

Delprov 2 kliniska case

of Questions: 29

Question #: 1

En 60-årig kvinna besöker dig på hälsocentralen. Sedan ett par månader har hon känt törst och viss trötthet. Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Mottagningsköterskan har tagit kapillärt P-glukos som är 15 mmol/L icke fastande.

Vad bör din bedömning bli?

- A. Patienten har troligen diabetes men HbA1c krävs för säker diagnos
- B. Patienten har troligen diabetes men två blodsockervärden krävs för diagnos
- C. Patienten har troligen urinvägsinfektion och då kan diabetesdiagnos inte ställas
- ✓D. Patienten har diabetes då hon har ett slumpblodsocker på 15 mmol/L samt hyperglykemiska symtom
- E. Patienten har troligen diabetes men ett fastebloodsocker krävs för diagnos

Item ID: 2913 / 1

Question #: 2

En 60-årig kvinna besöker dig på hälsocentralen. Sedan ett par månader har hon känt törst och viss trötthet. Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Mottagningsköterskan har tagit kapillärt P-glukos som är 15 mmol/L icke fastande.

Patienten uppfyller kriterier för diabetesdiagnos eftersom hon hade dels ett slumpblodssocker på 15 mmol/L samt hyperglykemiska symtom.

Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Ett urinprov är negativt för nitrit och du bedömer att bakteriell urinvägsinfektion inte föreligger.

Vad bör din nästa åtgärd vara?

- A. Remiss för slemhinnebiopsi
- B. Hormonell utredning med blodprovstagning
- ✓C. Gynekologisk undersökning med mikroskopi av sekret
- D. Lokal kortisonbehandling
- E. Remiss för vaginalt ultraljud

Item ID: 2914 / 1

Question #: 3

En 60-årig kvinna besöker dig på hälsocentralen. Sedan ett par månader har hon känt törst och viss trötthet. Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Mottagningsköterskan har tagit kapillärt P-glukos som är 15 mmol/L icke fastande.

Patienten uppfyller kriterier för diabetesdiagnos eftersom hon hade dels ett slumpblodssocker på 15 mmol/L samt hyperglykemiska symtom.

Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Ett urinprov är negativt för nitrit och du bedömer att bakteriell urinvägsinfektion inte föreligger.

Efter en gynekologisk undersökning med mikroskopi av vaginalsekret har du funnit att hon har en candidavaginit som du planerar att behandla. Patienten berättar också att hon den senaste tiden börjat se suddigt på nära håll.

Vilken är den mest troliga orsaken till att hon har börjat se suddigt på nära håll?

- A. Hypofysadenom
- B. Diabetesretinopati
- C. Trångvinkelglaukom
- ✓D. Glukosinlagringar i linsen
- E. Katarakt

Item ID: 2915 / 1

Question #: 4

En 60-årig kvinna besöker dig på hälsocentralen. Sedan ett par månader har hon känt törst och viss trötthet. Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Mottagningsköterskan har tagit kapillärt P-glukos som är 15 mmol/L icke fastande.

Patienten uppfyller kriterier för diabetesdiagnos eftersom hon hade dels ett slumpblodssocker på 15 mmol/L samt hyperglykemiska symtom.

Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Ett urinprov är negativt för nitrit och du bedömer att bakteriell urinvägsinfektion inte föreligger.

Efter en gynekologisk undersökning med mikroskopi av vaginalsekret har du funnit att hon har en candidavaginit som du planerar att behandla. Patienten berättar också att hon den senaste tiden börjat se suddigt på nära håll.

Patientens svårigheter att se klart på nära håll beror troligen på glukosinlagringar i linsen på grund av hyperglykemin med osmotiskt orsakad linsstelhet som följd. Hon är nu orolig för att bli blind på grund av detta.

Vilket besked bör du ge patienten?

- A. Trycksänkande ögondroppar kommer att förbättra synen
- B. Korrektion med glasögon kan förbättra synen
- C. Vätskedrivande behandling kommer att förbättra synen
- ✓D. Synen förbättras när blodssockret normaliseras
- E. En ögonläkare måste konsulteras

Item ID: 2916 / 1

Question #: 5

En 60-årig kvinna besöker dig på hälsocentralen. Sedan ett par månader har hon känt törst och viss trötthet. Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Mottagningsköterskan har tagit kapillärt P-glukos som är 15 mmol/L icke fastande.

Patienten uppfyller kriterier för diabetesdiagnos eftersom hon hade dels ett slumpblodssocker på 15 mmol/L samt hyperglykemiska symtom.

Sedan en vecka har hon sveda och klåda i underlivet. Ett urinprov är negativt för nitrit och du bedömer att bakteriell urinvägsinfektion inte föreligger.

Efter en gynekologisk undersökning med mikroskopi av vaginalsekret har du funnit att hon har en candidavaginit som du planerar att behandla. Patienten berättar också att hon den senaste tiden börjat se suddigt på nära håll.

Patientens svårigheter att se klart på nära håll beror troligen på glukosinlagringar i linsen på grund av hyperglykemin med osmotiskt orsakad linsstelhet som följd. Hon är nu orolig för att bli blind på grund av detta.

Du informerar henne att synen kommer att förbättras när blodsockernivån normaliseras.

Vilken behandling bör sättas in vid nydiagnosticerad typ 2-diabetes?

