

- 1 Lisa, 33 år, kommer till akutmottagningen på ett mindre sjukhus på grund av att vänster ben varit svullet de senaste tre dagarna. Hon kan inte minnas att hon slagit sig på benet, hon har inte gått ned i vikt och mår i övrigt bra. Hon röker ett paket cigaretter per dag, nyttjar inte alkohol, har ingen känd allergi. Du gör ett snabbt lokalstatus: Vänster ben är 4 cm tjockare än höger mätt både 10 cm nedanför och ovanför patella. Du noterar pittingödem på vaden, hon är palpationsöm längs kärlsträngen. Homans tecken är negativt.

Vad är bästa fortsatt handläggning nu?

Välj ett alternativ:

- Remiss för ultraljud av vänster ben ✓
- Remiss för flebografi av vänster ben
- Beställa en D-dimer
- B. Starta behandling med T. Warfarin tillsammans med lågmolekylärt heparin de första 5 dagarna
- Remiss för datortomografi av thorax

- 2 Lisa, 33 år, kommer till akutmottagningen på ett mindre sjukhus på grund av att vänster ben varit svullet de senaste tre dagarna. Hon kan inte minnas att hon slagit sig på benet, hon har inte gått ned i vikt och mår i övrigt bra. Hon röker ett paket cigaretter per dag, nyttjar inte alkohol, har ingen känd allergi. Du gör ett snabbt lokalstatus: Vänster ben är 4 cm tjockare än höger mätt både 10 cm nedanför och ovanför patella. Du noterar pittingödem på vaden, hon är palpationsöm längs kärlsträngen. Homans tecken är negativt. Du beställer ett ultraljud av vänster ben, som visar en hög djup ventrombos upp till mitten på låret. Du gör en utförlig statusundersökning inklusive palpation av mammae och ytliga lymfkörtlar, med normala fynd. Lisa berättar att hon för närvarande inte tar några p-piller, hennes menstruation har varit oregelbunden och sparsam. Hon tar inte heller några andra mediciner, har ingen känd allergi. Hon har två syskon och friska föräldrar, ingen i nära släkt har haft någon venös blodpropp före 50 års ålder. Är sambo, har en treårig dotter. Arbetar som hårfrisör. På din direkta fråga neget hon viktnedgång, nattsvetteningar och feber.

Vilken av följande utredningar kan i första hand påverka val av antikoagulationsbehandling hos denna patient?

Välj ett alternativ:

- Provtagning av kreatinin
- Provtagning av D-dimer
- Provtagning av u-HCG ✓
- Provtagning av B-Hb
- Datortomografi av thorax

- 3 Lisa, 33 år, kommer till akutmottagningen på ett mindre sjukhus på grund av att vänster ben varit svullet de senaste tre dagarna. Hon kan inte minnas att hon slagit sig på benet, hon har inte gått ned i vikt och mår i övrigt bra. Hon röker ett paket cigaretter per dag, nyttjar inte alkohol, har ingen känd allergi. Du gör ett snabbt lokalstatus: Vänster ben är 4 cm tjockare än höger mätt både 10 cm nedanför och ovanför patella. Du noterar pittingödem på vaden, hon är palpationsöm längs kärlsträngen. Homans tecken är negativt. Du beställer ett ultraljud av vänster ben, som visar en hög djup ventrombos upp till mitten på låret. Du gör en utförlig statusundersökning inklusive palpation av mammae och ytliga lymfkörtlar, med normala fynd. Lisa berättar att hon för närvarande inte tar några p-piller, hennes menstruation har varit oregelbunden och sparsam. Hon tar inte heller några andra mediciner, har ingen känd allergi. Hon har två syskon och friska föräldrar, ingen i nära släkt har haft någon venös blodpropp före 50 års ålder. Är sambo, har en treårig dotter. Arbetar som hårfrisör. På din direkta fråga negerar hon viktnedgång, nattsvettningar och feber. Du beställer ett u-HCG för att kontrollera om Lisa är gravid och i så fall skulle ha behövt behandlas med lågmolekylärt heparin. Provet var dock normalt, Lisa är inte gravid. Hon undrar dock varför hon har drabbats av denna venösa blodpropp, och frågar efter vidare utredning.

Vilken vidare utredning är mest rimlig?

Välj ett alternativ:

- Provtagning för trombofili ✓
- Provtagning av leverstatus samt remiss för ultraljud buk
- Remiss för mammografi
- Datortomografi av thorax
- Ingen vidare utredning behövs ✓

- 4 Lisa, 33 år, kommer till akutmottagningen på ett mindre sjukhus på grund av att vänster ben varit svullet de senaste tre dagarna. Hon kan inte minnas att hon slagit sig på benet, hon har inte gått ned i vikt och mår i övrigt bra. Hon röker ett paket cigaretter per dag, nyttjar inte alkohol, har ingen känd allergi.
- Du gör ett snabbt lokalstatus: Vänster ben är 4 cm tjockare än höger mätt både 10 cm nedanför och ovanför patella. Du noterar pittingödem på vaden, hon är palpationsöm längs kärlsträngen. Homans tecken är negativt. Du beställer ett ultraljud av vänster ben, som visar en hög djup ventrombos upp till mitten på låret. Du gör en utförlig statusundersökning inklusive palpation av mammae och ytliga lymfkörtlar, med normala fynd.
- Lisa berättar att hon för närvarande inte tar några p-piller, hennes menstruation har varit oregelbunden och sparsam. Hon tar inte heller några andra mediciner, har ingen känd allergi. Hon har två syskon och friska föräldrar, ingen i nära släkt har haft någon venös blodpropp före 50 års ålder. Är sambo, har en treårig dotter. Arbetar som hårfrisör. På din direkta fråga negerar hon viktnedgång, nattsvettningar och feber.
- Du beställer ett u-HCG för att kontrollera om Lisa är gravid och i så fall skulle ha behövt behandlas med lågmolekylärt heparin. Provet var dock normalt, Lisa är inte gravid. Hon undrar dock varför hon har drabbats av denna venösa blodpropp, och frågar efter vidare utredning.
- Då Lisa är relativt ung, så bestämmer du dig för att ta prover för att utesluta trombofili (provtagning av protein S, protein C, APC-resistens, protrombingenmutation, lupus antikoagulans samt kardiolipinantikroppar).
- Du behandlar Lisa med T. apixaban, 5 mg x 2 med högre dos initialt. Hon kommer nu till dig på återbesök efter tre månader. Din utredning avseende trombofili har visat att Lisa är heterozygot för APC-resistens, övriga prover var normala.
- Svullnaden i benet har blivit bättre med knähög kompressionsstrumpa, men hon har fortfarande 2 cm större omfång på vänster vad och lår jämfört med höger sida, en del pittingödem i vaden. Lisa tycker att detta är besvärande, och vill att du hjälper henne.

Vilken behandling av Lisas svullna ben är nu mest rimlig?

