG visar sinusrytm och normala kurvor. Vid MMSE-testning får Abdullah 25 av 30 poäng: Han missar 2 poäng av 3 möjliga på momentet fördröjd återgivning, han missar 2 poäng av 5 möjliga på tidsorienteringsfrågorna och figurkopieringsuppgiften klarar han inte alls. Han klarar inte heller av klocktestet.

Du remitterar till datortomografi hjärna. Den visar generell måttlig substansförlust och lätt vidgade fåror men inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken. Du bedömer nu att underlaget är tillräckligt för att kunna ställa diagnos.

Du bedömer att Abdullah har en demensutveckling av Alzheimerstyp.

Vid återbesöket framkommer att Abdullah inte vill sälja sin bil eftersom han vill åka och fiska till sommaren. Du bedömer att Abdullah har påtagliga brister i uppmärksamhet och koncentrationsförmåga.

Du meddelar Abdullah din bedömning och anmäler till Transportstyrelsen att han av medicinska skäl är olämplig att ha körkort.

Du kommer i samförstånd med Abdullah fram till att han skulle ha nytta av läkemedelsbehandling och du ordinerar en acetylkolinesterashämmare enligt behandlingsriktlinjerna.

Vilka är de vanligaste biverkningarna vid behandling med acetylkolinesterashämmare?

Välj ett alternativ:

- Hudutslag och klåda
- Viktuppgång och ödem
- Illamående och kräkningar
- Trötthet och muskelsvaghet
- Yrsel och svindel



Totalpoäng: 1

21

Abdullah är 76 år, änkeman och bor i egen lägenhet i samma område som sin dotter och hennes familj. Han har tidigare arbetat på fabrik där han monterat elsystem på bussar. Röker men har minskat på rökningen till ett par cigaretter per dag efter att han drabbats av KOL för några år sedan. Medicinerar med inhalation tiotropium. Han använder ingen alkohol. Han har tidigare varit överviktig men de senaste åren minskat 5-6 kg i vikt.

Han har alltid gillat att fiska, gärna med sina barnbarn, men nu var det mer än ett år sedan han gjorde det. Abdullah söker på vårdcentralen tillsammans med sin dotter. Hon tycker att faderns minne har försämrats gradvis sedan 2-3 år. Hon berättar om ett tillfälle då han hade haft svårt att hitta hem till sin lägenhet och behövde ringa henne och be om hjälp. Du bedömer att Abdullah inte är deprimerad och föreslår att han ska genomgå en demensutredning vilket han samtycker till. Du beställer blodprover för att utesluta B12-brist och hypotyreoos och beställer även prover för att utesluta hyperkalcemi.

Samtliga provsvar är normala. EKG visar sinusrytm och normala kurvor. Vid MMSE-testning får Abdullah 25 av 30 poäng: Han missar 2 poäng av 3 möjliga på momentet fördröjd återgivning, han missar 2 poäng av 5 möjliga på tidsorienteringsfrågorna och figurkopieringsuppgiften klarar han inte alls. Han klarar inte heller av klocktestet.

Du remitterar till datortomografi hjärna. Den visar generell måttlig substansförlust och lätt vidgade fåror men inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken. Du bedömer nu att underlaget är tillräckligt för att kunna ställa diagnos.

Du bedömer att Abdullah har en demensutveckling av Alzheimerstyp.

Vid återbesöket framkommer att Abdullah inte vill sälja sin bil eftersom han vill åka och fiska till sommaren. Du bedömer att Abdullah har påtagliga brister i uppmärksamhet och koncentrationsförmåga. Du meddelar Abdullah din bedömning och anmäler till Transportstyrelsen att han av medicinska skäl är olämplig att ha körkort.

Du kommer i samförstånd med Abdullah fram till att han skulle ha nytta av läkemedelsbehandling.

Du ordinerar en acetylkolinesterashämmare enligt behandlingsriktlinjerna medveten om att de vanligaste biverkningarna är illamående och kräkning.

När ni ska avsluta återbesöket nämner Abdullah att han i förra veckan sett blod i urinen vid ett tillfälle.