- A. Kostbehandling, fysisk aktivitet och måltidsinsulin från diagnos
- B. Kostbehandling och fysisk aktivitet första 6 månaderna från diagnos
- C. Kostbehandling, fysisk aktivitet och statinbehandling från diagnos
- D. Kostbehandling, fysisk aktivitet och allopurinolbehandling från diagnos
- ✓E. Kostbehandling, fysisk aktivitet och metforminbehandling från diagnos

Item ID: 2917 / 1

Question #: 6

Du får en 46-årig kvinna som patient. Kliniskt misstänker du en akut appendicit. Du vill öka den diagnostiska säkerheten med några laboratorieprover.

Vilken av följande kombinationer av prover bör du välja?

- ✓A. B-LPK, S-Krea, beta-HCG, P-CRP
- B. P-Glukos, S-Krea, P-Na, P-K, P-CRP
- C. S-Albumin, S-Krea, P-Amylas, P-Laktat
- D. pro BNP, S-Krea, P-Glukos, P-CRP
- E. S-Krea, P-Na, P-K, S-Albumin, P-CRP

Item ID: 2918 / 1

Question #: 7

Du får en 46-årig kvinna som patient. Kliniskt misstänker du en akut appendicit. Du vill öka den diagnostiska säkerheten med några laboratorieprover.

Du väljer att ta B-LPK, S-Krea, beta-HCG, P-CRP, detta för att B-LPK i kombination med P-CRP ger information om graden av inflammation.

Din kliniska misstanke om akut appendicit grundar sig bland annat på att du i anamnesen fått fram en del fakta.

Vilket av följande fakta stödjer bäst din hypotes om akut appendicit?

- ✓A. Patientens buksmärter började diffust mitt i buken men lokaliseras nu till höger nedre kvadrant.
- B. Patientens buksmärter strålar ut mot höger ljumske, genitalia och insidan av låret.
- C. Patienten har sedan två dygn hög feber, mätt i hemmet till 39°C.
- D. Patienten har kräkts upprepat före hon söker akuten och hon har fortfarande illamående.
- E. Patienten fick plötsligt mycket ont i buken, hon kan ange bestämd tidpunkt när det började.

Item ID: 2919 / 1

Question #: 8

Du får en 46-årig kvinna som patient. Kliniskt misstänker du en akut appendicit. Du vill öka den diagnostiska säkerheten med några laboratorieprover.

Du väljer att ta B-LPK, S-Krea, beta-HCG, P-CRP, detta för att B-LPK i kombination med P-CRP ger information om graden av inflammation.

Din kliniska bedömning grundar sig på att patientens buksmärter började diffust mitt i buken men lokaliseras nu till höger nedre kvadrant.

Vilken av följande diagnoser liknar mest akut appendicit i symtombild och kan därmed lätt kan förväxlas med akut appendicit vid anamnes och klinisk undersökning?

- A. Akut pyelonefrit
- ✓B. Akut inflammation i en Meckels divertikel
- C. Akut kolecystit
- D. Akut pankreatit
- E. Akut divertikulit med typisk smärtlokalisering

Item ID: 2920 / 1

Question #: 9

Du får en 46-årig kvinna som patient. Kliniskt misstänker du en akut appendicit. Du vill öka den diagnostiska säkerheten med några laboratorieprover.

Du väljer att ta B-LPK, S-Krea, beta-HCG, P-CRP, detta för att B-LPK i kombination med P-CRP ger information om graden av inflammation.

Din kliniska bedömning grundar sig på att patientens buksmärter började diffust mitt i buken men lokaliseras nu till höger nedre kvadrant.

Akut inflammation i en Meckels divertikel ser du som en möjlig differentialdiagnos, men du fortsätter med akut appendicit som arbetshypotes.

Akut appendicit kan ha resulterat i olika kliniska tillstånd som påverkar hur bästa behandling ska ges.

Vilket av nedanstående kliniska tillstånd är vanligast vid akut appendicit?

- A. Appendix har hunnit perforera och det har bildats en abscess i anslutning till appendix
- B. Appendiciten har sekundärt inflammerat urinblåsan så att urinblåsan perforerat
- C. Appendiciten har orsakat en kraftig förhöjning av leverprover som tecken på parenkymskada
- D. Appendix har migrerat retroperitonealt på grund av inflammationen
- E. Appendiciten har orsakat en kraftig förstoring (>1 cm) av flera lymfkörtlar i tarmmesot

Item ID: 2921 / 1

Question #: 10

Du får en 46-årig kvinna som patient. Kliniskt misstänker du en akut appendicit. Du vill öka den diagnostiska säkerheten med några laboratorieprover.

Du väljer att ta B-LPK, S-Krea, beta-HCG, P-CRP, detta för att B-LPK i kombination med P-CRP ger information om graden av inflammation.

Din kliniska bedömning grundar sig på att patientens buksmärter började diffust mitt i buken men lokaliseras nu till höger nedre kvadrant.

Akut inflammation i en Meckels divertikel ser du som en möjlig differentialdiagnos, men du fortsätter med akut appendicit som arbetshypotes.

Du bedömer att appendix inte är perforerad, och att det sannolikt är en okomplicerad akut appendicit i ett tidigt skede.

Vilket av följande behandlingsalternativ är bäst för denna patient nu?