Välj ett alternativ:

- Lugnande besked, ingen åtgärd förutom fortsatt knähög kompressionsstrumpa ✔
- Byte av T. apixaban 5 mg x 2 mot Inj. dalteparin 200 E/Kg x 1 s.c.
- Inläggning på medicinavdelning för systemisk trombolys
- Remiss till universitetssjukhus för intravasal trombolys
- Remiss till kärlkirurg för bedömning och eventuell operation med klaffplastik

- 5 Lisa, 33 år, kommer till akutmottagningen på ett mindre sjukhus på grund av att vänster ben varit svullet de senaste tre dagarna. Hon kan inte minnas att hon slagit sig på benet, hon har inte gått ned i vikt och mår i övrigt bra. Hon röker ett paket cigaretter per dag, nyttjar inte alkohol, har ingen känd allergi.
- Du gör ett snabbt lokalstatus: Vänster ben är 4 cm tjockare än höger mätt både 10 cm nedanför och ovanför patella. Du noterar pittingödem på vaden, hon är palpationsöm längs kärlsträngen. Homans tecken är negativt. Du beställer ett ultraljud av vänster ben, som visar en hög djup ventrombos upp till mitten på låret. Du gör en utförlig statusundersökning inklusive palpation av mammae och ytliga lymfkörtlar, med normala fynd.
- Lisa berättar att hon för närvarande inte tar några p-piller, hennes menstruation har varit oregelbunden och sparsam. Hon tar inte heller några andra mediciner, har ingen känd allergi. Hon har två syskon och friska föräldrar, ingen i nära släkt har haft någon venös blodpropp före 50 års ålder. Är sambo, har en treårig dotter. Arbetar som hårfrisör. På din direkta fråga negerar hon viktnedgång, nattsvettningar och feber.
- Du beställer ett u-HCG för att kontrollera om Lisa är gravid och i så fall skulle ha behövt behandlas med lågmolekylärt heparin. Provet var dock normalt, Lisa är inte gravid. Hon undrar dock varför hon har drabbats av denna venösa blodpropp, och frågar efter vidare utredning.
- Då Lisa är relativt ung, så bestämmer du dig för att ta prover för att utesluta trombofili (provtagning av protein S, protein C, APC-resistens, protrombingenmutation, lupus antikoagulans samt kardiolipinantikroppar).
- Du behandlar Lisa med T. apixaban, 5 mg x 2 med högre dos initialt. Hon kommer nu till dig på återbesök efter tre månader. Din utredning avseende trombofili har visat att Lisa är heterozygot för APC-resistens, övriga prover var normala.
- Svullnaden i benet har blivit bättre med knähög kompressionsstrumpa, men hon har fortfarande 2 cm större omfång på vänster vad och lår jämfört med höger sida, en del pittingödem i vaden. Lisa tycker att detta är besvärande, och vill att du hjälper henne.
- Du berättar för Lisa att det tyvärr är ganska vanligt med posttrombotiska besvär i benet efter en hög djup ventrombos, men att hennes kompressionsstrumpa kan lindra besvären.
- Vid dagens återbesök, tre månader efter att hon fått sin djupa ventrombos ska ni komma överens om hur länge hon behöver behandlas med antikoagulantia. Detta baserat på anamnes, status och de utredningsresultat du har hunnit få.

Vilken behandlingstid med antikoagulantia bör du i första hand rekommendera Lisa?

Välj ett alternativ:

- 6 månader ✓
- 12 månader
- Behandling tills vidare
- 3 månader ✓
- 2 år

- 6 Margareta, 48 år, kommer till dig på Hälsocentralen på grund av huvudvärk på en halv-akut tid, du har 30 minuter avsatt för besöket.
- Det är första gången du träffar Margareta. Innan du tar in henne på mottagningsrummet hinner du titta igenom hennes journal och kan inte se annat än att hon är tidigare frisk. Hon har tidigare sökt vård vid några fåtal tillfällen, då har det rört sig om okomplicerade infektioner och enklare trauman.
- När du träffar Margareta möts du av en kvinna som är helt opåverkad. Margareta berättar att hon sedan cirka 2 dagar tillbaka besvärats av en ensidig, ilande huvudvärk. Hon brukar ha huvudvärk vid enstaka tillfällen men denna gång är det helt annorlunda, smärtan är mycket intensiv och dämpas inte av varken ibuprofen eller paracetamol. Margareta sätter själv symtomen i samband med ett besök hos tandläkaren.
- Veckan innan huvudvärken startade hade Margareta besökt sin tandläkare på grund av tandvärk, besöket där slutade med extraktion av en tand i överkäken. Efter bara någon dag var tandvärken borta men nu sedan 2 dagar har plötsligt denna huvudvärk/ansiktssmärta kommit. Margareta har aldrig upplevt liknande smärta. Margareta beskriver en sekundkort intensiv ansiktssmärta som återkommer upp till 10 ggr/dygn, det är enbart höger sida som är drabbad. Margareta berättar vidare att hon upplever att attackerna ibland provocerats fram då hon tuggat eller borstat tänderna. Hon vill inte att du palperar höger sida av ansiktet av rädsla för att utlösa besvären.

Vilken diagnos är mest sannolik?

Välj ett alternativ:

- Maxillarsinuit
- Trigeminusneuralgi
- Hortons huvudvärk
- Facialisneuralgi
- Temporalisartit



- 7 *Margareta, 48 år, kommer till dig på Hälsocentralen på grund av huvudvärk på en halv-akut tid, du har 30 minuter avsatt för besöket.*
Det är första gången du träffar Margareta. Innan du tar in henne på mottagningsrummet hinner du titta igenom hennes journal och kan inte se annat än att hon är tidigare frisk. Hon har tidigare sökt vård vid några fåtal tillfällen, då har det rört sig om okomplicerade infektioner och enklare trauman.
När du träffar Margareta möts du av en kvinna som är helt opåverkad. Margareta berättar att hon sedan cirka 2 dagar tillbaka besvärats av en ensidig, ilande huvudvärk. Hon brukar ha huvudvärk vid enstaka tillfällen men denna gång är det helt annorlunda, smärtan är mycket intensiv och dämpas inte av varken ibuprofen eller paracetamol. Margareta sätter själv symtomen i samband med ett besök hos tandläkaren.
Veckan innan huvudvärken startade hade Margareta besökt sin tandläkare på grund av tandvärk, besöket där slutade med extraktion av en tand i överkäken. Efter bara någon dag var tandvärken borta men nu sedan 2 dagar har plötsligt denna huvudvärk/ansiktssmärta kommit. Margareta har aldrig upplevt liknande smärta. Margareta beskriver en sekundkort intensiv ansiktssmärta som återkommer upp till 10 ggr/dygn, det är enbart höger sida som är drabbad. Margareta berättar vidare att hon upplever att attackerna ibland provocerats fram då hon tuggat eller borstat tänderna. Hon vill inte att du palperar höger sida av ansiktet av rädsla för att utlösa besvären.
Efter en noggrann undersökning kommer du fram till att Margareta sannolikt har drabbats av trigeminusneuralgi.

Vilka statusfynd stämmer bäst med diagnosen trigeminusneuralgi?