Du bestämmer dig för att kontrollera en urinsticka samt PSA, kreatinin och SR. Nästa dag får du provsvaren och alla är normala.

Vad är rimligast att göra nu?

Välj ett alternativ:

- Ge Abdullah besked om normala prover och ber honom att höra av sig om han får nya episoder av blod i urinen
- Skicka remiss till urolog och remiss för CT-urografi (datortomografi-urografi) ✓
- Skicka remiss till nefrolog och remiss för ultraljud av njurar
- Kontrollera residualurin och urinodling
- Kontrollera PK (INR) och blodstatus

Totalpoäng: 1

22

Du arbetar som läkare vid en psykiatrisk akutmottagning och träffar Stefan, 35 år, som söker för sömnbesvär och ångest. Han har tidigare alltid fungerat väl i jobbet som IT samordnare, motionerar regelbundet och tidigare aldrig haft psykiska besvär. Han röker inte, är absolutist och uppvisar ingen familjeanamnes på allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Han har alltid haft mycket på gång och är högpresterande. För 4 månader sedan upplevde han en smygande, eskalerande oro och ångslighet, svårighet med att slappna av och att sömnen blev minimal med cirka 2 timmar per natt.

Hälsokontroller har tidigare alltid varit utan anmärkning men för ungefär 1 år sedan upptäcktes både hypertoni, som visade sig vara svårbehandlad, och insulinresistens. Detta var överraskande för patienten som alltid varit noggrann med träning, vikt och mathållning. Skakad av fynden ökade han träningsmängden, men kände sig bara mer stressad, uppjagad, lättirriterad och orolig. Patienten uppger att han känner sig svagare, tappat i vikt (10 kg på några månader) och är inte längre nöjd med sin kroppsform, då bukmåttet har ökat och ben och armar har blivit smalare.

Stefan är orienterad i tid och rum (upprepade tester), ser trött ut och uppträder stressat och forcerat. God formell och emotionell kontakt och du noterar inga tankestörningar, perceptuella avvikelser eller suicidal kommunikation. Förutom ett påtagligt ökat bukomfång noteras blodtryck 160/110 mmHg, vilopuls 90/min, inga neurologiska avvikelser och normalfynd vid auskultation och hjärta och lungor.

Du ordinerar ett provbatteri med fokus på en eventuell somatisk orsak till hans trötthet och ångest. Samtliga analyser är inom normalgränser: Hb, CRP, glukos, natrium, kalium, kalcium, fosfatidyletanol, TSH, T3, T4, ASAT, ALAT.

Du bedömer att ett förstagångsinsjuknande med svår ångest och sömnstörning vid en relativt hög ålder (35 år), kräver en utvidgad somatisk utredning.

Du ordinerar Imovane 7,5mg x 1-2 till natten.

Vilken ytterligare behandling är mest lämplig för patientens övriga symtom?

Välj ett alternativ:

- Oxascand 10-20 mg × 3
- Haloperidol 1-2 mg × 2
- Inderal 40 mg × 2
- Voxra 150-300 mg × 1
- Mirtazapin 15-30 mg × 1



Totalpoäng: 1

23

Du arbetar som läkare vid en psykiatrisk akutmottagning och träffar Stefan, 35 år, som söker för sömnbesvär och ångest. Han har tidigare alltid fungerat väl i jobbet som IT samordnare, motionerar regelbundet och tidigare aldrig haft psykiska besvär. Han röker inte, är absolutist och uppvisar ingen familjeanamnes på allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Han har alltid haft mycket på gång och är högpresterande. För 4 månader sedan upplevde han en smygande, eskalerande oro och ångslighet, svårighet med att slappna av och att sömnen blev minimal med cirka 2 timmar per natt.

Hälsokontroller har tidigare alltid varit utan anmärkning men för ungefär 1 år sedan upptäcktes både hypertoni, som visade sig vara svårbehandlad, och insulinresistens. Detta var överraskande för patienten som alltid varit noggrann med träning, vikt och mathållning. Skakad av fynden ökade han träningsmängden, men kände sig bara mer stressad, uppjagad, lättirriterad och orolig. Patienten uppger att han känner sig svagare, tappat i vikt (10 kg på några månader) och är inte längre nöjd med sin kroppsform, då bukmåttet har ökat och ben och armar har blivit smalare.

