

1

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Vad bör i första hand vara nästa steg i utredningen?

**Välj ett alternativ:**

- Remiss för gastroskopi
- Provtagning av blodstatus ✓
- Provtagning av fransciella pertussis
- Remiss för röntgen av lungor
- Remiss för mammografi

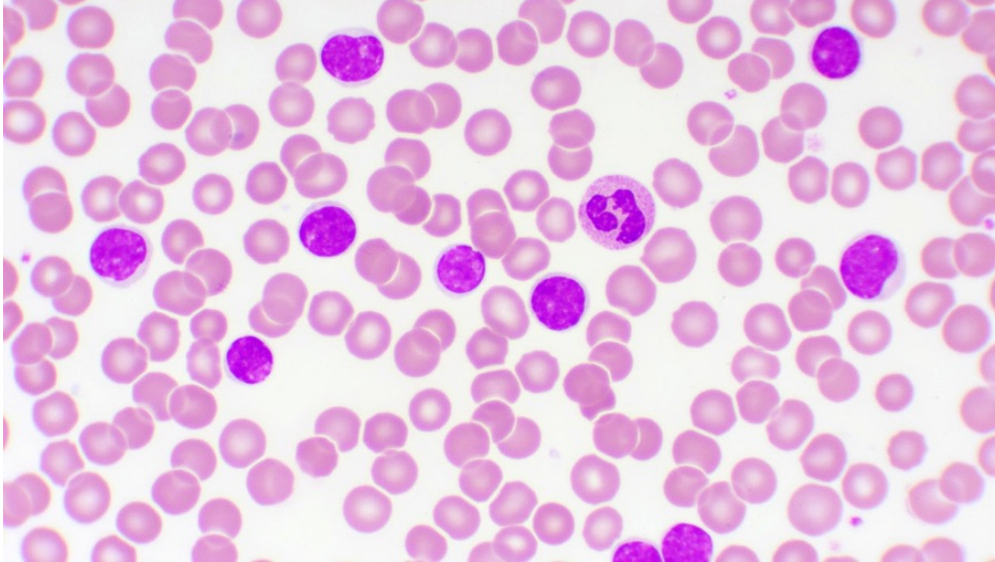
---

Totalpoäng: 1

2

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Du beställer blodstatus, svaret kommer dagen efter och en kollega som bevakar dina provsvar noterar ett högt B-LPK på  $32 \cdot 10^9/L$  (referens 3,5-8,8). Kollegan remitterar in patienten för bedömning till akutmottagningen. Det tas ett blodutstryk på laboratoriet:



Vilken diagnos är mest sannolik?

**Välj ett alternativ:**

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Kronisk myeloisk leukemi
- Reaktiv leukocytos



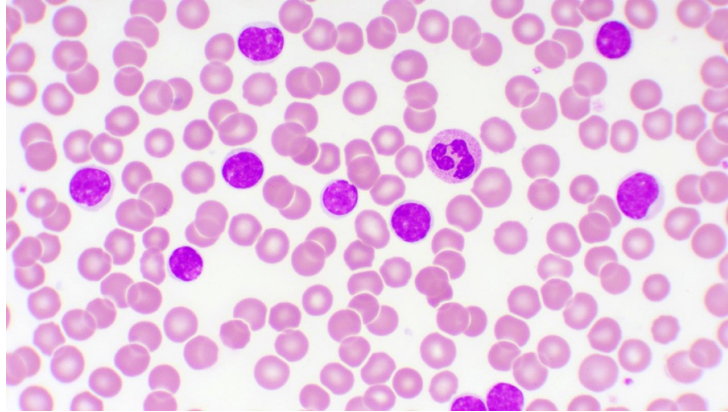
---

Totalpoäng: 1

3

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Du beställer blodstatus, svaret kommer dagen efter och en kollega som bevakar dina provsvar noterar ett högt B-LPK på  $32 \cdot 10^9/L$  (referens 3,5-8,8). Kollegan remitterar in patienten för bedömning till akutmottagningen. Det tas ett blodutstryk på laboratoriet:



Blodutstryket visar en dominans av små leukocyter. Det talar för kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Du informerar patienten att hon troligen har en blodmalignitet. Det är fredag kväll och du är ensam jourläkare på sjukhuset.

Vad är bästa handläggning nu?

**Välj ett alternativ:**

- Inläggning för anläggande av venport inför intravenös cytostatika
- Inläggning för leukaferes
- Inläggning för uppstart av peroral cytostatika
- Remiss till hematologmottagningen
- Remiss till vårdcentralen för uppföljande blodprover

---

Totalpoäng: 1

4

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Du beställer blodstatus, svaret kommer dagen efter och en kollega som bevakar dina provsvar noterar ett högt B-LPK på  $32 \cdot 10^9/L$  (referens 3,5-8,8). Kollegan remitterar in patienten för bedömning till akutmottagningen. Det tas ett blodutstryk på laboratoriet som visar en dominans av små leukocyter, talande för en kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Du informerar patienten att hon troligen har en blodmalignitet. Det är fredag kväll och du är ensam jourläkare på sjukhuset.

Du remitterar Anna till hematologmottagningen och hon kommer dit efter helgen. Där planeras för ytterligare provtagning inklusive benmärgsprov med kromosomodling. Kromosomodlingen tas då svaret på denna kan påverka prognos och behandling.

Vilket av följande svar på kromosomodlingen talar starkast för KLL med dålig prognos?

**Välj ett alternativ:**

- del(17p) ✓
- del(13q)
- t(9;22)(q34;q11)
- normal karyotyp
- trisomi 12

---

Totalpoäng: 1

5

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Du beställer blodstatus, svaret kommer dagen efter och en kollega som bevakar dina provsvar noterar ett högt B-LPK på  $32 \cdot 10^9/L$  (referens 3,5-8,8). Kollegan remitterar in patienten för bedömning till akutmottagningen. Det tas ett blodutstryk på laboratoriet som visar en dominans av små leukocyter, talande för en kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Du informerar patienten att hon troligen har en blodmalignitet. Det är fredag kväll och du är ensam jourläkare på sjukhuset.

Du remitterar Anna till hematologmottagningen och hon kommer dit efter helgen. Där planeras för ytterligare provtagning inklusive benmärgsprov med kromosomodling. Kromosomodlingen tas då svaret på denna kan påverka prognos och behandling.

Utredningen visar att Anna har en KLL med *del(13q)*, vilket talar för en god prognos. Du är glad att hon inte hade *del(17p)*, som är förknippat med en betydligt sämre prognos. Övriga blodprover visar dock att Anna samtidigt har anemi.

Laboratorievärden (referensvärden inom parentes):

- B-LPK  $32,1 \cdot 10^9/L$  (3,5-8,8)
- B-Hb 98 g/L (117-153)
- B-MCV 104 fL (82-98)
- B-TPK  $250 \cdot 10^9/L$  (165-387)
- B-Retikulocyter  $120 \cdot 10^9/L$  (20-100)
- B-LD 8  $\mu\text{kat/L}$  (<3,5)

Vilket ytterligare provsvar skulle starkast stödja den mest troliga orsaken till anemin?

**Välj ett alternativ:**

- Lågt ferritin
- Högt kobalamin
- Positivt direkt antiglobulintest (DAT)
- Lågt zink
- Högt fosfatidyletanol (PEth)




---

Totalpoäng: 1

6

Anna, 72 år, kommer till vårdcentralen då hon gått ned 4 kg i vikt det senaste halvåret och upptäckt att hon har små knölar på halsen. Vid din undersökning noterar du flera upp till en centimeter stora fritt rörliga lymfkörtlar på halsen samt en 3 cm stor körtel i vänster axill. Övrigt status inklusive palpation av mammae är utan anmärkning.