Välj ett alternativ:

- Mer uttalade pulsationer över a. temporalis på den påverkade ansiktshalvan
- Inga säkra avvikande fynd ✓
- Nedsatt motorisk funktion inom det påverkade området
- Generell ökad smärtkänslighet inom det påverkade området
- Motorisk hyperreaktivitet inom det påverkade området

- 8** *Margareta, 48 år, kommer till dig på Hälsocentralen på grund av huvudvärk på en halv-akut tid, du har 30 minuter avsatt för besöket.*
Det är första gången du träffar Margareta. Innan du tar in henne på mottagningsrummet hinner du titta igenom hennes journal och kan inte se annat än att hon är tidigare frisk. Hon har tidigare sökt vård vid några fåtal tillfällen, då har det rört sig om okomplicerade infektioner och enklare trauman.
När du träffar Margareta möts du av en kvinna som är helt opåverkad. Margareta berättar att hon sedan cirka 2 dagar tillbaka besvärats av en ensidig, ilande huvudvärk. Hon brukar ha huvudvärk vid enstaka tillfällen men denna gång är det helt annorlunda, smärtan är mycket intensiv och dämpas inte av varken ibuprofen eller paracetamol. Margareta sätter själv symtomen i samband med ett besök hos tandläkaren.
Veckan innan huvudvärken startade hade Margareta besökt sin tandläkare på grund av tandvärk, besöket där slutade med extraktion av en tand i överkäken. Efter bara någon dag var tandvärken borta men nu sedan 2 dagar har plötsligt denna huvudvärk/ansiktssmärta kommit. Margareta har aldrig upplevt liknande smärta.
Margareta beskriver en sekundkort intensiv ansiktssmärta som återkommer upp till 10 ggr/dygn, det är enbart höger sida som är drabbad. Margareta berättar vidare att hon upplever att attackerna ibland provocerats fram då hon tuggat eller borstat tänderna. Hon vill inte att du palperar höger sida av ansiktet av rädsla för att utlösa besvären.
Efter en noggrann undersökning kommer du fram till att Margareta sannolikt har drabbats av trigeminusneuralgi.
I status finner du inga säkra avvikande fynd. Du vet att man ofta kan hitta triggerzoner men hos Margareta kan du inte hitta några sådana.
Margareta är i stort behov av behandling.

Vilket av följande preparat rekommenderas i första hand vid nyttillkommen besvärande trigeminusneuralgi?

Välj ett alternativ:

- Ibuprofen
- Morfin
- Karbamazepin
- Paracetamol
- Kortison



9 *Margareta, 48 år, kommer till dig på Hälsocentralen på grund av huvudvärk på en halv-akut tid, du har 30 minuter avsatt för besöket.*

Det är första gången du träffar Margareta. Innan du tar in henne på mottagningsrummet hinner du titta igenom hennes journal och kan inte se annat än att hon är tidigare frisk. Hon har tidigare sökt vård vid några fåtal tillfällen, då har det rört sig om okomplicerade infektioner och enklare trauman.

När du träffar Margareta möts du av en kvinna som är helt opåverkad. Margareta berättar att hon sedan cirka 2 dagar tillbaka besvärats av en ensidig, ilande huvudvärk. Hon brukar ha huvudvärk vid enstaka tillfällen men denna gång är det helt annorlunda, smärtan är mycket intensiv och dämpas inte av varken ibuprofen eller paracetamol. Margareta sätter själv symtomen i samband med ett besök hos tandläkaren.

Veckan innan huvudvärken startade hade Margareta besökt sin tandläkare på grund av tandvärk, besöket där slutade med extraktion av en tand i överkäken. Efter bara någon dag var tandvärken borta men nu sedan 2 dagar har plötsligt denna huvudvärk/ansiktssmärta kommit. Margareta har aldrig upplevt liknande smärta.

Margareta beskriver en sekundkort intensiv ansiktssmärta som återkommer upp till 10 ggr/dygn, det är enbart höger sida som är drabbad. Margareta berättar vidare att hon upplever att attackerna ibland provocerats fram då hon tuggat eller borstat tänderna. Hon vill inte att du palperar höger sida av ansiktet av rädsla för att utlösa besvären.

Efter en noggrann undersökning kommer du fram till att Margareta sannolikt har drabbats av trigeminusneuralgi.

I status finner du inga säkra avvikande fynd. Du vet att man ofta kan hitta triggerzoner men hos Margareta kan du inte hitta några sådana.

Margareta är i stort behov av behandling.

Du behandlar Margareta med karbamazepin mot nervsmärta och bokar återbesökstid redan om 2 dagar för att följa upp hennes besvär.

När du träffar Margareta 2 dagar senare är hon helt smärfri, hon upplever att karbamazepin fungerade toppen. Hon är visserligen lite trött men det kan hon acceptera bara hon slipper den hemska värken hon hade.

Margareta berättar vidare att hon igår besökt en kiropraktor för att se om det var någon nerv som kommit i kläm, kanske kiropraktorn kunde "knäcka till" besvären? Margareta berättar vidare att kiropraktorn knäckte upp låsningar i nacken och ländrygg. Vad som nu förbryllar Margareta är det susande ljudet i höger öra och en dov smärta över halsen, besvären började efter besöket hos kiropraktorn. Du lägger stetoskopet på Margaretas hals och hör ett blåsljud på höger sida, låter normalt på vänster sida.

Vilken komplikation har mest troligt uppstått efter besöket hos kiropraktorn?

Välj ett alternativ:

- Karotisdissektion
- Cervikal spondylolistes
- Cervikalt diskbråck
- Cervikal spinalstenos
- Vertibralisdissektion