- ✓A. Konservativ medicinsk behandling med antibiotika specifikt riktat mot bakterier som finns i appendix.
- B. Perkutan ultraljudsledd dränering av appendix och bredspektrumantibiotika iv.
- C. Explorativ laparotomi i medellinjen för att med säkerhet kunna inspektera alla bukorgan och få rätt diagnos och adekvat åtgärd.
- ✓D. Diagnostisk laparoskopi kombinerad med appendektomi.
- E. Avvaktar händelseförloppet och gör upprepade kliniska undersökningar, planerar för invasiva åtgärder bara om det uppkommer tydliga tecken på någon organsvikt (njursvikt, respiratorisk- eller cirkulatorisk svikt).

Item ID: 2922 / 1

Question #: 11

Du jobbar på en hälsocentral och träffar tvååriga Greta tillsammans med hennes mor som upplevt flickan som trött. Hon har ätit bra, druckit mycket, kissat mycket och sista dygnet haft magont. Avföringskonsistensen har ibland varit lös och ibland hård. Hon var på besök till barnvårdscentralen vid 18 månaders ålder och sedan dess har längdtillväxten varit fortsatt bra men däremot har hon en lägre vikt än väntat utifrån den tidigare mätningen. Du undersöker barnet. Hon verkar trött men ger god kontakt och rör sig normalt. . Hjärtfrekvensen är 135 slag/minut, du hör ett svagt systoliskt blåsljud och lungorna auskulteras med vesikulära andningsljud.

Status:

AT: Trött men ger god kontakt och rör sig normalt. Hon är lite mager. Nedsatt turgor i huden. Luktat aceton.

Cor: Regelbunden rytm, 135 slag/min. Svagt systoliskt blåsljud.

Pulm: Vesikulära andningsljud.

Buk: Bullig utan palpabla resistenser.

Vilken av nedanstående undersökningar bör du prioritera?

- A. Krea
- B. Blodstatus
- C. Syremättnad med pulsoximeter
- ✓D. Urinsticka
- E. CRP

Item ID: 2923 / 1

Question #: 12

Du jobbar på en hälsocentral och träffar tvååriga Greta tillsammans med hennes mor som upplevt flickan som trött. Hon har ätit bra, druckit mycket, kissat mycket och sista dygnet haft magont. Avföringskonsistensen har ibland varit lös och ibland hård. Hon var på besök till barnvårdscentralen vid 18 månaders ålder och sedan dess har längdtillväxten varit fortsatt bra men däremot har hon en lägre vikt än väntat utifrån den tidigare mätningen. Du undersöker barnet. Hon verkar trött men ger god kontakt och rör sig normalt. . Hjärtfrekvensen är 135 slag/minut, du hör ett svagt systoliskt blåsljud och lungorna auskulteras med vesikulära andningsljud.

Status:

AT: Trött men ger god kontakt och rör sig normalt. Hon är lite mager. Nedsatt turgor i huden. Luktat aceton.

Cor: Regelbunden rytm, 135 slag/min. Svagt systoliskt blåsljud.

Pulm: Vesikulära andningsljud.

Buk: Bullig utan palpabla resistenser.

Du tar ett urinprov och urinstickan (graderad från 0 till +++) visar 0 på nitrit, + på erythrocyter, +++ på glukos och +++ på ketoner.

Vilken är den mest sannolika diagnosen?

- A. Betaoxidationsdefekt
- B. Långvarig svält
- C. Urinvägsinfektion
- ✓D. Diabetes mellitus
- E. Njursten

Item ID: 2924 / 1

Question #: 13

Du jobbar på en hälsocentral och träffar tvååriga Greta tillsammans med hennes mor som upplevt flickan som trött. Hon har ätit bra, druckit mycket, kissat mycket och sista dygnet haft magont. Avföringskonsistensen har ibland varit lös och ibland hård. Hon var på besök till barnvårdscentralen vid 18 månaders ålder och sedan dess har längdtillväxten varit fortsatt bra men däremot har hon en lägre vikt än väntat utifrån den tidigare mätningen. Du undersöker barnet. Hon verkar trött men ger god kontakt och rör sig normalt. . Hjärtfrekvensen är 135 slag/minut, du hör ett svagt systoliskt blåsljud och lungorna auskulteras med vesikulära andningsljud.

Status:

AT: Trött men ger god kontakt och rör sig normalt. Hon är lite mager. Nedsatt turgor i huden. Luktat aceton.

Cor: Regelbunden rytm, 135 slag/min. Svagt systoliskt blåsljud.

Pulm: Vesikulära andningsljud.

Buk: Bullig utan palpabla resistenser.

Du tar ett urinprov och urinstickan (graderad från 0 till +++) visar 0 på nitrit, + på erythrocyter, +++ på glukos och +++ på ketoner.

Du bedömer att flickan drabbats av diabetes mellitus.

Vad bör du göra nu?

- A. Påbörja behandling med insulin subkutant med återbesök redan följande dag
- B. Mäta syremättnaden med pulsoxymeter
- C. Kontrollera blodsockervärdet för att välja behandlingsalternativ
- ✓D. Ordna akut transport till närmaste barnklinik för behandling
- E. Påbörja behandling med mixtur metformin

Item ID: 2925 / 1

Question #: 14

Du jobbar på en hälsocentral och träffar tvååriga Greta tillsammans med hennes mor som upplevt flickan som trött. Hon har ätit bra, druckit mycket, kissat mycket och sista dygnet haft magont. Avföringskonsistensen har ibland varit lös och ibland hård. Hon var på besök till barnvårdscentralen vid 18 månaders ålder och sedan dess har längdtillväxten varit fortsatt bra men däremot har hon en lägre vikt än väntat utifrån den tidigare mätningen. Du undersöker barnet. Hon verkar trött men ger god kontakt och rör sig normalt. . Hjärtfrekvensen är 135 slag/minut, du hör ett svagt systoliskt blåsljud och lungorna auskulteras med vesikulära andningsljud.