Du beställer blodstatus, svaret kommer dagen efter och en kollega som bevakar dina provsvar noterar ett högt B-LPK på  $32 \cdot 10^9/L$  (referens 3,5-8,8). Kollegan remitterar in patienten för bedömning till akutmottagningen. Det tas ett blodutstryk på laboratoriet som visar en dominans av små leukocyter, talande för en kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Du informerar patienten att hon troligen har en blodmalignitet. Det är fredag kväll och du är ensam jourläkare på sjukhuset.

Du remitterar Anna till hematologmottagningen och hon kommer dit efter helgen. Där planeras för ytterligare provtagning inklusive benmärgsprov med kromosomodling. Kromosomodlingen tas då svaret på denna kan påverka prognos och behandling.

Utredningen visar att Anna har en KLL med del(13q), vilket talar för en god prognos. Du är glad att hon inte hade del(17p), som är förknippat med en betydligt sämre prognos. Övriga blodprover visar dock att Anna samtidigt har anemi.

Laboratorievärden (referensvärden inom parentes):

B-LPK  $32,1 \cdot 10^9/L$  (3,5-8,8)  
 B-Hb 98 g/L (117-153)  
 B-MCV 104 fL (82-98)  
 B-TPK  $250 \cdot 10^9/L$  (165-387)  
 B-Retikulocyter  $120 \cdot 10^9/L$  (20-100)  
 B-LD 8  $\mu\text{kat/L}$  (<3,5)

DAT är positiv, och du startar behandling med kortison i hög dos mot hennes varma autoimmuna hemolytiska anemi. Hon stiger snabbt i Hb vilket normaliseras inom ett par veckor på kortison, som kan börja trappas ut och avslutas helt efter 6 veckors behandling. Vid återbesök efter 6 månader tas blodstatus igen som visar fortsatt anemi.

Laboratorievärden (referensvärden inom parentes):

B-LPK  $38 \cdot 10^9/L$  (3,5-8,8)  
 B-Hb 105 g/L (117-153)  
 B-MCV 78 fL (82-98)  
 B-TPK  $256 \cdot 10^9/L$  (165-387)  
 B-Retikulocyter  $30 \cdot 10^9/L$  (20-100)  
 B-LD 3  $\mu\text{kat/L}$  (<3,5)

Vilket blodprov bör i första hand tas för att utreda orsaken till den fortsatta anemin?

**Välj ett alternativ:**

- Kobalamin
- Fosfatidyletanol (PEth)
- Ferritin
- Folat
- Direkt antigen test (DAT)



7

Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte fattar några förhastade beslut.

Vilka är Centorkriterierna förutom feber  $\geq 38,5$  °C?

**Välj ett alternativ:**

- Sväljningssvårigheter, dubbelsidig tonsillit och frånvaro av hosta.
- Missfärgad snuva och purulent sekret i näshålan, halsont och förhöjt CRP.
- Hosta, sväljningssvårigheter och peritonsillär rodnad.
- Ömmande adeniter i käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta. ✓
- Astma, sinuit och överkänslighet för acetylsalicylsyra.

---

Totalpoäng: 1

8

*Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte fattar några förhastade beslut.*

Du går in till Tom medveten om de fyra Centorkriterierna: feber  $\geq 38,5$  °C, ömmande lymfknutor vid käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta.

När du undersöker Tom så ser du att hans tonsiller är förstorade, rodnade och har ett flertal beläggningar. Tom har ingen hosta och hans kroppstemperatur uppmäts till 39 °C. Förutom att Tom är lätt påverkad av sin feber så gör du bedömningen att hans allmäntillstånd är utan anmärkning. Tom uppger att han kan svälja dryck och äta både filmjök och kräm.

Vad bör du ordinera?

**Välj ett alternativ:**

- Snabbtest för streptokocker. ✔
- T. paracetamol 1 gram 1×4, 20 minuter före matintag
- Snabbtest för CRP
- T. amoxicillin 750 mg 1×3 i 10 dagar.
- T. fenoximetylpenicillin 1 g 1×3 i 10 dagar.

---

Totalpoäng: 1



9

Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte ska fatta några förhastade beslut.

Du går in till Tom medveten om de fyra Centorkriterierna: feber  $\geq 38,5$  °C, ömmande lymfknutor vid käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta.

När du undersöker Tom så ser du att hans tonsiller är förstorade, rodnade och har ett flertal beläggningar. Tom har ingen hosta och hans kroppstemperatur uppmäts till 39 °C. Förutom att Tom är lätt påverkad av sin feber så gör du bedömningen att hans allmäntillstånd är utan anmärkning. Tom uppger att han kan svälja dryck och äta både filmjök och kräm.

Eftersom Tom uppfyller tre av Centorkriterierna ordinerar du ett snabbtest för streptokocker som är positivt. Tom har fått två tabletter paracetamol och han är inte längre påverkad av sin feber.

Hur bör du nu handlägga Tom?

**Välj ett alternativ:**

- Remittera Tom till Öron-näsa-hals-kliniken för uppföljning efter 1 månad
- Ordinerar T. fenoximetylpenicillin 1 g 1×3 i 10 dagar
- Ordinerar T. amoxicillin 750 mg 1×3 i 10 dagar
- Remittera Tom till Öron-näsa-hals-kliniken för bedömning följande vardag
- Ordinerar T. klindamycin 300 mg 1×3 i 10 dagar

---

Totalpoäng: 1

10

Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte ska fatta några förhastade beslut.

Du går in till Tom medveten om de fyra Centorkriterierna: feber  $\geq 38,5$  °C, ömmande lymfknutor vid käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta.

När du undersöker Tom så ser du att hans tonsiller är förstorade, rodnade och har ett flertal beläggningar. Tom har ingen hosta och hans kroppstemperatur uppmäts till 39 °C. Förutom att Tom är lätt påverkad av sin feber så gör du bedömningen att hans allmäntillstånd är utan anmärkning. Tom uppger att han kan svälja dryck och äta både filmjök och kräm.

Eftersom Tom uppfyller tre av Centorkriterierna ordinerar du ett snabbtest för streptokocker som är positivt. Tom har fått två tabletter paracetamol och han är inte längre påverkad av sin feber.

Du ställer diagnosen GAS-tonsillit (Grupp A Streptokocker) och skriver recept på fenoximetylpenicillin. Du informerar Tom att han ska ta paracetamol för att få ner febern och i smärtstillande syfte samt att det är viktigt att han dricker mycket vätska och att han kan svälja sina antibiotikatabletter.

Tom söker dig akut följande dag eftersom han nu mår sämre. Smärtan har dragit sig mot vänster sida, han har svårt att gapa och kunde inte svälja kvälldosen av antibiotikatabletterna som du skrev ut.

Vad bör du nu göra?

**Välj ett alternativ:**

- Upprepar undersökning och bedömning av allmäntillstånd och mun- och svalgstata. ✓
- Ordinerar intravenös infart och ger 3 g bensylpenicillin
- Ordinerar T. prednisolon 0,5 mg, 8 tabletter dagligen i tre dagar som tillägg till pågående antibiotikabehandling
- Remitterar akut till Öron-näsa-hals-jouren
- Byter antibiotika till T. klindamycin 300 mg 1×3 i 10 dagar

---

Totalpoäng: 1

11

Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte ska fatta några förhastade beslut.

Du går in till Tom medveten om de fyra Centorkriterierna: feber  $\geq 38,5$  °C, ömmande lymfknutor vid käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta.

När du undersöker Tom så ser du att hans tonsiller är förstorade, rodnade och har ett flertal beläggningar. Tom har ingen hosta och hans kroppstemperatur uppmäts till 39 °C. Förutom att Tom är lätt påverkad av sin feber så gör du bedömningen att hans allmäntillstånd är utan anmärkning. Tom uppger att han kan svälja dryck och äta både filmjök och kräm.