- 10** *Margareta, 48 år, kommer till dig på Hälsocentralen på grund av huvudvärk på en halv-akut tid, du har 30 minuter avsatt för besöket.*
Det är första gången du träffar Margareta. Innan du tar in henne på mottagningsrummet hinner du titta igenom hennes journal och kan inte se annat än att hon är tidigare frisk. Hon har tidigare sökt vård vid några fåtal tillfällen, då har det rört sig om okomplicerade infektioner och enklare trauman.
När du träffar Margareta möts du av en kvinna som är helt opåverkad. Margareta berättar att hon sedan cirka 2 dagar tillbaka besvärats av en ensidig, ilande huvudvärk. Hon brukar ha huvudvärk vid enstaka tillfällen men denna gång är det helt annorlunda, smärtan är mycket intensiv och dämpas inte av varken ibuprofen eller paracetamol. Margareta sätter själv symtomen i samband med ett besök hos tandläkaren.
Veckan innan huvudvärken startade hade Margareta besökt sin tandläkare på grund av tandvärk, besöket där slutade med extraktion av en tand i överkäken. Efter bara någon dag var tandvärken borta men nu sedan 2 dagar har plötsligt denna huvudvärk/ansiktssmärta kommit. Margareta har aldrig upplevt liknande smärta. Margareta beskriver en sekundkort intensiv ansiktssmärta som återkommer upp till 10 ggr/dygn, det är enbart höger sida som är drabbad. Margareta berättar vidare att hon upplever att attackerna ibland provocerats fram då hon tuggat eller borstat tänderna. Hon vill inte att du palperar höger sida av ansiktet av rädsla för att utlösa besvären.
Efter en noggrann undersökning kommer du fram till att Margareta sannolikt har drabbats av trigeminusneuralgi.
I status finner du inga säkra avvikande fynd. Du vet att man ofta kan hitta triggerzoner men hos Margareta kan du inte hitta några sådana.
Margareta är i stort behov av behandling.
Du behandlar Margareta med karbamazepin mot nervsmärta och bokar återbesökstid redan om 2 dagar för att följa upp hennes besvär.
När du träffar Margareta 2 dagar senare är hon helt smärtfri, hon upplever att karbamazepin fungerade toppen. Hon är visserligen lite trött men det kan hon acceptera bara hon slipper den hemska värken hon hade.
Margareta berättar vidare att hon igår besökt en kiropraktor för att se om det var någon nerv som kommit i kläm, kanske kiropraktorn kunde "knäcka till" besvären? Margareta berättar vidare att kiropraktorn knäckte upp låsningar i nacken och ländrygg. Vad som nu förbryllar Margareta är det susande ljudet i höger öra och en dov smärta över halsen, besvären började efter besöket hos kiropraktorn. Du lägger stetoskopet på Margaretas hals och hör ett blåsljud på höger sida, låter normalt på vänster sida.
 Du misstänker att Margareta har drabbats av en karotidisdissektion.

Vad är bästa handläggning nu?

Välj ett alternativ:

- Remiss carotisangiografi inom 1 vecka
- Remiss för ultraljud av a. carotis inom 1 vecka
- Akutremiss till sjukhus ✓
- Säkerställer att blodtrycket ligger under 140/90 mmHg sätter in patienten på T. klopidogrel 75 mg x 1 och ordnar med återbesök inom 1 vecka
- Remiss för magnetresonanstomografi nacke inom 1 vecka

- 16 Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadielärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktninskning genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.

Vilken diagnos är mest trolig?

Välj ett alternativ:

- Tumörsjukdom
- Hepatit-infektion
- Addisons sjukdom
- Mb Gilbert
- Gallsten i duktus koledokus



- 17 Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktninskning genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.

Vilken utredning är rimligast i detta akuta skede för att verifiera din arbetsdiagnos?

Välj ett alternativ:

- CRP och SR samt Hepatit-virusserologi
- Magnetresonanstomografi av lever och gallvägar samt leverstatus (bilirubin, ASAT, ALAT, ALP)
- Gastroskopi samt leverstatus (bilirubin, ASAT, ALAT, ALP)
- P-ACTH och S-kortisol samt ett synaktentest
- Ultraljud av lever och gallvägar samt leverstatus (bilirubin, ASAT, ALAT, ALP) ✓

- 18** Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus. Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas. Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 µmol/L (referens <26). Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks.

Vilka två principiellt olika metoder är bäst för att avlasta gallvägarna?

Välj ett alternativ:

- ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) och MRCP (magnetresonans-kolangio-pankreatikografi)
- PTC (perkutan transhepatisk kolangiografi) och ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) ✓
- MRCP (magnetresonans-kolangio-pankreatikografi) och EUS (endoskopiskt ultraljud)
- PTC (perkutan transhepatisk kolangiografi) och EUS (endoskopiskt ultraljud)
- EUS (endoskopiskt ultraljud) och MRCP (magnetresonans-kolangio-pankreatikografi)

- 19 Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktninskning genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.
- Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 $\mu\text{mol/L}$ (referens <26).
- Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa.

Vilken vanlig komplikation till ERCP har mest troligt tillstött?

Välj ett alternativ:

- Perforation av duktus koledokus
- Allergisk reaktion på stentmaterialet
- Kolangit
- Akut leversvikt
- Tunntarmsperforation



- 20** *Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.*
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.*
- Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 µmol/L (referens <26).*
- Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa. Johan utvecklar en kolangit efter ERCP-ingreppet och behandling med antibiotika initieras, vilket leder till att febern snabbt försvinner. Avlastningen av gallvägarna är lyckad, och redan efter en vecka är bilirubinnivån nere på 50 µmol/L (referens < 26).*
- Efter två dagar inläggande på kirurgavdelningen genomförs en datortomografi thorax/buk. På denna undersökning kan man se en stor expansivitet i pankreashuvudet och flertalet metastasmisstänkta förändringar i totalt tre leversegment. Detta inger misstanke om metastaserad pankreascancer.*

Hur bör man i Johans fall gå vidare för att få en definitiv diagnos?

Välj ett alternativ:

- ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) med borstcytologi
- EUS (endoskopiskt ultraljud)
- Ultraljudsledd biopsi av en levermetastas ✓
- Datortomografiledd biopsi av primärtumören
- MRCP (magnetresonans-kolangio-pankreatikografi)

- 21** *Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.*
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.*
- Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 µmol/L (referens <26).*
- Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa. Johan utvecklar en kolangit efter ERCP-ingreppet och behandling med antibiotika initieras, vilket leder till att febern snabbt försvinner. Avlastningen av gallvägarna är lyckad, och redan efter en vecka är bilirubinnivån nere på 50 µmol/L (referens < 26).*
- Efter två dagar inläggande på kirurgavdelningen genomförs en datortomografi thorax/buk. På denna undersökning kan man se en stor expansivitet i pankreashuvudet och flertalet metastasmissstänkta förändringar i totalt tre leversegment. Detta inger misstanke om metastaserad pankreascancer.*
- Efter ultraljudsledd biopsiering av en av levermetastaserna kan diagnosen medelhögt differentierat duktalt adenocarcinom fastställas. I rollen som avdelningsläkare träffar du nu Johan tillsammans med sin fru och ger diagnosbesked. Johan frågar under samtalet hur prognosen ser ut. Han vill att du är ärlig och berättar vad medelöverlevnaden är för patienter som diagnostiseras med metastaserad pankreascancer.*

Vilken information om Johans prognos är mest rimlig?

Välj ett alternativ:

- Att prognosen är mycket god och att han kan förvänta sig att leva ett långt liv och dö av andra orsaker än sin cancersjukdom
- Att prognosen är god och att medelöverlevnaden är längre än 10 år
- Att prognosen är mycket dålig, och att medelöverlevnaden är mindre än en månad
- Att prognosen är dålig, och att medelöverlevnaden är 6 månader ✓
- Att prognosen inte är så bra men att medelöverlevnaden är 3-5 år

- 22** Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadielärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.
- Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 $\mu\text{mol/L}$ (referens <26).
- Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa. Johan utvecklar en kolangit efter ERCP-ingreppet och behandling med antibiotika initieras, vilket leder till att febern snabbt försvinner. Avlastningen av gallvägarna är lyckad, och redan efter en vecka är bilirubinnivån nere på 50 $\mu\text{mol/L}$ (referens < 26).
- Efter två dagar inläggande på kirurgavdelningen genomförs en datortomografi thorax/buk. På denna undersökning kan man se en stor expansivitet i pankreashuvudet och flertalet metastasmissstänkta förändringar i totalt tre leversegment. Detta inger misstanke om metastaserad pankreascancer.
- Efter ultraljudsledd biopsiering av en av levermetastaserna kan diagnosen medelhögt differentierat duktalt adenocarcinom fastställas. I rollen som avdelningsläkare träffar du nu Johan tillsammans med sin fru och ger diagnosbesked. Johan frågar under samtalen hur prognosen ser ut. Han vill att du är ärlig och berättar vad medelöverlevnaden är för patienter som diagnostiseras med metastaserad pankreascancer.
- Du berättar för Johan att prognosen är dålig, och att medelöverlevnaden är cirka 6 månader. Johan undrar nu om det finns någon livsförlängande behandling som är lämplig för honom.