Stefan är orienterad i tid och rum (upprepade tester), ser trött ut och uppträder stressat och forcerat. God formell och emotionell kontakt och du noterar inga tankestörningar, perceptuella avvikelser eller suicidal kommunikation. Förutom ett påtagligt ökat bukmått noteras blodtryck 160/110 mmHg, vilopuls 90/min, inga neurologiska avvikelser och normalfynd vid auskultation och hjärta och lungor.

Du ordinerar ett provbatteri med fokus på en eventuell somatisk orsak till hans trötthet och ångest. Samtliga analyser är inom normalgränser: Hb, CRP, glukos, natrium, kalium, kalcium, fosfatidyletanol, TSH, T3, T4, ASAT, ALAT.

Du bedömer att ett förstagångsinsjuknande med svår ångest och sömnstörning vid en relativt hög ålder (35 år), kräver en utvidgad somatisk utredning.

Du ordinerar Imovane 7,5mg x 1-2 till natten.

Du väljer att ordinera Mirtazapin t.n. Efter 4 veckor rapporterar patienten emellertid en allmän försämring.

Förutom fortsatt trötthet, ångest och allmän sjukdomskänsla, känner han sig mer nedstämd, upplever ingen glädje, uppträder okoncentrerat och irriterat och "orkar inte med andra människor". Han orkar inte heller med att engagera sig hemma och sexlivet är minimalt på grund av erektil dysfunktion och minskad libido.

I status noteras trötthet, ångest, nedstämdhet samt koncentrations- och minnessvårigheter. Den underliggande ångesten manifesteras som förtvivlan, måttligt ökad psykomotorik och affektabilitet. Han uttrycker tankar av meningslöshet och självmordstankar.

Somatiskt noteras tillkomst av kraftlöshet vid uppresning från nig-sittning, måttlig muskelatrofi i ben och armar och hudatrofi, framförallt synlig på handryggarna, där även blåmärken "lyser igenom". Du noterar även en högröd ansiktsfärg och möjligen exoftalmus.

Oavsett underliggande orsak till det psykiatriska syndromet, vilken beskrivande diagnos ligger närmast till hands och bör utredas vidare?

Välj ett alternativ:

- Generaliserat ångestsyndrom
- Anpassningsstörning
- Bipolärt syndrom
- Vanföreställningssyndrom
- Egentlig depression



Totalpoäng: 1

24

Du arbetar som läkare vid en psykiatrisk akutmottagning och träffar Stefan, 35 år, som söker för sömnbesvär och ångest. Han har tidigare alltid fungerat väl i jobbet som IT samordnare, motionerar regelbundet och tidigare aldrig haft psykiska besvär. Han röker inte, är absolutist och uppvisar ingen familjeanamnes på allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Han har alltid haft mycket på gång och är högpresterande. För 4 månader sedan upplevde han en smygande, eskalerande oro och ångslighet, svårighet med att slappna av och att sömnen blev minimal med cirka 2 timmar per natt.

Hälsokontroller har tidigare alltid varit utan anmärkning men för ungefär 1 år sedan upptäcktes både hypertoni, som visade sig vara svårbehandlad, och insulinresistens. Detta var överraskande för patienten som alltid varit noggrann med träning, vikt och mathållning. Skakad av fynden ökade han träningsmängden, men kände sig bara mer stressad, uppjagad, lättirriterad och orolig. Patienten uppger att han känner sig svagare, tappat i vikt (10 kg på några månader) och är inte längre nöjd med sin kroppsform, då bukmåttet har ökat och ben och armar har blivit smalare.

Stefan är orienterad i tid och rum (upprepade tester), ser trött ut och uppträder stressat och forcerat. God formell och emotionell kontakt och du noterar inga tankestörningar, perceptuella avvikelser eller suicidal kommunikation. Förutom ett påtagligt ökat bukmått noteras blodtryck 160/110 mmHg, vilopuls 90/min, inga neurologiska avvikelser och normalfynd vid auskultation och hjärta och lungor.