Eftersom Tom uppfyller tre av Centorkriterierna ordinerar du ett snabbtest för streptokocker som är positivt. Tom har fått två tabletter paracetamol och han är inte längre påverkad av sin feber.

Du ställer diagnosen GAS-tonsillit (Grupp A Streptokocker) och skriver recept på fenoxyetylpenicillin. Du informerar Tom att han ska ta paracetamol för att få ner febern och i smärtstillande syfte och att det är viktigt att han dricker mycket vätska och att han kan svälja sina antibiotikatabletter.

Tom söker dig akut följande dag eftersom han nu mår sämre. Smärtan har dragit sig mot vänster sida, han har svårt att gapa och kunde inte svälja kvällsdosen av antibiotikatabletterna som du skrev ut.

Du undersöker Tom igen och när du tittar honom i halsen så ser du detta:



Beskriv vad du ser på bilden och föreslå en diagnos.

**Välj ett alternativ:**

- Rodnad och svullnad ner mot epiglottis. Epiglottit.
- Rodnad och svullnad mot gingivan. Pericondrit.
- Rodnad och svullnad över tungbasen. Munbottenflegmone.
- Rodnad och svullnad i munhåla och svalg. Mononukleos.
- Rodnad och svullnad ovanför tonsillen upp mot mjuka gommen. Peritonsillit. ✓



12

Din nästa patient på hälsocentralens jourmottagning är Tom, 16 år. Han har feber och halsont sedan fem dagar tillbaka. Innan du träffar Tom tänker du igenom Centorkriterierna så att du inte ska fatta några förhastade beslut.

Du går in till Tom medveten om de fyra Centorkriterierna: feber  $\geq 38,5$  °C, ömmande lymfknutor vid käkvinklarna, beläggning på tonsillerna och frånvaro av hosta.

När du undersöker Tom så ser du att hans tonsiller är förstorade, rodnade och har ett flertal beläggningar. Tom har ingen hosta och hans kroppstemperatur uppmäts till 39 °C. Förutom att Tom är lätt påverkad av sin feber så gör du bedömningen att hans allmäntillstånd är utan anmärkning. Tom uppger att han kan svälja dryck och äta både filmjök och kräm.

Eftersom Tom uppfyller tre av Centorkriterierna ordinerar du ett snabbtest för streptokocker som är positivt. Tom har fått två tabletter paracetamol och han är inte längre påverkad av sin feber.

Du ställer diagnosen GAS-tonsillit (Grupp A Streptokocker) och skriver recept på fenoximetylpenicillin. Du informerar Tom att han ska ta paracetamol för att få ner febern och i smärtstillande syfte och att det är viktigt att han dricker mycket vätska och att han kan svälja sina antibiotikatabletter.

Tom söker dig akut följande dag eftersom han nu mår sämre. Smärtan har dragit sig mot vänster sida, han har svårt att gapa och kunde inte svälja kvälldosen av antibiotikatabletterna som du skrev ut.



När du tittar Tom i halsen så ser du att Tom är röd och svullen ovanför tonsillen upp mot mjuka gommen. Du ställer diagnosen peritonsillit.

Hur bör du nu handlägga Tom?

**Välj ett alternativ:**

- Larma om akut luftvägshinder, ordinera intravenös infart och intubera patienten
- Skriv en akut remiss till öron-näsa-hals-jouren efter telefonkontakt
- Ordinera inhalation med epinefrin 1mg/ml
- Rekommendera patienten att kontakta sin tandläkare följande vardag
- Skriv en akut remiss till en käkkirurg eller jourhavande tandläkare

---

Totalpoäng: 1

13

En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.

I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.

Vilken åtgärd bör i första hand vidtas?

**Välj ett alternativ:**

- Ordinerar protonpumpshämmare
- CT buk med intravenös kontrast
- Koloskopi
- Gastroskopi
- Ordinerar tranexamsyra



---

Totalpoäng: 1

14

*En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.*

*I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.*

Vid melena misstänks i första hand en övre gastrointestinal blödning som i detta läge kan vara livshotande. Det är därför viktigt att diagnostisera och om möjligt stoppa blödningen via gastroskopi.

Vilken bakterie ligger sannolikt bakom patientens tillstånd?

**Välj ett alternativ:**

- Helicobacter pylori
- Clostridium difficile
- Yersinia enterocolitica
- Shigella flexneri
- Campylobacter jejuni



---

Totalpoäng: 1

15

En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.

I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.

Vid melena misstänks i första hand en övre gastrointestinal blödning som i detta läge kan vara livshotande. Det är därför viktigt att diagnostisera och om möjligt stoppa blödningen med en gastroskopi.

En vanlig orsak till ulcus är infektion med *Helicobacter pylori*.

En gastroskopi i narkos planeras akut och kirurgen föreslår att patienten ska få erytromycin.

Vilken är indikationen för erytromycin-medicineringen?

**Välj ett alternativ:**

- Stimulera ventrikelmotilitet ✔
- Minska risken för aspirationspneumoni
- Misstanke om perforerat ulcus
- Rökare har ökad risk för lungkomplikationer
- Behandling av magsårsbakterier

---

Totalpoäng: 1



16

En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.

I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.

Vid melena misstänks i första hand en övre gastrointestinal blödning som i detta läge kan vara livshotande. Det är därför viktigt att diagnostisera och om möjligt stoppa blödningen med en gastroskopi.

En vanlig orsak till ulcus är infektion med *Helicobacter pylori*.

En gastroskopi i narkos planeras akut och kirurgen föreslår att patienten ska få erytromycin.

Patienten ska få erytromycin för att stimulera ventrikelmotilitet och tömma magen inför gastroskopi.

Gastroskopin visar att patienten har ett blödande ulcus i distala ventrikeln och blödningen stillas endoskopiskt.

Vad bör göras i samband med utskrivning från sjukhus?

**Välj ett alternativ:**

- Sätt in tranexamsyra och k-vitamin
- Planera för en koloskopi
- Beställ en CT buköversikt för att utesluta perforation
- Beställ en CT med intravenös kontrast för att utesluta cancer
- Planera för en gastroskopikontroll ✔

---

Totalpoäng: 1

17

En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.

I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.

Vid melena misstänks i första hand en övre gastrointestinal blödning som i detta läge kan vara livshotande. Det är därför viktigt att diagnostisera och om möjligt stoppa blödningen med en gastroskopi.

En vanlig orsak till ulcus är infektion med *Helicobacter pylori*.

En gastroskopi i narkos planeras akut och kirurgen föreslår att patienten ska få erytromycin. Patienten ska få erytromycin för att stimulera ventrikelmotilitet och tömma magen inför gastroskopi.

Gastroskopin visar att patienten har ett blödande ulcus i distala ventrikeln och blödningen stillas endoskopiskt.

Vid sår i ventrikeln är det viktigt att kontrollera utläkning med gastroskopi för att utesluta en underliggande cancer.

Vid kontrollgastroskopi är ett 3 cm stort sår kvar distalt i ventrikeln. Biopsi visar adenocarcinom. Patienten har slutat röka och är i bättre allmäntillstånd med regelbunden fysisk aktivitet. Kompletterande CT thorax-buk visar inga tecken till spridning.

Vilken initial behandling rekommenderas mot ventrikeltumor?

**Välj ett alternativ:**

- Endoskopisk mucosaresektion
- Neoadjuvant cytostatika
- Ablationsbehandling
- Radiokemoterapi
- Eradikering av *helicobacter*



---

Totalpoäng: 1

18

En 72-årig man inkommer till akuten på grund av melena. Han är rökare och behandlas med waran på grund av förmaksflimmer. Han är också ordinerad betablockerare.

I status noteras att han är blek och desorienterad; puls 105 /min och blodtryck 80/45 mmHg. Buken är mjuk och oöm men per rectum noteras melena.