Vilket svar till Johan om behandlingsalternativ är mest korrekt?

Välj ett alternativ:

- Att en kombination av kirurgi och cytostatikabehandling kan övervägas
- Att cytostatikabehandling kan övervägas
- Att inga effektiva behandlingsalternativ finns
- Att immunoterapi kan övervägas
- Att kirurgisk resektion av primärtumören kan övervägas

- 23** Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas. Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 $\mu\text{mol/L}$ (referens <26). Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa. Johan utvecklar en kolangit efter ERCP-ingreppet och behandling med antibiotika initieras, vilket leder till att febern snabbt försvinner. Avlastningen av gallvägarna är lyckad, och redan efter en vecka är bilirubinnivån nere på 50 $\mu\text{mol/L}$ (referens < 26). Efter två dagar inläggande på kirurgavdelningen genomförs en datortomografi thorax/buk. På denna undersökning kan man se en stor expansivitet i pankreashuvudet och flertalet metastasmissstänkta förändringar i totalt tre leversegment. Detta inger misstanke om metastaserad pankreascancer. Efter ultraljudsledd biopsiering av en av levermetastaserna kan diagnosen medelhögt differentierat duktalt adenocarcinom fastställas. I rollen som avdelningsläkare träffar du nu Johan tillsammans med sin fru och ger diagnosbesked. Johan frågar under samtalen hur prognosen ser ut. Han vill att du är ärlig och berättar vad medelöverlevnaden är för patienter som diagnostiseras med metastaserad pankreascancer. Du berättar för Johan att prognosen är dålig, och att medelöverlevnaden är cirka 6 månader. Johan undrar nu om det finns någon livsförlängande behandling som är lämplig för honom. Du berättar för Johan att det finns behandling att ge som kan förlänga överlevnaden upp till ett år, och att denna behandling bygger på en kombination av olika cytostatikum. Johan remitteras till onkologkliniken för ställningstagande till palliativ cytostatikabehandling. Då Johan är vid gott allmäntillstånd och har en fungerande avlastning av gallvägarna bedöms han vara kandidat för Folfirinox (en behandlingsregim som består av en kombination av flertalet cytostatikum). Åtta dagar efter den första behandlingen insjuknar Johan med feber över 39 grader och frossa. Då Johan blivit uppmanad att åka in akut vid hög feber gör han detta. Du jobbar även denna kväll som jour på akuten och tar emot honom på akuten.

Vilken diagnos är mest sannolik?

Välj ett alternativ:

- Pneumoni
- Influensa
- Febril neutropeni
- Urinvägsinfektion
- Tumörlyssyndrom

- 24** Du jobbar denna kväll som jour på akuten vid ett regionsjukhus. Du träffar Johan, en 66-årig mellanstadie lärare, som kommer akut då hans fru på morgonen noterat att hans ögonvitor är gula. När du träffar Johan så rör han sig obehindrat och går utan besvär till undersökningsrummet. Du ser direkt en gulaktig ton i huden och kraftigt gula ögonvitor. Johan uppger att han de senaste dagarna även har besvärats av en irriterande klåda i huden, och att han har noterat att avföringen varit ljus och urinen varit mycket mörk. De senaste månaderna har han gått ner i vikt, detta utan att aktivt ha försökt uppnå viktnedgång genom ökad motion eller att lägga om kosten. Han har även av och till känt ett lättare illamående. Han har själv tänkt att orsaken till viktnedgången är den stressiga arbetssituationen som råder på den skola där han arbetar. Johan har inte varit utomlands det senaste året och har inte haft någon feber eller uppvisat några andra infektionstecken. Han har aldrig känt någon smärta. För övrigt är han frisk och helt medicinfri. Han har i stort sett aldrig uppsökt sjukvården under hela sitt liv, och förutom en appendicit i ungdomen har han aldrig blivit opererad eller legat inne på sjukhus.
- Du misstänker i detta fall en "tyst" (smärtfri) ikterus där en tumör i antingen lever/gallvägar eller pankreas trycker på gallvägarna och orsakar gallstas.
- Den initiala utredningen med ultraljudsundersökning av lever och gallvägar visar en 3 cm stor tumör i pankreashuvudet som trycker på duktus koledokus och ger upphov till en stasikterus. Bilirubinvärdet uppmäts till 250 µmol/L (referens <26).
- Invasiva åtgärder måste nu vidtas för att avlasta Johans gallvägar så att en leversviktsutveckling undviks. Johan genomgår en lyckad ERCP (endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi) där en stent placeras i det trånga området av duktus koledokus. Cirka ett halvt dygn efter ingreppet får Johan hög feber och frossa. Johan utvecklar en kolangit efter ERCP-ingreppet och behandling med antibiotika initieras, vilket leder till att febern snabbt försvinner. Avlastningen av gallvägarna är lyckad, och redan efter en vecka är bilirubinnivån nere på 50 µmol/L (referens < 26).
- Efter två dagar inläggande på kirurgavdelningen genomförs en datortomografi thorax/buk. På denna undersökning kan man se en stor expansivitet i pankreashuvudet och flertalet metastasmissstänkta förändringar i totalt tre leversegment. Detta inger misstanke om metastaserad pankreascancer.
- Efter ultraljudsledd biopsiering av en av levermetastaserna kan diagnosen medelhögt differentierat duktalt adenocarcinom fastställas. I rollen som avdelningsläkare träffar du nu Johan tillsammans med sin fru och ger diagnosbesked. Johan frågar under samtalet hur prognosen ser ut. Han vill att du är ärlig och berättar vad medelöverlevnaden är för patienter som diagnostiseras med metastaserad pankreascancer.
- Du berättar för Johan att prognosen är dålig, och att medelöverlevnaden är cirka 6 månader. Johan undrar nu om det finns någon livsförlängande behandling som är lämplig för honom.
- Du berättar för Johan att det finns behandling att ge som kan förlänga överlevnaden upp till ett år, och att denna behandling bygger på en kombination av olika cytostatikum.
- Johan remitteras till onkologkliniken för ställningstagande till palliativ cytostatikabehandling. Då Johan är vid gott allmäntillstånd och har en fungerande avlastning av gallvägarna bedöms han vara kandidat för Folfirinox (en behandlingsregim som består av en kombination av flertalet cytostatikum). Åtta dagar efter den första behandlingen insjuknar Johan med feber över 39 grader och frossa. Då Johan blivit uppmanad att åka in akut vid hög feber gör han detta. Du jobbar även denna kväll som jour på akuten och tar emot honom på akuten. Med tanke på att Johan fått cytostatikabehandling för drygt en vecka sedan finns det stor risk att han är neutropen. Du misstänker därför neutropen feber.