Status:

AT: Trött men ger god kontakt och rör sig normalt. Hon är lite mager. Nedsatt turgor i huden. Luktat aceton.

Cor: Regelbunden rytm, 135 slag/min. Svagt systoliskt blåsljud.

Pulm: Vesikulära andningsljud.

Buk: Bullig utan palpabla resistenser.

Du tar ett urinprov och urinstickan (graderad från 0 till +++) visar 0 på nitrit, + på erythrocyter, +++ på glukos och +++ på ketoner.

Du bedömer att flickan drabbats av diabetes mellitus.

Du skickar dem till närmaste barnklinik och ringer till barnjouren som kommer att möta upp flickan och föräldrarna när de kommer till barnakuten.

Vilken komplikation till diabetesdebuten är viktigast att utesluta eller bekräfta vid ankomsten till sjukhuset?

- A. Sepsis
- B. Hyperlipidemi
- C. Hjärtsvikt
- D. Synpåverkan
- ✓E. Acidosis

Question #: 15

Du jobbar på en hälsocentral och träffar tvååriga Greta tillsammans med hennes mor som upplevt flickan som trött. Hon har ätit bra, druckit mycket, kissat mycket och sista dygnet haft magont. Avföringskonsistensen har ibland varit lös och ibland hård. Hon var på besök till barnvårdscentralen vid 18 månaders ålder och sedan dess har längdtillväxten varit fortsatt bra men däremot har hon en lägre vikt än väntat utifrån den tidigare mätningen. Du undersöker barnet. Hon verkar trött men ger god kontakt och rör sig normalt. . Hjärtfrekvensen är 135 slag/minut, du hör ett svagt systoliskt blåsljud och lungorna auskulteras med vesikulära andningsljud.

Status:

AT: Trött men ger god kontakt och rör sig normalt. Hon är lite mager. Nedsatt turgor i huden. Luktat aceton.

Cor: Regelbunden rytm, 135 slag/min. Svagt systoliskt blåsljud.

Pulm: Vesikulära andningsljud.

Buk: Bullig utan palpabla resistenser.

Du tar ett urinprov och urinstickan (graderad från 0 till +++) visar 0 på nitrit, + på erythrocyter, +++ på glukos och +++ på ketoner.

Du bedömer att flickan drabbats av diabetes mellitus.

Du skickar dem till närmaste barnklinik och ringer till barnjouren som kommer att möta upp flickan och föräldrarna när de kommer till barnakuten.

En blodgasanalys visar pH 7,14 (7,35-7,45). Hon har diabetesketoacidosis och läggs in på intensivvårdsavdelning. Vid diabetesketoacidosis föreligger elektrolytrubbningar.

Vilket påstående om kalium vid diabetesketoacidosis är korrekt?

- A. Kalium kommer att bytas mot natrium i njuren när insulin tillförs
- B. Vid diabetesketoacidosis är dehydreringen isoton och kaliumnivån oftast normal
- C. När insulin ges transporteras natrium tillsammans med glukos in i cellerna och byts mot kalium
- ✓D. Det föreligger oftast kaliumbrist och extra kalium måste tillsättas uppvätskningsdroppet
- E. På grund av acidosen visar provtagning en låg kaliumnivå i blodet

Question #: 16

En 23-årig, tidigare frisk kvinna söker för trötthet, viktnedgång, hjärklappning och skavkänsla i ögonen.

Status:

AT: Orolig och har svårt att sitta stilla och koncentrera sig, finvågig tremor i båda händerna. Längd 165 cm, vikt 55 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem.

Treoidea: Diffust, måttligt förstoraad, oöm, inga palpabla noduli.

Cor: Regelbunden rytm 105/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck 135/85 mmHg.

Ögon: Lätt konjunktival injektion och ögonlockssvullnad. Normalt visus och motilitet.

EKG: Sinusrytm 105/minut, förutom takykardi inget avvikande.

Vilket/vilka laboratorieprover ger sannolikt mest information i nuläget?

A. Na, K, Krea

B. Hb, LPK, TPK

C. ProBNP

✓D. TSH, fT4

E. CRP

Item ID: 2928 / 1

Question #: 17

En 23-årig, tidigare frisk kvinna söker för trötthet, viktnedgång, hjärtklappning och skavkänsla i ögonen.

Status:

AT: Orolig och har svårt att sitta stilla och koncentrera sig, finvågig tremor i båda händerna. Längd 165 cm, vikt 55 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem.

Tyreoida: Diffust, måttligt förstora, oöm, inga palpabla noduli.

Cor: Regelbunden rytm 105/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck 135/85 mmHg.

Ögon: Lätt konjunktival injektion och ögonlockssvullnad. Normalt visus och motilitet.

EKG: Sinusrytm 105/minut, förutom takykardi inget avvikande.

Du tar blodprover som visar (referensvärden inom parentes):

P-TSH <0,005 mIU/L (0,24-4,2)

P-ft4 52 pmol/L (12-22)

Vilken är den mest sannolika diagnosen?