Du ordinerar ett provbatteri med fokus på en eventuell somatisk orsak till hans trötthet och ångest. Samtliga analyser är inom normalgränser: Hb, CRP, glukos, natrium, kalium, kalcium, fosfatidyletanol, TSH, T3, T4, ASAT, ALAT.

Du bedömer att ett förstagångsinsjuknande med svår ångest och sömnstörning vid en relativt hög ålder (35 år), kräver en utvidgad somatisk utredning.

Du ordinerar Imovane 7,5mg x 1-2 till natten.

Du väljer att ordinera Mirtazapin t.n. Efter 4 veckor rapporterar patienten emellertid en allmän försämring.

Förutom fortsatt trötthet, ångest och allmän sjukdomskänsla, känner han sig mer nedstämd, upplever ingen glädje, uppträder okoncentrerat och irriterat och "orkar inte med andra människor". Han orkar inte heller med att engagera sig hemma och sexlivet är minimalt på grund av erektil dysfunktion och minskad libido.

I status noteras trötthet, ångest, nedstämdhet samt koncentrations- och minnessvårigheter. Den underliggande ångesten manifesteras som förtvivlan, måttligt ökad psykomotorik och affektlabilitet. Han uttrycker tankar av meningslöshet och självmordstankar.

Somatiskt noteras tillkomst av kraftlöshet vid uppresning från nig-sittning, måttlig muskelatrofi i ben och armar och hudatrofi, framförallt synlig på handryggarna, där även blåmärken "lyser igenom". Du noterar även en högröd ansiktsfärg och möjligen exoftalmus.

Bilden är förenlig med egentlig depression, där ångest ingår som en väsentlig komponent. Patientens hypervigilans och uttalande sömnstörningar skulle kunna peka på en hypomanisk problematik men några andra tydliga anamnesticiska eller aktuella symtom i den riktningen märker du inte. Tillståndet har försämrats och suicidal kommunikation har tillkommit. Det psykiska tillståndet är så pass allvarligt att du föreslår inläggning på psykiatrisk vårdavdelning.

En senior kollega reagerar på patientens kroppsliga förändringar och föreslår en akutremiss till medicinkliniken med misstanke om endokrin störning.

Vilket hormon är primärt involverat i syndromet?

Välj ett alternativ:

- Adrenalin
- Prolaktin
- Testosteron
- Aldosteron
- Kortisol



Totalpoäng: 1

25

Du arbetar som läkare vid en psykiatrisk akutmottagning och träffar Stefan, 35 år, som söker för sömnbesvär och ångest. Han har tidigare alltid fungerat väl i jobbet som IT samordnare, motionerar regelbundet och tidigare aldrig haft psykiska besvär. Han röker inte, är absolutist och uppvisar ingen familjeanamnes på allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Han har alltid haft mycket på gång och är högpresterande. För 4 månader sedan upplevde han en smygande, eskalerande oro och ångslighet, svårighet med att slappna av och att sömnen blev minimal med cirka 2 timmar per natt.

Hälsokontroller har tidigare alltid varit utan anmärkning men för ungefär 1 år sedan upptäcktes både hypertoni, som visade sig vara svårbehandlad, och insulinresistens. Detta var överraskande för patienten som alltid varit noggrann med träning, vikt och mathållning. Skakad av fynden ökade han träningsmängden, men kände sig bara mer stressad, uppjagad, lättirriterad och orolig. Patienten uppger att han känner sig svagare, tappat i vikt (10 kg på några månader) och är inte längre nöjd med sin kroppsform, då bukmåttet har ökat och ben och armar har blivit smalare.

Stefan är orienterad i tid och rum (upprepade tester), ser trött ut och uppträder stressat och forcerat. God formell och emotionell kontakt och du noterar inga tankestörningar, perceptuella avvikelser eller suicidal kommunikation. Förutom ett påtagligt ökat bukmått noteras blodtryck 160/110 mmHg, vilopuls 90/min, inga neurologiska avvikelser och normalfynd vid auskultation och hjärta och lungor.