Vid melena misstänks i första hand en övre gastrointestinal blödning som i detta läge kan vara livshotande. Det är därför viktigt att diagnostisera och om möjligt stoppa blödningen med en gastroskopi.

En vanlig orsak till ulcus är infektion med *Helicobacter pylori*.

En gastroskopi i narkos planeras akut och kirurgen föreslår att patienten ska få erytromycin. Patienten ska få erytromycin för att stimulera ventrikelmotilitet och tömma magen inför gastroskopi.

Gastroskopin visar att patienten har ett blödande ulcus i distala ventrikeln och blödningen stillas endoskopiskt.

Vid sår i ventrikeln är det viktigt att kontrollera utläkning med gastroskopi för att utesluta en underliggande cancer.

Vid kontrollgastroskopi är ett 3 cm stort sår kvar distalt i ventrikeln. Biopsi visar adenocarcinom. Patienten har slutat röka och är i bättre allmäntillstånd med regelbunden fysisk aktivitet. Kompletterande CT thorax-buk visar inga tecken till spridning.

Neoadjuvant cytostatika rekommenderas till patienter med ventrikelcancer som bedöms tåla onkologisk behandling.

Patienten opereras laparoskopiskt med distal ventrikelresektion.

Vilken klinisk åtgärd försvåras betydligt efter denna operation?

**Välj ett alternativ:**

- Kolecystektomi
- PTC
- Laparotomi
- ERCP
- Gastroskopi



---

Totalpoäng: 1

19

Kerstin, 75 år, har övertalats av sin medföljande dotter att söka vård på grund av 10 kg viktnedgång sedan några månader (aktuellt BMI 13,5 kg/m<sup>2</sup>). Själv har Kerstin varit ganska orolig de senaste 2 månaderna men inte för viktnedgången utan för sin besvärliga gastroesofagala reflux som hon haft efter att hon för 7 år sedan framgångsrikt strålbehandlats för esofagus cancer. Hon har under flera år varit fixerad vid att viss mat och vissa komponenter i maten kan ha negativa effekter på hennes magsäck och esofagus. Särskilt den sista månaden har patienten uppvisat en grav självförsummelse och känt en stark rädsla för den mat som hon anser vara hälsofarlig. Från att tidigare umgåtts med sina barn och barnbarn och deltagit i kulturella aktiviteter hon har nu isolerat sig helt.

Patienten bedöms underskatta sitt allvarliga tillstånd och motsätter sig rekommendation om inläggning. Hon medger viktnedgång och har inte något emot att gå upp i vikt men förstår inte varför hon inte kan få sköta sig själv och äta den särskilt hälsosamma mat som hon är van vid.

**Status:** Kerstin är orienterad till tid och rum, uppvisar inga direkta kognitiva brister (MMSE 25) och negerar depressiva symtom eller suicidtankar. Hennes affekter är restriktiva, hon uppträder lite "försvarsinställd" och negativistiskt avvisande. Tankeinnehållet präglas av dysterhet och oro. Förnekar alla typer av hallucinationer och ger inte uttryck för vanföreställningar. Den formella och emotionella kontakten upplevs något bristfällig. Insikten i tillståndets allvar är klart nedsatt och hon förefaller förvånad när hon informeras om att hennes självförsummelse med maten kan vara livshotande.

Neurologisk undersökning är utan anmärkning liksom samtliga blodprover (inklusive lever- och njurprover, alkoholparametrar, B12, elektrolytstatus).

På avdelningen begär patienten en specialdiet och vill veta allt om matens ursprung och ingredienserna i den mat som serveras. Hon pratar mycket om sin oro för cancerrecidiv och att viss mat orsakar cancer och vill därför följa särskilda dietrestriktioner. Samtidigt framkommer dock tydligt att hon vill bli frisk. Hon förnekar att hon inte skulle vilja gå upp i vikt och uppvisar ingen störd kroppsuppfattning.

Patientens beteendestörning kan bero på flera tillstånd, varav OCD (tvångssyndrom och relaterade syndrom) sannolikt är ett av dem.

Vilket ytterligare alternativ bör inkluderas i det differentialdiagnostiska resonemanget?

**Välj ett alternativ:**

- Depressiva syndrom
- Kroppssyndrom (svår, ihållande form)
- Sjukdomsångest (vårdsökande form)
- Ätstörningar och födorelaterade syndrom
- Samtliga ovanstående alternativ



---

Totalpoäng: 1

*Kerstin, 75 år, har övertalats av sin medföljande dotter att söka vård på grund av 10 kg viktnedgång sedan några månader (aktuellt BMI 13,5 kg/m<sup>2</sup>). Själv har Kerstin varit ganska orolig de senaste 2 månaderna men inte för viktnedgången utan för sin besvärliga gastroesofagala reflux som hon haft efter att hon för 7 år sedan framgångsrikt strålbehandlats för esofagus cancer.*

*Hon har under flera år varit fixerad vid att viss mat och vissa komponenter i maten kan ha negativa effekter på hennes magsäck och esofagus. Särskilt den sista månaden har patienten uppvisat en grav självförsummelse och känt en stark rädsla för den mat som hon anser vara hälsofarlig. Från att tidigare umgåtts med sina barn och barnbarn och deltagit i kulturella aktiviteter hon har nu isolerat sig helt.*

*Patienten bedöms underskatta sitt allvarliga tillstånd och motsätter sig rekommendation om inläggning. Hon medger viktnedgång och har inte något emot att gå upp i vikt men förstår inte varför hon inte kan få sköta sig själv och äta den särskilt hälsosamma mat som hon är van vid.*

*Status: Kerstin är orienterad till tid och rum, uppvisar inga direkta kognitiva brister (MMSE 25) och negerar depressiva symtom eller suicidtankar. Hennes affekter är restriktiva, hon uppträder lite "försvarsinställd" och negativistiskt avvisande. Tankeinnehållet präglas av dysterhet och oro. Förnekar alla typer av hallucinationer och ger inte uttryck för vanföreställningar. Den formella och emotionella kontakten upplevs något bristfällig. Insikten i tillståndets allvar är klart nedsatt och hon förefaller förvånad när hon informeras om att hennes självförsummelse med maten kan vara livshotande.*

*Neurologisk undersökning är utan anmärkning liksom samtliga blodprover (inklusive lever- och njurprover, alkoholparametrar, B12, elektrolytstatus).*

*På avdelningen begär patienten en specialdiet och vill veta allt om matens ursprung och ingredienserna i den mat som serveras. Hon pratar mycket om sin oro för cancerrecidiv och att viss mat orsakar cancer och vill därför följa särskilda dietrestriktioner. Samtidigt framkommer dock tydligt att hon vill bli frisk. Hon förnekar att hon inte skulle vilja gå upp i vikt och uppvisar ingen störd kroppsuppfattning.*

*Patientens beteendestörning kan bero på flera tillstånd, varav OCD (tvångssyndrom och relaterade syndrom) sannolikt är ett av dem.*

I samband med inläggningen framkommer fler uppgifter från patientens sjukhistoria. Anhöriga rapporterar symtom som tyder på OCD. Dessutom konsulterade patienten redan för 20 år sedan en psykolog. Farmakologisk behandling påbörjades för depression och OCD i samband med detta men den avbröts ganska snart av patienten. Det finns inga belägg för att patienten drabbats av depressioner, hypomanier eller psykotiska episoder under de senaste 20 åren. Däremot framkommer det att patienten har uppvisat en närmast livslång rädsla beträffande vissa typer av mat.

En central del i patientens syndrom var således hennes oro för hur vissa typer av livsmedel kan vara negativa för hennes hälsa. Medan patienten var i remission från matstrupscancer och fick diagnosen esofagusdysfagi drevs hon till oro och tvångstankar för hur viss typ av mat kunde påverka hennes matstrupe. Därför övervägdes diagnosen "Sjukdomsångest".