- A. Subakut tyreoidit (de Quervain)
- B. Toxisk knölstruma
- C. Hashimotos sjukdom
- D. Tyreoidacancer
- ✓E. Graves' sjukdom (Mb Basedow)

Item ID: 2929 / 1

Question #: 18

En 23-årig, tidigare frisk kvinna söker för trötthet, viktnedgång, hjärtklappning och skavkänsla i ögonen.

Status:

AT: Orolig och har svårt att sitta stilla och koncentrera sig, finvågig tremor i båda händerna. Längd 165 cm, vikt 55 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem.

Tyreoida: Diffust, måttligt förstora, oöm, inga palpabla noduli.

Cor: Regelbunden rytm 105/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck 135/85 mmHg.

Ögon: Lätt konjunktival injektion och ögonlockssvullnad. Normalt visus och motilitet.

EKG: Sinusrytm 105/minut, förutom takykardi inget avvikande.

Du tar blodprover som visar (referensvärden inom parentes):

P-TSH <0,005 mIU/L (0,24-4,2)

P-fT4 52 pmol/L (12-22)

Du misstänker i första hand Grave's sjukdom (Mb Basedow).

Vilken utredning bör du nu gå vidare med för att bekräfta din misstanke?

- A. Analys av antikroppar mot tyreoperoxid, TPO-antikroppar
- B. Analys av antikroppar mot tyreoglobulin
- C. Spårjod-undersökning
- D. Ultraljud av sköldkörteln
- ✓E. Analys av antikroppar mot TSH-receptor antikroppar, TRAK (TRAb)

Item ID: 2930 / 1

Question #: 19

En 23-årig, tidigare frisk kvinna söker för trötthet, viktnedgång, hjärtklappning och skavkänsla i ögonen.

Status:

AT: Orolig och har svårt att sitta stilla och koncentrera sig, finvågig tremor i båda händerna. Längd 165 cm, vikt 55 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem.

Tyreoidea: Diffust, måttligt förstora, öm, inga palpabla noduli.

Cor: Regelbunden rytm 105/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck 135/85 mmHg.

Ögon: Lätt konjunktival injektion och ögonlockssvullnad. Normalt visus och motilitet.

EKG: Sinusrytm 105/minut, förutom takykardi inget avvikande.

Du tar blodprover som visar (referensvärden inom parentes):

P-TSH <0,005 mIU/L (0,24-4,2)

P-fT4 52 pmol/L (12-22)

Du misstänker i första hand Grave's sjukdom (Mb Basedow).

Kompletterande provtagning visar TRAK 8,9 IU/L (ref <2,3).

Vilken symptomlindrande behandling erbjuder du patienten?

- ✓A. Betablockerare
- ✓B. Ögondroppar med betablockerare
- C. Glukokortikoider
- D. Bensodiazepiner
- E. NSAID

Item ID: 2931 / 1

Question #: 20

En 23-årig, tidigare frisk kvinna söker för trötthet, viktnedgång, hjärtklappning och skavkänsla i ögonen.

Status:

AT: Orolig och har svårt att sitta stilla och koncentrera sig, finvågig tremor i båda händerna. Längd 165 cm, vikt 55 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem.

Tyreoida: Diffust, måttligt förstora, oöm, inga palpabla noduli.

Cor: Regelbunden rytm 105/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck 135/85 mmHg.

Ögon: Lätt konjunktival injektion och ögonlockssvullnad. Normalt visus och motilitet.

EKG: Sinusrytm 105/minut, förutom takykardi inget avvikande.

Du tar blodprover som visar (referensvärden inom parentes):

P-TSH <0,005 mIU/L (0,24-4,2)

P-fT4 52 pmol/L (12-22)

Du misstänker i första hand Grave's sjukdom (Mb Basedow).

Kompletterande provtagning visar TRAK 8,9 IU/L (ref <2,3)

Förutom symtomlindrande behandling med betablockerare, har hon fått behandling med tyreostatika i form av tiamazol (Thacapzol®).

Tre veckor efter behandlingsstart är du kvällsjour på medicinakuten där patienten sökt på grund av feber upp till 38,6°C och halsont sedan lunch. Hon kommer kort tid efter att symtomen börjat då hon på medicinmottagningen fått muntlig och skriftlig information att söka akut om hon får feber eller halsont.

Status:

AT: Opåverkad, förutom temp 38,2°C

Mun- och svalg: Rodnad i svalget till vänster.

Tyreoida: diffust förstora, oöm.

Lgll: En förstora, öm körtel till vänster på halsen, övriga stationer utan anmärkning.

Cor: Regelbunden rytm 100/min.

Pulm: Normala andningsljud bilateralt.

Buk: Utan anmärkning

Blodtryck 125/80 mmHg

Kapillärt snabb-CRP 23 mg/L (ref. <5)

Vilken bör din första åtgärd på akutmottagningen vara?

- A. Ta svalgodling och ge penicillin (PcV) p.o.
- ✓B. Beställa akut blodstatus med diff.
- C. Sätta ut tyreostatika och ge prednisolon 40 mg x 1 p.o.
- D. Blododla och ge bredspektrumantibiotika i.v.
- E. Beställa akuta tyreoidaprover (TSH och fritt T4)

Question #: 21

Den 23-åriga kvinnan med Graves' sjukdom som behandlades med betablockerare och tyreostatika tog akuta prover för blodstatus som visade en agranulocytos med LPK $0,4 \times 10^9$. Agranulocytos är en ovanlig biverkan till tyreostatika. Tyreostatika sattes ut och LPK normaliserades. Patientens tyreoidesjukdom behandlades med total tyroidektomi.