Vilken handläggning är bäst?

Välj ett alternativ:

- Skicka hem patienten med peroral antibiotika. Boka ett återbesök om en vecka.
- Lägga in patienten. Beställa urin- och blododling. Ordinerar intravenös bredspektrumantibiotika. Ordinerar transfusion av neutrofiler.
- Kontakta intensivvårdsjouren som får ta över handläggningen av patienten
- Lägga in patienten. Beställa urin- och blododling. Ordinerar febernedsättande. Invänta odlings svar innan antibiotika ordineras.
- Lägga in patienten. Beställa urin- och blododling. Ordinerar intravenös bredspektrumantibiotika. ✓

- 25** Du arbetar som underläkare på psykiatrimottagningen och ska bedöma en 45-årig man som söker hjälp för sömnsvårigheter och energibrist, mer eller mindre dittvingad av sin hustru som medföljer. Patienten har en känd bipolär sjukdom typ I, som de senaste 6 åren har behandlats med T. aripiprazol, 10 mg/dag. Behandlingen får ses som ett alternativ till andra stämningsstabiliserare. Han har fram till för cirka 1,5 månader sedan inte haft några kliniskt signifikanta depressiva eller maniska episoder. Han upplever nu en alltmer uttalad apati och känsla av meningslöshet, och är sjukskriven för detta via hälsocentralen. Han har stora sömnsvårigheter, har gått ner 8 kg i vikt, är självkritiskt ältande och känner en markant hopplöshet. En klart ökad konsumtion av alkohol har skett under de senaste veckorna. Patienten säger att "det finns nog inget som kan hjälpa mig nu". Patientens hustru berättar att han i unga år försökt ta sitt liv genom en överdos av citalopram vid två tillfällen, men inte behövt inläggande vård vid något av tillfällena. Under den senaste veckan har hustrun känt sig tvungen att hålla ett extra öga på patienten, mest för att han inte äter ordentligt, och att han har uttryckt vaga självmordstankar. Sedvanlig somatisk-neurologisk undersökning visar inget särskilt avvikande, möjligen har patienten någon form av tics-liknande rörelser i ansiktet, som kanske beror på patientens spända tillstånd. Du bedömer att patienten är i ett akut behov av vård men du är osäker på om patienten kommer att följa dina ordinationer; aripiprazol, zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov. Du föreslår därför inläggning vilket tyvärr inte patienten accepterar initialt. Med hustruns stöd så accepterar han ändå inläggning, och önskar då el-behandling (ECT), eftersom han "aldrig haft någon nytta av antidepressiva".

Du lägger in patienten, ordinerar extra tillsyn och ECT-behandling.

Förutom ECT, vilken behandlingsstrategi är nu bäst?

Välj ett alternativ:

- Patienten fortsätter behandlingen med aripiprazol, därutöver ordinerar zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov ✓
- Han uppvisar inga psykotiska symtom varför du sätter ut aripiprazol. Du ordinerar istället ett väl beprövat TCA preparat, amitryptilin, som även får tjäna som stämningsstabiliserare efter avslutad el-behandling
- Aripiprazol ersätts med ett antidepressivt läkemedel, fluoxetin, som har en likartad farmakologisk profil som aripiprazol
- Du ersätter aripiprazol med olanzapin för att minska risken för ett maniskt omslag under el-behandlingen
- Patienten får göra ett tillfälligt uppehåll med aripiprazol på grund av interaktionsrisk med ECT

26 Du arbetar som underläkare på psykiatrimottagningen och ska bedöma en 45-årig man som söker hjälp för sömnsvårigheter och energibrist, mer eller mindre dittvingad av sin hustru som medföljer. Patienten har en känd bipolär sjukdom typ I, som de senaste 6 åren har behandlats med T. aripiprazol, 10 mg/dag. Behandlingen får ses som ett alternativ till andra stämningsstabiliserare. Han har fram till för cirka 1,5 månader sedan inte haft några kliniskt signifikanta depressiva eller maniska episoder. Han upplever nu en alltmer uttalad apati och känsla av meningslöshet, och är sjukskriven för detta via hälsocentralen. Han har stora sömnsvårigheter, har gått ner 8 kg i vikt, är självkritiskt ältande och känner en markant hopplöshet. En klart ökad konsumtion av alkohol har skett under de senaste veckorna. Patienten säger att "det finns nog inget som kan hjälpa mig nu". Patientens hustru berättar att han i unga år försökt ta sitt liv genom en överdos av citalopram vid två tillfällen, men inte behövt inläggande vård vid något av tillfällena. Under den senaste veckan har hustrun känt sig tvungen att hålla ett extra öga på patienten, mest för att han inte äter ordentligt, och att han har uttryckt vaga självmordstankar.

Sedvanlig somatisk-neurologisk undersökning visar inget särskilt avvikande, möjligen har patienten någon form av tics-liknande rörelser i ansiktet, som kanske beror på patientens spända tillstånd. Du bedömer att patienten är i ett akut behov av vård men du är osäker på om patienten kommer att följa dina ordinationer; aripiprazol, zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov. Du föreslår därför inläggning vilket tyvärr inte patienten accepterar initialt. Med hustruns stöd så accepterar han ändå inläggning, och önskar då el-behandling (ECT), eftersom han "aldrig haft någon nytta av antidepressiva".


Du lägger in patienten, ordinerar extra tillsyn och ECT-behandling.

Du lägger in patienten på frivillig basis. Efter 4 veckors vårdtid och 9 el-behandlingar, med oförändrad aripiprazolbehandling, är patienten väsentligen återställd. Två frågor penetrerades särskilt under vårdtiden. Aripiprazol har använts som stämningsstabiliserare under många år, och det framkommer inget som visar att patienten har behandlats med det mer beprövade profylaktiska läkemedlet litium tidigare. Det andra handlade om patientens tics-liknande symtom, som dock är mindre uttalade efter el-behandlingen. Vid nästa återbesök ska båda frågorna tas upp.

Litium anses av de flesta vara förstahandsvalet som profylax vid de flesta bipolära tillstånd. Under det senaste decenniet har dock så kallade atypiska eller andragenerationens antipsykotika ansetts vara fullgoda alternativ. Oavsett val av profylaktisk behandling så finns biverkningar som ofta leder till non-compliance genom att patienten väljer att avsluta behandlingen, ta lägre dos än ordinerat eller endast ta medicinen vid behov. I överenskommelse med behandlande läkare kan vissa "avvikelser" i behandlingen tillåtas då patienten ändå utvecklar egna strategier som passar dem.

Vilken av följande förändringar vid medicinering av litium i profylaktiskt syfte, kan accepteras, eftersom de inte påverkar uppkomsten av kliniskt signifikanta depressiva eller maniska skov?