Ett av följande kriterier (enligt DSM-5) för diagnosen sjukdomsångest (SÅ) är felaktigt, vilket?

**Välj ett alternativ:**

- Vid SÅ saknas oftast kroppsliga symtom, eller om de förekommer så är de endast lindriga.
- Vid SÅ är patienten fixerad vid tanken att ha eller att drabbas av en allvarlig sjukdom.
- Vid SÅ sker debuten vanligtvis efter en nyupptäckt somatisk sjukdom som antingen inte är behandlingsbar eller där patienten hade förväntat sig ett bättre behandlingsresultat. ✓
- Vid SÅ ägnar sig patienten åt ett övermått av hälsorelaterat beteende såsom att göra upprepade kroppsundersökningar för att upptäcka sjukdomstecken.
- Vid SÅ är ångestnivån kring den egna hälsan hög och personen blir oroad över sitt hälsotillstånd.

---

Totalpoäng: 1

*Kerstin, 75 år, har övertalats av sin medföljande dotter att söka vård på grund av 10 kg viktnedgång sedan några månader (aktuellt BMI 13,5 kg/m<sup>2</sup>). Själv har Kerstin varit ganska orolig de senaste 2 månaderna men inte för viktnedgången utan för sin besvärliga gastroesofagala reflux som hon haft efter att hon för 7 år sedan framgångsrikt strålbehandlats för esofagus cancer.*

*Hon har under flera år varit fixerad vid att viss mat och vissa komponenter i maten kan ha negativa effekter på hennes magsäck och esofagus. Särskilt den sista månaden har patienten uppvisat en grav självförsummelse och känt en stark rädsla för den mat som hon anser vara hälsofarlig. Från att tidigare umgåtts med sina barn och barnbarn och deltagit i kulturella aktiviteter hon har nu isolerat sig helt.*

*Patienten bedöms underskatta sitt allvarliga tillstånd och motsätter sig rekommendation om inläggning. Hon medger viktnedgång och har inte något emot att gå upp i vikt men förstår inte varför hon inte kan få sköta sig själv och äta den särskilt hälsosamma mat som hon är van vid.*

*Status: Kerstin är orienterad till tid och rum, uppvisar inga direkta kognitiva brister (MMSE 25) och negerar depressiva symtom eller suicidtankar. Hennes affekter är restriktiva, hon uppträder lite "försvarsinställd" och negativistiskt avvisande. Tankeinnehållet präglas av dysterhet och oro. Förnekar alla typer av hallucinationer och ger inte uttryck för vanföreställningar. Den formella och emotionella kontakten upplevs något bristfällig. Insikten i tillståndets allvar är klart nedsatt och hon förefaller förvånad när hon informeras om att hennes självförsummelse med maten kan vara livshotande.*

*Neurologisk undersökning är utan anmärkning liksom samtliga blodprover (inklusive lever- och njurprover, alkoholparametrar, B12, elektrolytstatus).*

*På avdelningen begär patienten en specialdiet och vill veta allt om matens ursprung och ingredienserna i den mat som serveras. Hon pratar mycket om sin oro för cancerrecidiv och att viss mat orsakar cancer och vill därför följa särskilda dietrestriktioner. Samtidigt framkommer dock tydligt att hon vill bli frisk. Hon förnekar att hon inte skulle vilja gå upp i vikt och uppvisar ingen störd kroppsuppfattning.*

*Patientens beteendestörning kan bero på flera tillstånd, varav OCD (tvångssyndrom och relaterade syndrom) sannolikt är ett av dem.*

*I samband med inläggningen framkommer fler uppgifter från patientens sjukhistoria. Anhöriga rapporterar symtom som tyder på OCD. Dessutom konsulterade patienten redan för 20 år sedan en psykolog. Farmakologisk behandling påbörjades för depression och OCD i samband med detta men den avbröts ganska snart av patienten. Det finns inga belägg för att patienten drabbats av depressioner, hypomanier eller psykotiska episoder under de senaste 20 åren. Däremot framkommer det att patienten har uppvisat en närmast livslång rädsla beträffande vissa typer av mat.*

*En central del i patientens syndrom var således hennes oro för hur vissa typer av livsmedel kan vara negativa för hennes hälsa. Medan patienten var i remission från matstrupscancer och fick diagnosen esofagusdysfagi drevs hon till oro och tvångstankar för hur viss typ av mat kunde påverka hennes matstrupe. Därför övervägdes diagnosen "Sjukdomsångest".*

*Sjukdomsångest är en "exklusionsdiagnos", vilket betyder att den används om symtomatologin inte förklaras bättre av annan psykisk ohälsa.*

*Diagnoserna OCD och Kroppssyndrom ansågs möjliga men kunde inte förklara hela den kliniska bilden. Givet sjukhistorien och att patienten inte beskrev hörsel- eller synhallucinationer så uteslöts även en primär psykotisk störning.*

*Patienten uppfyller visserligen kriterierna för anorexia nervosa men samtidigt uppvisar inte patienten någon rädsla för att gå upp i vikt eller har någon avvikelse beträffande kroppsuppfattning.*

*Någon annan typ av ätstörning var därför av diagnostiskt intresse.*

*Av de diagnoser som inkluderas under Ätstörningar och födorelaterade syndrom återfinns den diagnos vars DSM-5 kriterier patienten uppfyller, vilken?*

**Välj ett alternativ:**

- Pica
- Idisslande
- Hetsättningsstörning
- Bulimia nervosa
- Undvikande/restriktiv ätstörning



---

Totalpoäng: 1



Kerstin, 75 år, har övertalats av sin medföljande dotter att söka vård på grund av 10 kg viktnedgång sedan några månader (aktuellt BMI 13,5 kg/m<sup>2</sup>). Själv har Kerstin varit ganska orolig de senaste 2 månaderna men inte för viktnedgången utan för sin besvärliga gastroesofagala reflux som hon haft efter att hon för 7 år sedan framgångsrikt strålbehandlats för esofagus cancer.

Hon har under flera år varit fixerad vid att viss mat och vissa komponenter i maten kan ha negativa effekter på hennes magsäck och esofagus. Särskilt den sista månaden har patienten uppvisat en grav självförsummelse och känt en stark rädsla för den mat som hon anser vara hälsofarlig. Från att tidigare umgåtts med sina barn och barnbarn och deltagit i kulturella aktiviteter hon har nu isolerat sig helt.

Patienten bedöms underskatta sitt allvarliga tillstånd och motsätter sig rekommendation om inläggning. Hon medger viktnedgång och har inte något emot att gå upp i vikt men förstår inte varför hon inte kan få sköta sig själv och äta den särskilt hälsosamma mat som hon är van vid.

Status: Kerstin är orienterad till tid och rum, uppvisar inga direkta kognitiva brister (MMSE 25) och negerar depressiva symtom eller suicidtankar. Hennes affekter är restriktiva, hon uppträder lite "försvarsinställd" och negativistiskt avvisande. Tankeinnehållet präglas av dysterhet och oro. Förnekar alla typer av hallucinationer och ger inte uttryck för vanföreställningar. Den formella och emotionella kontakten upplevs något bristfällig. Insikten i tillståndets allvar är klart nedsatt och hon förefaller förvånad när hon informeras om att hennes självförsummelse med maten kan vara livshotande.

Neurologisk undersökning är utan anmärkning liksom samtliga blodprover (inklusive lever- och njurprover, alkoholparametrar, B12, elektrolytstatus).

På avdelningen begär patienten en specialdiet och vill veta allt om matens ursprung och ingredienserna i den mat som serveras. Hon pratar mycket om sin oro för cancerrecidiv och att viss mat orsakar cancer och vill därför följa särskilda dietrestriktioner. Samtidigt framkommer dock tydligt att hon vill bli frisk. Hon förnekar att hon inte skulle vilja gå upp i vikt och uppvisar ingen störd kroppsuppfattning.