Dagen efter tyreoides-operationen får patienten domningar i händerna och runt munnen och muskelkramper i händerna.

Vilken är den sannolika orsaken till hennes nytillkomna symtom?

- A. Hyperkalcemi
- B. Hypotyreos
- C. Hypertyreos
- D. Hypokalemi
- ✓E. Hypokalcemi

Item ID: 2933 / 1

Question #: 22

Den 23-åriga kvinnan med Graves' sjukdom som behandlades med betablockerare och tyreostatika tog akuta prover för blodstatus som visade en agranulocytos med LPK $0,4 \times 10^9$. Agranulocytos är en ovanlig biverkan till tyreostatika. Tyreostatika sattes ut och LPK normaliserades. Patientens tyreoidesjukdom behandlades med total tyreidektomi.

Dagen efter tyreoides-operationen får patienten domningar i händerna och runt munnen och muskelkramper i händerna.

Du bedömde att hon fått en övergående postoperativ hypokalcemi (hypoparatyreoidism) som du behandlade med kalciumtabletter under 5 dagar. Hon skrevs ut från kirurgavdelningen med tablett levotyroxin $50 \mu\text{g} \times 1$. Hon tar inga andra läkemedel.

Sex månader senare söker hon för trötthet, frusenhet, trög mage och oregelbundna menstruationer.

Status:

AT: Ser trött ut, temp $36,7^\circ\text{C}$

Tyreoides: palperas utan anmärkning

Cor: Regelbunden rytm 55/min, inga biljud

Blodtryck: 120/80 mmHg

Lungor: utan anmärkning

Buk: utan anmärkning

Provsvär: (referensvärden inom parentes)

B-Hb 125 g/L (117-153)

P-glukos 5,5 mmol/L

P-TSH 12 mIU/L (0,24-4,2)

P-fritt T4 8 pmol/L (12-22)

Vilken åtgärd är nu mest lämplig?

- A. Öka dosen levotyroxin till $100 \mu\text{g} \times 1$ och ta nya tyreoidesprover om 6-8 veckor
- B. Minska dosen levotyroxin till $25 \mu\text{g} \times 1$ och ta nya prover om 6-8 veckor
- C. Behåll oförändrad dos levotyroxin och ta nya tyreoidesprover om 1 vecka
- D. Minska dosen levotyroxin till $25 \mu\text{g} \times 1$ och ta nya prover om 1 vecka
- E. Öka dosen levotyroxin till $100 \mu\text{g} \times 1$ och ta nya tyreoidesprover om 1 vecka

Item ID: 2934 / 1

Question #: 23

Den 23-åriga kvinnan med Graves' sjukdom som behandlades med betablockerare och tyreostatika tog akuta prover för blodstatus som visade en agranulocytos med LPK $0,4 \times 10^9$. Agranulocytos är en ovanlig biverkan till tyreostatika. Tyreostatika sattes ut och LPK normaliserades. Patientens tyreoidesjukdom behandlades med total tyreoidektomi.

Dagen efter tyreoides-operationen får patienten domningar i händerna och runt munnen och muskelkramper i händerna.

Du bedömde att hon fått en övergående postoperativ hypokalcemi (hypoparatyreoidism) som du behandlade med kalciumtabletter under 5 dagar. Hon skrevs ut från kirurgavdelningen med tablett levotyroxin $50 \mu\text{g} \times 1$. Hon tar inga andra läkemedel.

Sex månader senare söker hon för trötthet, frusenhet, trög mage och oregelbundna menstruationer.

Status:

AT: Ser trött ut, temp $36,7^\circ\text{C}$

Tyreoides: palperas utan anmärkning

Cor: Regelbunden rytm 55/min, inga biljud

Blodtryck: 120/80 mmHg

Lungor: utan anmärkning

Buk: utan anmärkning

Provsvär: (referensvärden inom parentes)

B-Hb 125 g/L (117-153)

P-glukos 5,5 mmol/L

P-TSH 12 mIU/L (0,24-4,2)

P-fritt T4 8 pmol/L (12-22)

Du höjer levotyroxin till $100 \mu\text{g} \times 1$. Två veckor senare var hon välmående och tyreoidesproverna var normaliserade efter sex veckor.

Tre år senare söker den nu 26-åriga kvinnan akut efter att ha svimmat. Hon har fortsatt behandling med levotyroxin $100 \mu\text{g} \times 1$ och har haft fina tyreoidesprover och mått bra de senaste åren. Sedan 3 månader har hon dock ökande besvär med trötthet, yrsel vid uppresning, aptitlöshet och viktnedgång 5 kg.

Status:

AT: Temp $36,7^\circ\text{C}$, längd 165 cm, vikt 50 kg, oväntat brun i huden för årstiden

Tyreoides: palperas utan anmärkning

Cor: Regelbunden rytm 55/min, inga biljud.