Välj ett alternativ:

- Patienter med alkoholberoende och bipolär sjukdom typ I, bör om patienten så önskar, göra uppehåll med litium under perioder av återfall i alkoholmissbruk på grund av risken för allvarliga biverkningar
- Patienter med bipolär sjukdom typ II kan tillåtas ta lägre dos litium i jämförelse med patienter med bipolär sjukdom typ I
- Patienter med bipolär sjukdom typ II kan tillåtas ta ordinarie dos litium under de dagar de arbetar, och halvera dosen tillfälligt när de är lediga, till exempel under helgdagar
- Patienter med bipolär sjukdom typ I eller II kan tillåtas ändra de normala tiderna för intag av litium, 1¹ 08.00 respektive 20.00, och ta hela dygnsdosen kl. 20.00 istället 
- Patienter med bipolär sjukdom typ I kan tillåtas att själva ansvara för dosjustering av litium, uppåt eller nedåt, utifrån grad av upplevd känslomässig dämpning, men med högst 25 % avvikelse i förhållande till den ordinerade aktuella dosen

- 27** Du arbetar som underläkare på psykiatrimottagningen och ska bedöma en 45-årig man som söker hjälp för sömnsvårigheter och energibrist, mer eller mindre dittvingad av sin hustru som medföljer. Patienten har en känd bipolär sjukdom typ I, som de senaste 6 åren har behandlats med T. aripiprazol, 10 mg/dag. Behandlingen får ses som ett alternativ till andra stämningsstabiliserare. Han har fram till för cirka 1,5 månader sedan inte haft några kliniskt signifikanta depressiva eller maniska episoder. Han upplever nu en alltmer uttalad apati och känsla av meningslöshet, och är sjukskriven för detta via hälsocentralen. Han har stora sömnsvårigheter, har gått ner 8 kg i vikt, är självkritiskt ältande och känner en markant hopplöshet. En klart ökad konsumtion av alkohol har skett under de senaste veckorna. Patienten säger att "det finns nog inget som kan hjälpa mig nu". Patientens hustru berättar att han i unga år försökt ta sitt liv genom en överdos av citalopram vid två tillfällen, men inte behövt inläggande vård vid något av tillfällena. Under den senaste veckan har hustrun känt sig tvungen att hålla ett extra öga på patienten, mest för att han inte äter ordentligt, och att han har uttryckt vaga självmordstankar. Sedvanlig somatisk-neurologisk undersökning visar inget särskilt avvikande, möjligen har patienten någon form av tics-liknande rörelser i ansiktet, som kanske beror på patientens spända tillstånd. Du bedömer att patienten är i ett akut behov av vård men du är osäker på om patienten kommer att följa dina ordinationer; aripiprazol, zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov. Du föreslår därför inläggning vilket tyvärr inte patienten accepterar initialt. Med hustruns stöd så accepterar han ändå inläggning, och önskar då el-behandling (ECT), eftersom han "aldrig haft någon nytta av antidepressiva". Du lägger in patienten, ordinerar extra tillsyn och ECT-behandling. Du lägger in patienten på frivillig basis. Efter 4 veckors vårdtid och 9 el-behandlingar, med oförändrad aripiprazolbehandling, är patienten väsentligen återställd. Två frågor penetrerades särskilt under vårdtiden. Aripiprazol har använts som stämningsstabiliserare under många år, och det framkommer inget som visar att patienten har behandlats med det mer beprövade profylaktiska läkemedlet litium tidigare. Det andra handlade om patientens tics-liknande symtom, som dock är mindre uttalade efter el-behandlingen. Vid nästa återbesök ska båda frågorna tas upp. Litium anses av de flesta vara förstahandsvalet som profylax vid de flesta bipolära tillstånd. Under det senaste decenniet har dock så kallade atypiska eller andragenerationens antipsykotika ansetts vara fullgoda alternativ. Oavsett val av profylaktisk behandling så finns biverkningar som ofta leder till non-compliance genom att patienten väljer att avsluta behandlingen, ta lägre dos än ordinerat eller endast ta medicinen vid behov. I överenskommelse med behandlande läkare kan vissa "avvikelser" i behandlingen tillåtas då patienten ändå utvecklar egna strategier som passar dem. Vid patientens återbesök en månad efter utskrivning från avdelningen uppvisar patienten en god känslomässig stabilitet och är i princip återställd. Patientens nuvarande behandling är T. aripiprazol 10 mg/dag, T. zopiklon 7,5 mg till natten samt T. hydroxizin vid behov. Patienten har varit nykter sedan utskrivningen. Frågor om litium och de tics-liknande rörelserna tas upp med makarna tillsammans. Patientens hustru har sedan något år noterat att han fått ofrivilliga rörelser i läpparna och tungan, något som patienten inte verkar vara medveten om. Däremot har patienten märkt att benen ibland "rör sig på egen hand" när han sitter vid sitt skrivbord. Du misstänker att patienten har utvecklat en tardiv dyskinesi och/eller ett läkemedelsinducerat extrapyramidalt syndrom som en följd av den antipsykotiska behandlingen.

Vilken åtgärd bör genomföras först för att utreda patientens rörelsestörning?

Välj ett alternativ:

- Du ordinerar en ökning av T. aripiprazol till 20 mg/dag och ber patienten notera om frekvens och utbredning har ökat eller minskat till nästa besök
- Du ber hustrun föra dagbok och notera rörelsernas frekvens och utbredning, och meddela dig vid nästa besök
- Du vill veta hur ofta rörelserna uppträder, och ber patienten att notera detta till nästa besök
- Du ordinerar T. biperiden (antikolinergika) och ber patienten notera om rörelsernas frekvens och utbredning har ökat eller minskat till nästa besök

Vid dagens besök kompletterar du undersökningen med stöd av skattningsskalan AIMS (Abnormal

- Involuntary Movement Scale), och gör också en bedömning av patienten i vila och "utan hans vetskap", till exempel i väntrummet

- 28** Du arbetar som underläkare på psykiatrimottagningen och ska bedöma en 45-årig man som söker hjälp för sömnsvårigheter och energibrist, mer eller mindre dittvingad av sin hustru som medföljer. Patienten har en känd bipolär sjukdom typ I, som de senaste 6 åren har behandlats med T. aripiprazol, 10 mg/dag. Behandlingen får ses som ett alternativ till andra stämningsstabiliserare. Han har fram till för cirka 1,5 månader

sedan inte haft några kliniskt signifikanta depressiva eller maniska episoder.

Han upplever nu en alltmer uttalad apati och känsla av meningslöshet, och är sjukskriven för detta via hälsocentralen. Han har stora sömnsvårigheter, har gått ner 8 kg i vikt, är självkritiskt ältande och känner en markant hopplöshet. En klart ökad konsumtion av alkohol har skett under de senaste veckorna. Patienten säger att "det finns nog inget som kan hjälpa mig nu". Patientens hustru berättar att han i unga år försökt ta sitt liv genom en överdos av citalopram vid två tillfällen, men inte behövt inläggande vård vid något av tillfällena. Under den senaste veckan har hustrun känt sig tvungen att hålla ett extra öga på patienten, mest för att han inte äter ordentligt, och att han har uttryckt vaga självmordstankar.