Patientens beteendestörning kan bero på flera tillstånd, varav OCD (tvångssyndrom och relaterade syndrom) sannolikt är ett av dem.

I samband med inläggningen framkommer fler uppgifter från patientens sjukhistoria. Anhöriga rapporterar symtom som tyder på OCD. Dessutom konsulterade patienten redan för 20 år sedan en psykolog. Farmakologisk behandling påbörjades för depression och OCD i samband med detta men den avbröts ganska snart av patienten. Det finns inga belägg för att patienten drabbats av depressioner, hypomanier eller psykotiska episoder under de senaste 20 åren. Däremot framkommer det att patienten har uppvisat en närmast livslång rädsla beträffande vissa typer av mat.

En central del i patientens syndrom var således hennes oro för hur vissa typer av livsmedel kan vara negativa för hennes hälsa. Medan patienten var i remission från matstrupscancer och fick diagnosen esofagusdysfagi drevs hon till oro och tvångstankar för hur viss typ av mat kunde påverka hennes matstrupe. Därför övervägdes diagnosen "Sjukdomsångest".

Sjukdomsångest är en "exklusionsdiagnos", vilket betyder att den används om symtomatologin inte förklaras bättre av annan psykisk ohälsa. .

Diagnoserna OCD och Kroppssyndrom ansågs möjliga men kunde inte förklara hela den kliniska bilden. Givet sjukhistorien och att patienten inte beskrev hörsel- eller synhallucinationer så uteslöts även en primär psykotisk störning.

Patienten uppfyller visserligen kriterierna för anorexia nervosa men samtidigt uppvisar inte patienten någon rädsla för att gå upp i vikt eller har någon avvikelse beträffande kroppsuppfattning.

Någon annan typ av ätstörning var därför av diagnostiskt intresse.

Den undvikande/restriktiva ätstörningens kriterier stämmer väl in på patientens symtom. Störningen är förenad med ett (eller flera) av följande: Signifikant viktnedgång, signifikant näringsbrist, beroende av parenteral nutrition/peroralt näringstillskott och/eller påtaglig negativ

inverkan på psykosocial funktionsförmåga. Tillståndet har även benämnts *ortorexia nervosa* och är associerad med både kroppssyndrom och OCD.

Undvikande/restriktiv ätstörning diagnosticeras vanligtvis hos barn och ungdomar, särskilt hos individer med autism med förhöjd sensorisk känslighet, men förekommer även hos vuxna.

Vid vilket somatiskt sjukdomstillstånd hos vuxna är den vanligast förekommande?

**Välj ett alternativ:**

- Muskuloskeletala sjukdomstillstånd
- Cerebrovaskulära sjukdomstillstånd
- Neurologiska sjukdomstillstånd
- Urogenitala sjukdomstillstånd
- Gastrointestinala störningar



---

Totalpoäng: 1

Kerstin, 75 år, har övertalats av sin medföljande dotter att söka vård på grund av 10 kg viktnedgång sedan några månader (aktuellt BMI 13,5 kg/m<sup>2</sup>). Själv har Kerstin varit ganska orolig de senaste 2 månaderna men inte för viktnedgången utan för sin besvärliga gastroesofagala reflux som hon haft efter att hon för 7 år sedan framgångsrikt strålbehandlats för esofagus cancer.

Hon har under flera år varit fixerad vid att viss mat och vissa komponenter i maten kan ha negativa effekter på hennes magsäck och esofagus. Särskilt den sista månaden har patienten uppvisat en grav självförsummelse och känt en stark rädsla för den mat som hon anser vara hälsofarlig. Från att tidigare umgåtts med sina barn och barnbarn och deltagit i kulturella aktiviteter hon har nu isolerat sig helt.

Patienten bedöms underskatta sitt allvarliga tillstånd och motsätter sig rekommendation om inläggning. Hon medger viktnedgång och har inte något emot att gå upp i vikt men förstår inte varför hon inte kan få sköta sig själv och äta den särskilt hälsosamma mat som hon är van vid.

Status: Kerstin är orienterad till tid och rum, uppvisar inga direkta kognitiva brister (MMSE 25) och negerar depressiva symtom eller suicidtankar. Hennes affekter är restriktiva, hon uppträder lite "försvarsinställd" och negativistiskt avvisande. Tankeinnehållet präglas av dysterhet och oro. Förnekar alla typer av hallucinationer och ger inte uttryck för vanföreställningar. Den formella och emotionella kontakten upplevs något bristfällig. Insikten i tillståndets allvar är klart nedsatt och hon förefaller förvånad när hon informeras om att hennes självförsummelse med maten kan vara livshotande.

Neurologisk undersökning är utan anmärkning liksom samtliga blodprover (inklusive lever- och njurprover, alkoholparametrar, B12, elektrolytstatus).

På avdelningen begär patienten en specialdiet och vill veta allt om matens ursprung och ingredienserna i den mat som serveras. Hon pratar mycket om sin oro för cancerrecidiv och att viss mat orsakar cancer och vill därför följa särskilda dietrestriktioner. Samtidigt framkommer dock tydligt att hon vill bli frisk. Hon förnekar att hon inte skulle vilja gå upp i vikt och uppvisar ingen störd kroppsuppfattning.

Patientens beteendestörning kan bero på flera tillstånd, varav OCD (tvångssyndrom och relaterade syndrom) sannolikt är ett av dem.

I samband med inläggningen framkommer fler uppgifter från patientens sjukhistoria. Anhöriga rapporterar symtom som tyder på OCD. Dessutom konsulterade patienten redan för 20 år sedan en psykolog. Farmakologisk behandling påbörjades för depression och OCD i samband med detta men den avbröts ganska snart av patienten. Det finns inga belägg för att patienten drabbats av depressioner, hypomanier eller psykotiska episoder under de senaste 20 åren. Däremot framkommer det att patienten har uppvisat en närmast livslång rädsla beträffande vissa typer av mat.

En central del i patientens syndrom var således hennes oro för hur vissa typer av livsmedel kan vara negativa för hennes hälsa. Medan patienten var i remission från matstrupscancer och fick diagnosen esofagusdysfagi drevs hon till oro och tvångstankar för hur viss typ av mat kunde påverka hennes matstrupe. Därför övervägdes diagnosen "Sjukdomsångest".

Sjukdomsångest är en "exklusionsdiagnos", vilket betyder att den används om symtomatologin inte förklaras bättre av annan psykisk ohälsa. .

Diagnoserna OCD och Kroppssyndrom ansågs möjliga men kunde inte förklara hela den kliniska bilden. Givet sjukhistorien och att patienten inte beskrev hörsel- eller synhallucinationer så uteslöts även en primär psykotisk störning.

Patienten uppfyller visserligen kriterierna för anorexia nervosa men samtidigt uppvisar inte patienten någon rädsla för att gå upp i vikt eller har någon avvikelse beträffande kroppsuppfattning.

Någon annan typ av ätstörning var därför av diagnostiskt intresse.

Den undvikande/restriktiva ätstörningens kriterier stämmer väl in på patientens symtom.

Störningen är förenad med ett (eller flera) av följande: Signifikant viktnedgång, signifikant näringsbrist, beroende av parenteral nutrition/peroralt näringstillskott och/eller påtaglig negativ

*inverkan på psykosocial funktionsförmåga. Tillståndet har även benämnts ortorexia nervosa och är associerad med både kroppssyndrom och OCD.*

*Undvikande/restriktiv ätstörning diagnosticeras vanligtvis hos barn och ungdomar, särskilt hos individer med autism med förhöjd sensorisk känslighet, men förekommer också hos vuxna.*

I flera undersökningar av patienter med undvikande/restriktiv ätstörning uppger en majoritet av patienterna att rädsla för gastrointestinala symptom var "drivande" för ätstörningen. Patienter med gastrointestinala besvär följer ofta olika former av dietföreskrifter. Patienterna har dessutom ofta affektiva symptom som inte minst innefattar ångestbesvär.