Blodtryck: 95/60 mmHg

Pulm: utan anmärkning

Buk: utan anmärkning

Provsvär: (referensvärden inom parentes)

B-Hb 135 g/L (117-153)

B-LPK $6,5 \cdot 10^9$ /L (3,5-8,8)

P-CRP 5 mg/L (<3)

P-Glukos 5,5 mmol/L

P-TSH 3,6 mIU/L (0,27-4,2)

P-fritt T4 15 pmol/L (12-22)

P-Na 131 mmol/L (137-145)

P-K 4,7 mmol/L (3,6-4,6)

P-Kreatinin 95 $\mu\text{mol/L}$ (45-90)

Vilken är den mest sannolika orsaken till hennes nytillkomna symtom?

- A. Bristande compliance till levotyroxin
- B. Depression
- ✓C. Addisons sjukdom
- D. Celiaki
- E. Anorexia nervosa

Item ID: 2935 / 1

Question #: 24

Du misstänker att den nu 26-åriga kvinnan med välsubstituerad hypotyreos efter tyreoidektomi har drabbats av en annan autoimmun endokrin sjukdom, Addisons sjukdom (primär binjurebarksinsufficiens), vilket lett till trötthet, viktnedgång, hyponatremi och lågt blodtryck med ortostatism.

Kompletterande provtagning med Synachten-test bekräftar en primär binjurebarksvikt. Hon har fått behandling med T. hydrokortison 10 mg x 2 och T. fludrokortison 0,10 mg x 1. Mår på detta mycket bättre och fick fortsätta med oförändrade doser av hydrokortison, fludrokortison och L-tyroxin.

Tre månader senare blir du kontaktad av kirurgjouren. Patienten har svåra buksmärter, kräkningar och feber (39,5°C). Man finner hög sannolikhet för en perforerad appendicit som man planerar att operera akut.

Vad bör du göra nu?

- A. Patienten kan opereras som vanligt och börja om igen med sina tabletter när magen är igång igen efter operationen.
- B. Behandla feber och infektion aggressivt med antibiotika och febernedsättande.
- C. Ge omedelbart i.v. levotyroxin 500 µg och och dropp med NaCl (0,9%).
- ✓D. Ge omedelbart hydrokortison 100 mg i.v. bolus och dropp med NaCl (0,9%).
- E. Kontrollera P-kortisol, TSH och fT4 och kontakta medicinbakjouren när provsvaren är klara.

Item ID: 2936 / 1

Question #: 25

Du träffar på din vårdcentral en 28 årig kvinna, ensamstående med ett barn på 10 månader som hon fortfarande ammar. Förlossningen gick bra, men hon var nedstämd under de första veckorna efteråt och hade svårt att komma i gång med amningen. De senaste månaderna har hon mått bra men sedan ca 3 veckor känner hon sig allt tröttare. Dessutom är hon mer känslig och irriterad och svänger i humöret, upplever lätt ångest, minskat intresse, energi och mindre motivation. Hon har inga suicidtankar och uppvisar inga psykotiska symtom. Symtomen kom ganska plötsligt vilket hon inte kunde förstå då det "inte hade hänt något särskilt" Hon har svårt att glädjas åt sitt barn vilket hon har skuld känslor för. Somatiskt påvisas inget anmärkningsvärt. Patienten säger att hon inte orkar längre och vill gärna ha någon form av behandling. Du bedömer att patientens tillstånd är ganska allvarligt och föreslår behandling med ett antidepressivum. Eftersom patienten fortfarande ammar ordinerar du sertralin i uppstrappande dos, ett farmaka som hon har behandlats med tidigare utan problem och med god och snabbt isättande effekt. Efter konsultation med psykiatrin framkommer att patienten kan behandlas med sertralin, utan risk för barnet. Patienten får ett återbesök om två veckor.

Vilken diagnos är mest sannolik?

- A. Posttraumatiskt stresstillstånd
- ✓B. Egentlig depression
- C. Paniksyndrom
- D. Akut stressyndrom
- E. Anpassningsstörning med blandad ångest och nedstämdhet

Item ID: 2937 / 1

Question #: 26

Du träffar på din vårdcentral en 28 årig kvinna, ensamstående med ett barn på 10 månader som hon fortfarande ammar. Förlossningen gick bra, men hon var nedstämd under de första veckorna efteråt och hade svårt att komma i gång med amningen. De senaste månaderna har hon mått bra men sedan ca 3 veckor känner hon sig allt tröttare. Dessutom är hon mer känslig och irriterad och svänger i humöret, upplever lätt ångest, minskat intresse, energi och mindre motivation. Hon har inga suicidtankar och uppvisar inga psykotiska symtom. Symtomen kom ganska plötsligt vilket hon inte kunde förstå då det "inte hade hänt något särskilt" Hon har svårt att glädjas åt sitt barn vilket hon har skuld känslor för. Somatiskt påvisas inget anmärkningsvärt.

Patienten säger att hon inte orkar längre och vill gärna ha någon form av behandling. Du bedömer att patientens tillstånd är ganska allvarligt och föreslår behandling med ett antidepressivum. Eftersom patienten fortfarande ammar ordinerar du sertralin i uppdräppande dos, ett farmaka som hon har behandlats med tidigare utan problem och med god och snabbt isättande effekt. Efter konsultation med psykiatrin framkommer att patienten kan behandlas med sertralin, utan risk för barnet. Patientens återbesök om två veckor.