Du ordinerar ett provbatteri med fokus på en eventuell somatisk orsak till hans trötthet och ångest. Samtliga analyser är inom normalgränser: Hb, CRP, glukos, natrium, kalium, kalcium, fosfatidyletanol, TSH, T3, T4, ASAT, ALAT.

Du bedömer att ett förstagångsinsjuknande med svår ångest och sömnstörning vid en relativt hög ålder (35 år), kräver en utvidgad somatisk utredning.

Du ordinerar Imovane 7,5mg x 1-2 till natten.

Du väljer att ordinera Mirtazapin t.n. Efter 4 veckor rapporterar patienten emellertid en allmän försämring.

Förutom fortsatt trötthet, ångest och allmän sjukdomskänsla, känner han sig mer nedstämd, upplever ingen glädje, uppträder okoncentrerat och irriterat och "orkar inte med andra människor". Han orkar inte heller med att engagera sig hemma och sexlivet är minimalt på grund av erektil dysfunktion och minskad libido.

I status noteras trötthet, ångest, nedstämdhet samt koncentrations- och minnessvårigheter. Den underliggande ångesten manifesteras som förtvivlan, måttligt ökad psykomotorik och affektlabilitet. Han uttrycker tankar av meningslöshet och självmordstankar.

Somatiskt noteras tillkomst av kraftlöshet vid uppresning från nig-sittning, måttlig muskelatrofi i ben och armar och hudatrofi, framförallt synlig på handryggarna, där även blåmärken "lyser igenom". Du noterar även en högröd ansiktsfärg och möjligen exoftalmus.

Bilden är förenlig med egentlig depression, där ångest ingår som en väsentlig komponent. Patientens hypervigilans och uttalande sömnstörningar skulle kunna peka på en hypomanisk problematik men några andra tydliga anamnesticiska eller aktuella symtom i den riktningen märker du inte. Tillståndet har försämrats och suicidal kommunikation har tillkommit. Det psykiska tillståndet är så pass allvarligt att du föreslår inläggning på psykiatrisk vårdavdelning.

En senior kollega reagerar på patientens kroppsliga förändringar och föreslår en akutremiss till medicinkliniken med misstanke om endokrin störning.

Vidare utredning visar patologiska fynd vid mätning av fritt kortisol i dygnsurin, dexametason-hämningstest och salivkortisol. Magnetrontgenundersökning visar ett 1,6 cm stort hypofysadenom och patienten genomgick en transsfenoidal tumörresektion 2 veckor senare. Det visade sig vara en ACTH-producerande hypofysadenom.

De flesta symtom som patienten uppvisat före operationen är i linje med grundsjukdomen som orsakat det psykiatriska syndromet.

Vilket symptom är oväntat med tanke på patientens grundsjukdom?

Välj ett alternativ:

- Ångest
- Hudatrofi med blåmärken
- Sömnstörning
- Viktnedgång ✓
- Kognitiv dysfunktion

Totalpoäng: 1

26

Du arbetar som läkare vid en psykiatrisk akutmottagning och träffar Stefan, 35 år, som söker för sömnbesvär och ångest. Han har tidigare alltid fungerat väl i jobbet som IT samordnare, motionerar regelbundet och tidigare aldrig haft psykiska besvär. Han röker inte, är absolutist och uppvisar ingen familjeanamnes på allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Han har alltid haft mycket på gång och är högpresterande. För 4 månader sedan upplevde han en smygande, eskalerande oro och ångslighet, svårighet med att slappna av och att sömnen blev minimal med cirka 2 timmar per natt.

Hälsokontroller har tidigare alltid varit utan anmärkning men för ungefär 1 år sedan upptäcktes både hypertoni, som visade sig vara svårbehandlad, och insulinresistens. Detta var överraskande för patienten som alltid varit noggrann med träning, vikt och mathållning. Skakad av fynden ökade han träningsmängden, men kände sig bara mer stressad, uppjagad, lättirriterad och orolig. Patienten uppger att han känner sig svagare, tappat i vikt (10 kg på några månader) och är inte längre nöjd med sin kroppsform, då bukmåttet har ökat och ben och armar har blivit smalare.