I det aktuella fallet så förbättrades patienten under sin vistelse på vårdavdelningen, även beträffande de magiska tankarna kring maten. Trots det så återkom patienten ständigt till personalen och försäkrade att hon alltid hade ätit "hälsoriktig mat", trots sitt kakektiska tillstånd. Kombinationen Kroppssyndrom och OCD leder förr eller senare till svår ångest relaterat till mat som gör att patienterna tenderar att utveckla en ätstörning. Patienterna har nytta av särskilda psykoedukativa terapier.

Vad skulle du i första hand ordinera till en äldre patient med symptom på OCD, Kroppssyndrom och Undvikande/restriktiv ätstörning?

**Välj ett alternativ:**

- Olanzapin + fluoxetin (SGA plus SSRI) ✔
- Fluoxetin (SSRI), monoterapi
- Olanzapin (SGA), monoterapi
- Stöd, uppmuntran och ett kvalificerat fysiskt omhändertagande
- Mirtazapin (NaSSA), monoterapi

---

Totalpoäng: 1

24

Du är distriktsläkare på en hälsocentral och Astrid, 48 år, har beställt tid hos dig på grund av trötthet. Hon är undersköterska inom hemtjänsten, gift och har två tonåringar. Hon berättar att tröttheten har besvärat henne i 2-3 månader och att den har tilltagit senaste månaden.

Vilken är den vanligaste orsaken till trötthet hos patienter som söker primärvård?

**Välj ett alternativ:**

- Anemi
- Depression
- Hypotyreos
- Järnbrist
- Livssituationen



---

Totalpoäng: 1

25

*Du är distriktsläkare på en hälsocentral och Astrid, 48 år, har beställt tid hos dig på grund av trötthet. Hon är undersköterska inom hemtjänsten, gift och har två tonåringar. Hon berättar att tröttheten har besvärat henne i 2-3 månader och att den har tilltagit senaste månaden.*

Livssituationen är vanligaste orsaken till trötthet hos patienter som söker primärvård. Du tänker ändå utreda med labprover för att utesluta en kroppslig orsak till trötthet. Astrid berättar att hon besväras av sår i mungiporna.

Vilket prov är viktigast att ta baserat på ovanstående information?

**Välj ett alternativ:**

- ferritin
- fritt tyroxin
- erytrocyt MCH
- calcium
- magnesium



---

Totalpoäng: 1

26

Du är distriktsläkare på en hälsocentral och Astrid, 48 år, har beställt tid hos dig på grund av trötthet. Hon är undersköterska inom hemtjänsten, gift och har två tonåringar. Hon berättar att tröttheten har besvärat henne i 2-3 månader och att den har tilltagit senaste månaden.

Livssituationen är vanligaste orsaken till trötthet hos patienter som söker primärvård. Du tänker ändå utreda med labprover för att utesluta en kroppslig orsak till trötthet. Astrid berättar att hon besväras av sår i mungiporna.

Du utreder med rutinprover för trötthet. Du får provsvaren efter några dagar (referensvärden):

S-Ferritin 287 µg/L (13-150)  
B-Hb 97 g/L (117-154)  
B-MCV 85 fL (82-98)  
P-Homocystein 13 µmol/L (<15)  
S-TSH 2,3 mU/L (0,3-4,2)

Vilken är den troligaste förklaringen till provresultaten?

**Välj ett alternativ:**

- Beta-talassemi
- Hypotyreoos
- B-vitaminbrist
- Sekundär anemi
- Järnbrist-anemi



---

Totalpoäng: 1

27

Du är distriktsläkare på en hälsocentral och Astrid, 48 år, har beställt tid hos dig på grund av trötthet. Hon är undersköterska inom hemtjänsten, gift och har två tonåringar. Hon berättar att tröttheten har besvärat henne i 2-3 månader och att den har tilltagit senaste månaden.

Livssituationen är vanligaste orsaken till trötthet hos patienter som söker primärvård. Du tänker ändå utreda med labprover för att utesluta en kroppslig orsak till trötthet. Astrid berättar att hon besväras av sår i mungiporna.

Du utreder med rutinprover för trötthet. Du får provsvaren efter några dagar (referensvärden):

S-Ferritin 287 µg/L (13-150)

B-Hb 97 g/L (117-154)

B-MCV 85 fL (82-98)

P-Homocystein 13 µmol/L (<15)

S-TSH 2,3 mU/L (0,3-4,2)

Du misstänker att patienten har sekundär anemi och att det förhöjda ferritinvärdet är ett tecken på inflammation.

Du ringer upp Astrid för att berätta om provsvaren och få lite mer information. Astrid berättar då om att hon besväras av diarréer som har tilltagit sista veckan. För någon dag sen noterade hon även lite färskt blod i avföringen. Du bestämmer dig för att ordna ett besök redan nästa dag för att genomföra en rektoskopi. Förutom rektoskopin planerar du även kompletterande provtagning.

Vilket fekalprov bör nu undersökas i Astrids fall?

**Välj ett alternativ:**

- f-Arabinitolkvot
- f-Kalprotektin
- f-Hemoglobin
- f-Helicobacter
- f-Coronavirus



---

Totalpoäng: 1

28

Du är distriktsläkare på en hälsocentral och Astrid, 48 år, har beställt tid hos dig på grund av trötthet. Hon är undersköterska inom hemtjänsten, gift och har två tonåringar. Hon berättar att tröttheten har besvärat henne i 2-3 månader och att den har tilltagit senaste månaden.

Livssituationen är vanligaste orsaken till trötthet hos patienter som söker primärvård. Du tänker ändå utreda med labprover för att utesluta en kroppslig orsak till trötthet. Astrid berättar att hon besväras av sår i mungiporna.

Du utreder med rutinprover för trötthet. Du får provsvaren efter några dagar (referensvärden):

S-Ferritin 287 µg/L (13-150)

B-Hb 97 g/L (117-154)

B-MCV 85 fL (82-98)

P-Homocystein 13 µmol/L (<15)

S-TSH 2,3 mU/L (0,3-4,2)

Du misstänker att patienten har sekundär anemi och att det förhöjda ferritinvärdet är ett tecken på inflammation.

Du ringer upp Astrid för att berätta om provsvaren och få lite mer information. Astrid berättar då om att hon besväras av diarréer som har tilltagit sista veckan. För någon dag sen noterade hon även lite färskt blod i avföringen. Du bestämmer dig för att ordna ett besök redan nästa dag för att genomföra en rektoskopi. Förutom rektoskopin planerar du även kompletterande provtagning.

Rektoskopin är normal men bland proverna är f-kalprotektin förhöjt.

Du remitterar vidare för koloskopi. Fortsatt utredning visar att Astrid har Crohns sjukdom. Hon kommer tillbaka till din hälsocentral igen ett halvår senare och klagar på ögonbesvär med lite försämrad syn på höger öga. Du misstänker att ögonbesvären har ett samband med patientens tarmsjukdom och du genomför undersökning i ögonmikroskopet.

Vilket undersökningsfynd skulle stärka denna misstanke?

**Välj ett alternativ:**

- Korneal erosion
- Papillatrofi
- Förhöjt ögontryck
- Drusen
- Mios



---

Totalpoäng: 1



29

Du får ett telefonsamtal om en sju månader gammal flicka som sedan dagen innan kräkts och haft diarréer. Hennes treårige storebror kom hem från dagis med liknande symptom för två dagar sedan.