Patienten fick diagnosen "egentlig depression" för två veckor sedan. Vid återbesöket konstaterar du att hon fortfarande uppfyller kriterierna för "egentlig depression", men att ytterligare symtom har tillkommit. Patientens tillstånd är fortfarande måttligt till svårt nedstämd, förefaller mer uppgiven, och har inga konstruktiva strategier för hur hon ska kunna må bättre. Sociala myndigheter har kopplats in för att stödja patienten att sköta sitt barn.

I status är hon fullt orienterad, ger en god emotionell kontakt, men uppträder forcerat, pratar mer än vanligt, är mer ångestfylld och verkar stressad, mer irriterad, affektlabil och uppvisar ökad psykomotorik. Sinnesstämningen svänger under samtalet. Hon förnekar tankar på suicid, men medger att suicidtankar har kommit av och till under den senaste veckan. Hon skulle dock inte kunna ta sitt liv av hänsyn till sin familj. Inget psykotiskt framkommer. Patientens återbesök om två veckor

Vilken åtgärd bör du göra i detta läge?

- A. Byta sertralin till ett venlafaxin
- ✓ B. Sätta ut sertralin
- C. Dubblera dosen sertralin
- D. Kombinera sertralin med diazepam
- E. Kombinera sertralin med mianserin

Question #: 27

Den 28-åriga kvinnan som behandlats för "egentlig depression" kommer tillbaka till dig två veckor efter att du satt ut sertralin. Utsättningen har haft en måttligt god effekt. Patientens stress, ångest, oro och agiterade affektlabila tillstånd har minskat. Även patientens depressiva symtom har nu blivit något mindre uttalade.

I samband med detta återbesök berättar patienten har haft två depressionsepisoder tidigare, vid 18 respektive 25 års ålder. Hon kommer ihåg att hon snabbt blev återställd och att hon avslutade behandlingen (SSRI, sertralin) redan efter tre veckor eftersom hon kände sig helt återställd.

Det som har förvånat henne är att sertralin-behandlingen vid 18 respektive 25 års ålder gjorde att hon blev fullt frisk redan efter ca 2-3 veckors behandling, "nästan för frisk". Hon kände sig stark, aktiv, positiv, mer pratsam än vanligt, "nästan överlycklig", och hon behövde bara några timmars sömn. Den tredje episoden, postpartum, gick i regress efter någon månads samtalsbehandling. Något farmakologiskt alternativ erbjöds inte då hon fick höra att "det var ytterst olämpligt i samband med amning". Hennes mor har berättat att hon hade haft liknande besvär i samband med sina graviditeter, besvären gick i regress utan farmakologisk behandling.

Vilken diagnos är nu mest sannolik?

- A. Bordeline-personlighet
- B. Schizofreni
- C. Egentlig depression
- D. Graviditetspsykos
- ✓E. Bipolärt syndrom

Item ID: 2939 / 1

Question #: 28

Den 28-åriga kvinnan som behandlats för "egentlig depression" kommer tillbaka till dig två veckor efter att du satt ut sertralin. Utsättningen har haft en måttligt god effekt. Patientens stress, ångest, oro och agiterade affektlabila tillstånd har minskat. Även patientens depressiva symtom har nu blivit något mindre uttalade.

I samband med detta återbesök berättar patienten har haft två depressionsepisoder tidigare, vid 18 respektive 25 års ålder. Hon kommer ihåg att hon snabbt blev återställd och att hon avslutade behandlingen (SSRI, sertralin) redan efter tre veckor eftersom hon kände sig helt återställd.

Det som har förvånat henne är att sertralin-behandlingen vid 18 respektive 25 års ålder gjorde att hon blev fullt frisk redan efter ca 2-3 veckors behandling, "nästan för frisk". Hon kände sig stark, aktiv, positiv, mer pratsam än vanligt, "nästan överlycklig", och hon behövde bara några timmars sömn. Den tredje episoden, postpartum, gick i regress efter någon månads samtalsbehandling. Något farmakologiskt alternativ erbjöds inte då hon fick höra att "det var ytterst olämpligt i samband med amning". Hennes mor har berättat att hon hade haft liknande besvär i samband med sina graviditeter, besvären gick i regress utan farmakologisk behandling.

Du bedömer att patienten har bipolärt syndrom, för närvarande i depressiv fas, baserat på en blandbild med både depressiva och hypomana symtom.

Efter samråd med psykiatrin läggs en ny farmakologisk behandlingsplan upp. Syftet med den nya behandlingen är dels att påverka depressionen, dels att åstadkomma en stabilisering av det svängande sjukdomsförloppet, samt att ta ställning till långtidsbehandling. Hon har dessutom valt att avsluta amningen.

Vilken läkemedelsbehandling är troligen mest framgångsrik?

- A. Lamotrigin
- ✓B. Litium
- C. Haloperidol
- D. Valproat
- E. Wellbutrin

Question #: 29

Patienten påbörjar behandling med litium och förbättras långsamt i sin depression. Efter ett år får hon ett återfall, denna gång ett maniskt skov med paranoida idéer. Det visar sig att hon på eget bevåg har satt ut litium.

Vilken akutbehandling är mest lämplig?

- ✓A. Olanzapin i kombination med alprazolam
- B. Haloperidol
- C. Undvik alla antipsykotika och behandla enbart med lugnande och sedativa till dess de maniska symtomen har försvunnit. Påbörja därefter litium profylax igen
- D. Karbamazepin
- E. Valproat i kombination med alprazolam

Item ID: 2941 / 1