Stefan är orienterad i tid och rum (upprepade tester), ser trött ut och uppträder stressat och forcerat. God formell och emotionell kontakt och du noterar inga tankestörningar, perceptuella avvikelser eller suicidal kommunikation. Förutom ett påtagligt ökat bukmått noteras blodtryck 160/110 mmHg, vilopuls 90/min, inga neurologiska avvikelser och normalfynd vid auskultation och hjärta och lungor.

Du ordinerar ett provbatteri med fokus på en eventuell somatisk orsak till hans trötthet och ångest. Samtliga analyser är inom normalgränser: Hb, CRP, glukos, natrium, kalium, kalcium, fosfatidyletanol, TSH, T3, T4, ASAT, ALAT.

Du bedömer att ett förstagångsinsjuknande med svår ångest och sömnstörning vid en relativt hög ålder (35 år), kräver en utvidgad somatisk utredning.

Du ordinerar Imovane 7,5mg x 1-2 till natten.

Du väljer att ordinera Mirtazapin t.n. Efter 4 veckor rapporterar patienten emellertid en allmän försämring.

Förutom fortsatt trötthet, ångest och allmän sjukdomskänsla, känner han sig mer nedstämd, upplever ingen glädje, uppträder okoncentrerat och irriterat och "orkar inte med andra människor". Han orkar inte heller med att engagera sig hemma och sexlivet är minimalt på grund av erektil dysfunktion och minskad libido.

I status noteras trötthet, ångest, nedstämdhet samt koncentrations- och minnessvårigheter. Den underliggande ångesten manifesteras som förtvivlan, måttligt ökad psykomotorik och affektlabilitet. Han uttrycker tankar av meningslöshet och självmordstankar.

Somatiskt noteras tillkomst av kraftlöshet vid uppresning från nig-sittning, måttlig muskelatrofi i ben och armar och hudatrofi, framförallt synlig på handryggarna, där även blåmärken "lyser igenom". Du noterar även en högröd ansiktsfärg och möjligen exoftalmus.

Bilden är förenlig med egentlig depression, där ångest ingår som en väsentlig komponent. Patientens hypervigilans och uttalande sömnstörningar skulle kunna peka på en hypomanisk problematik men några andra tydliga anamnesticiska eller aktuella symtom i den riktningen märker du inte. Tillståndet har försämrats och suicidal kommunikation har tillkommit. Det psykiska tillståndet är så pass allvarligt att du föreslår inläggning på psykiatrisk vårdavdelning.

En senior kollega reagerar på patientens kroppsliga förändringar och föreslår en akutremiss till medicinkliniken med misstanke om endokrin störning.

Vidare utredning visar patologiska fynd vid mätning av fritt kortisol i dygnsurin, dexametason-hämningstest och salivkortisol. Magnetrontgenundersökning visar ett 1,6 cm stort hypofysadenom och patienten genomgick en transsfenoidal tumörresektion 2 veckor senare. Det visade sig vara en ACTH-producerande hypofysadenom.

De flesta symtom som patienten uppvisat före operationen är i linje med grundsjukdomen som orsakat det psykiatriska syndromet.

Vid detta tillstånd ökar i de allra flesta fallen kroppsvikten och kroppen får sin karakteristiska centripetala bukfettansamling. Patientens viktnedgång får därför i detta fall tillskrivas hans psykiska tillstånd.

Efter operation sågs snabbt minskade kortisol nivåer vilket hade en positiv effekt på de psykiska symtomen. Patientens allvarliga psykiska symtom hade dels minskat redan före operationen och inom loppet av en månad kunde patienten skrivas ut från den psykiatriska vården. Den farmakologiska behandlingen fortsatte i ytterligare 6 månader.

Flera orsaker till lätt och måttlig hyperkortisolism men som inte beror på ACTH-producerande tumörer brukar benämnas Pseudocushingssyndrom.

Vilket av följande tillstånd brukar inte orsaka förhöjda kortisolnivåer?

Välj ett alternativ:

- Anorexi och bulimia nervosa
- Kraftig långvarig fysiologisk stress
- Behandling med centralstimulantia ✓
- Långvarig behandling med inhalationssteroider och starka kortisonkrämer ✓
- Depression

Totalpoäng: 1