Vilken av följande anamnestiska uppgifter bör göra att flickan kommer till sjukvård för bedömning?

**Välj ett alternativ:**

- Att barnet är nyligen vaccinerat
- Att barnet är under 12 månader gammalt
- Att barnet har kräkts oftare än det har haft diarréer
- Att barnet har blodtillblandade diarréer
- Att barnet har haft diarréer under natten



---

Totalpoäng: 1

30

*Du får ett telefonsamtal om en sju månader gammal flicka som sedan dagen innan kräkts och haft diarréer. Hennes treårige storebror kom hem från dagis med liknande symptom för två dagar sedan.*

Mamman rapporterar att flickan har haft fyra kräkningar och tre diarréliknande avföringar sedan symptomen började. Hon har inte sett något blod i avföringen eller i kräkningarna. Flickan ammas inte och har inte velat äta gröt eller fastare mat men hon har druckit litet välling. Mamman upplever barnet som ganska piggt.

Flickan vägde 8,0 kg för en vecka sedan på BVC och väger nu 7,7 kg enligt vågen hemma.

Hur stor är den procentuella viktnedgången?

**Välj ett alternativ:**

2,5%

3,8%



5,2%

7,7%

8,3%

---

Totalpoäng: 1

31

Du får ett telefonsamtal om en sju månader gammal flicka som sedan dagen innan kräkts och haft diarréer. Hennes treårige storebror kom hem från dagis med liknande symptom för två dagar sedan.

Mamman rapporterar att flickan har haft fyra kräkningar och tre diarréliknande avföringar sedan symptomen började. Hon har inte sett något blod i avföringen eller i kräkningarna. Flickan ammas inte och har inte velat äta gröt eller fastare mat men hon har druckit litet välling. Mamman upplever barnet som ganska piggt.

Flickan vägde 8,0 kg för en vecka sedan på BVC och väger nu 7,7 kg enligt vågen hemma.

Detta motsvarar en viktnedgång på 3,8 %, det vill säga lindrig dehydrering.

Mamman vill ha råd om vad hon ska ge flickan.

Vilket råd bör du ge?

**Välj ett alternativ:**

- Söt dryck såsom avslagen Coca-cola eller te med socker 100 ml/timme i 4 timmar. Därefter bör flickan äta mer pasta och kokta grönsaker.
- Vätskeersättning 100 ml/timme i 4 timmar. Därefter bör flickan återgå till sin normala  ost.
- Oral lösning metronidazol 5 mg/ml, 60 mg ×3. Därefter bör flickan få kokt fisk och glutenfritt bröd.
- Vätskeersättning 300 ml/timme i 4 timmar. Därefter bör flickan få laktosfri kost
- Oral lösning loperamid 1 mg/ml, 2 ml × 2. Därefter bör flickan äta bananer, ris, äppelmos och rostat bröd.

---

Totalpoäng: 1

32

Du får ett telefonsamtal om en sju månader gammal flicka som sedan dagen innan kräkts och haft diarréer. Hennes treårige storebror kom hem från dagis med liknande symptom för två dagar sedan.

Mamman rapporterar att flickan har haft fyra kräkningar och tre diarréliknande avföringar sedan symptomen började. Hon har inte sett något blod i avföringen eller i kräkningarna. Flickan ammas inte och har inte velat äta gröt eller fastare mat men hon har druckit litet välling. Mamman upplever barnet som ganska piggt.

Flickan vägde 8,0 kg för en vecka sedan på BVC och väger nu 7,7 kg enligt vågen hemma.

Detta motsvarar en viktnedgång på 3,8 %, det vill säga lindrig dehydrering.

Mamman fick rådet att ge flickan vätskeersättning (100 ml/timme i 4 timmar) och att därefter låta flickan äta sin normala kost. Flickan blev initialt piggare av vätskeersättningen, men har fortsatt med både kräkningar och flera ordentliga diarréer och mamman har haft svårt att orka med att ge flickan den vätska hon behöver.

Tre dygn efter den första kontakten inkommer flickan till akutmottagningen. Sedan den senaste kontakten har också mamman blivit magsjuk. Nu är flickan tydligt påverkad: hon är trött, ögonen är insjunkna, hon är kall om händer och fötter, kapillära återfyllnaden på 5 s, hon har torra läppar, när du nyper ihop huden på magen stannar ett hudveck kvar, hennes puls är 175/min, andningen är djup med andningsfrekvens 45 /min,  $\text{SaO}_2 > 95 \%$ . Vikten är 7,2 kg vilket motsvarar ytterligare viktnedgång.

Flickan är nu uttalat dehydrerad (viktnedgång 10 %) och du sätter en venös infart för att ge henne intravenös vätska.

Vilken typ av vätska bör ges?

**Välj ett alternativ:**

- Glukos 50 mg/ml 400 ml på fyra timmar
- Glukos 100 mg/ml med 140 mmol Na och 20 mmol K, 400 ml på fyra timmar
- Intravenös vätskeersättning 400 ml på fyra timmar
- Ringer-acetat 160 ml på fyra timmar
- Natriumklorid 9 mg/ml 160 ml på 10 min som upprepas efter behov ✔

---

Totalpoäng: 1

33

Du får ett telefonsamtal om en sju månader gammal flicka som sedan dagen innan kräkts och haft diarréer. Hennes treårige storebror kom hem från dagis med liknande symptom för två dagar sedan.

Mamman rapporterar att flickan har haft fyra kräkningar och tre diarréliknande avföringar sedan symptomen började. Hon har inte sett något blod i avföringen eller i kräkningarna. Flickan ammas inte och har inte velat äta gröt eller fastare mat men hon har druckit litet välling. Mamman upplever barnet som ganska piggt.

Flickan vägde 8,0 kg för en vecka sedan på BVC och väger nu 7,7 kg enligt vågen hemma.

Detta motsvarar en viktnedgång på 3,8%, det vill säga lindrig dehydrering.

Mamman fick rådet att ge flickan vätskeersättning (100 ml/timme i 4 timmar) och att därefter låta flickan äta sin normala kost. Flickan blev initialt piggare av vätskeersättningen, men har fortsatt med både kräkningar och flera ordentliga diarréer och mamman har haft svårt att orka med att ge flickan den vätska hon behöver.

Tre dygn efter den första kontakten inkommer flickan till akutmottagningen. Sedan den senaste kontakten har också mamman blivit magsjuk. Nu är flickan tydligt påverkad: hon är trött, ögonen är insjunkna, hon är kall om händer och fötter, kapillära återfyllnaden på 5 s, hon har torra läppar, när du nyper ihop huden på magen stannar ett hudveck kvar, hennes puls är 175/min, andningen är djup med andningsfrekvens 45 /min, SaO<sub>2</sub> > 95 %. Vikten är 7,2 kg vilket motsvarar ytterligare viktnedgång.

Flickan är nu uttalat dehydrerad (viktnedgång 10 %) och du sätter en venös infart för att ge henne intravenös vätska.

Du ger henne intravenös vätska i form av Natriumklorid 9 mg/ml 160 ml på 10 min som sedan upprepas ytterligare en gång innan du avslutar rehydreringen med Benelyte, en isoton lösning med 1% glukos.

Under vårdtiden visar prover att flickan har en infektion orsakad av noro-virus.

Vilken av följande påståenden är mest korrekt för att minska spridning av norovirus?

**Välj ett alternativ:**

- Handsprit (70 % etanol) är ett effektivt sätt att minska smittspridning
- Genom bättre vaccinationstäckning kan antalet fall med norovirus minska
- Genom att städa på rätt sätt kan man minska smittan ✔
- Äldre personer är naturligt skyddade mot norovirus och bör vara de som tar hand om magsjuka barn
- Att äta mer råa skaldjur är ett nyttigt sätt att minska förekomsten av norovirus i samhället

---

Totalpoäng: 1