Sedvanlig somatisk-neurologisk undersökning visar inget särskilt avvikande, möjligen har patienten någon form av tics-liknande rörelser i ansiktet, som kanske beror på patientens spända tillstånd. Du bedömer att patienten är i ett akut behov av vård men du är osäker på om patienten kommer att följa dina ordinationer; aripiprazol, zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov. Du föreslår därför inläggning vilket tyvärr inte patienten accepterar initialt. Med hustruns stöd så accepterar han ändå inläggning, och önskar då el-behandling (ECT), eftersom han "aldrig haft någon nytta av antidepressiva".

Du lägger in patienten, ordinerar extra tillsyn och ECT-behandling.

Du lägger in patienten på frivillig basis. Efter 4 veckors vårdtid och 9 el-behandlingar, med oförändrad aripiprazolbehandling, är patienten väsentligen återställd. Två frågor penetrerades särskilt under vårdtiden. Aripiprazol har använts som stämningsstabiliserare under många år, och det framkommer inget som visar att patienten har behandlats med det mer beprövade profylaktiska läkemedlet litium tidigare. Det andra handlade om patientens tics-liknande symtom, som dock är mindre uttalade efter el-behandlingen. Vid nästa återbesök ska båda frågorna tas upp.

Litium anses av de flesta vara förstahandsvalet som profylax vid de flesta bipolära tillstånd. Under det senaste decenniet har dock så kallade atypiska eller andragenerationens antipsykotika ansetts vara fullgoda alternativ. Oavsett val av profylaktisk behandling så finns biverkningar som ofta leder till non-compliance genom att patienten väljer att avsluta behandlingen, ta lägre dos än ordinerat eller endast ta medicinen vid behov. I överenskommelse med behandlande läkare kan vissa "avvikelser" i behandlingen tillåtas då patienten ändå utvecklar egna strategier som passar dem.

Vid patientens återbesök en månad efter utskrivning från avdelningen uppvisar patienten en god känslomässig stabilitet och är i princip återställd. Patientens nuvarande behandling är T. aripiprazol 10 mg/dag, T. zopiklon 7,5 mg till natten samt T. hydroxizin vid behov. Patienten har varit nykter sedan utskrivningen. Frågor om litium och de tics-liknande rörelserna tas upp med makarna tillsammans.

Patientens hustru har sedan något år noterat att han fått ofrivilliga rörelser i läpparna och tungan, något som patienten inte verkar vara medveten om. Däremot har patienten märkt att benen ibland "rör sig på egen hand" när han sitter vid sitt skrivbord. Du misstänker att patienten har utvecklat en tardiv dyskinesi och/eller ett läkemedelsinducerat extrapyramidalt syndrom som en följd av den antipsykotiska behandlingen.

Du väljer att undersöka patienten grundligt då du misstänker tardiv dyskinesi eller någon annan form av rörelsestörning. Patienten har ingen hereditet för någon neurologisk sjukdom och anamnestiskt eller statusmässigt finns inget som tyder på intrakraniell process. I neurologiskt status finns en lätt ökad rigiditet och ett något förlångsammare rörelsemönster. Du kompletterar undersökningen med stöd av skattningsskalan AIMS, dels i syfte att lokalisera rörelserna, dels för att få en uppfattning av omfattningen, samt patientens insikt. Du konstaterar att patienten har ofrivilliga rörelser i ansikte, kring munnen, i extremiteterna och i bålen, samt att patienten i allt väsentligt har bristande insikt om rörelsestörningarna. Utifrån anamnes, med 6 års behandling med ett antipsykotiska, är diagnosen tardiv dyskinesi den mest sannolika. Du tvekar angående fortsatt behandling med aripiprazol men då patienten har fungerat bra på aripiprazol så väljer du att tillfälligt minska dosen till T. aripiprazol 7,5 mg/dag.

Vid uppföljning 2 månader senare har rörelserna dock ökat i frekvens. Vidare finns indikationer på att patienten har uppträtt mer irriterat och upplevs hetsig i humöret, delvis tappat sin sömnrhythm och tar mindre hänsyn till sina närmaste. Det bekräftas i psykiskt status, där irritabilitet, viss agitation, och paranoid beredskap är tydligt framträdande.

Patienten har alltså försämrats både rörelsemässigt och psykiskt, vilket, med tanke på grundsjukdomen, bör leda till en ny omedelbar förändring av behandlingsstrategi.

Hur bör du handlägga patienten nu?

Välj ett alternativ:

- Kombinera oförändrad dos aripiprazol med SSRI, utvärderas vid uppföljning veckovis. Långsam nedtrappning av aripiprazol, i första hand till 5 mg/dag.
- Uppföljning veckovis med långsam nedtrappning av aripiprazol, i första hand till 5 mg/dag.
- Kombinera aripiprazol med ett annat antipsykotika, till exempel haloperidol under 1–2 månader, uppföljning veckovis, så småningom nedtrappning och utsättning av aripiprazol.
- Aripiprazol avslutas omedelbart. Ersätts med valproinsyra i upptrappande dos (1200–1800 mg/dag), i kombination med biperiden. Uppföljning veckovis, med upptrappning av valproinsyra.
- Insättning av litium, kombinerat med tillfällig ökning av aripiprazol under 1–2 månader, uppföljning veckovis, så småningom nedtrappning och utsättning av aripiprazol. ✓

- 29** *Du arbetar som underläkare på psykiatrimottagningen och ska bedöma en 45-årig man som söker hjälp för sömnsvårigheter och energibrist, mer eller mindre dittvingad av sin hustru som medföljer. Patienten har en känd bipolär sjukdom typ I, som de senaste 6 åren har behandlats med T. aripiprazol, 10 mg/dag. Behandlingen får ses som ett alternativ till andra stämningsstabiliserare. Han har fram till för cirka 1,5 månader sedan inte haft några kliniskt signifikanta depressiva eller maniska episoder. Han upplever nu en alltmer uttalad apati och känsla av meningslöshet, och är sjukskriven för detta via hälsocentralen. Han har stora sömnsvårigheter, har gått ner 8 kg i vikt, är självkritiskt ältande och känner en markant hopplöshet. En klart ökad konsumtion av alkohol har skett under de senaste veckorna. Patienten säger att "det finns nog inget som kan hjälpa mig nu". Patientens hustru berättar att han i unga år försökt ta sitt liv genom en överdos av citalopram vid två tillfällen, men inte behövt inläggande vård vid något av tillfällena. Under den senaste veckan har hustrun känt sig tvungen att hålla ett extra öga på patienten, mest för att han inte äter ordentligt, och att han har uttryckt vaga självmordstankar. Sedvanlig somatisk-neurologisk undersökning visar inget särskilt avvikande, möjligen har patienten någon form av tics-liknande rörelser i ansiktet, som kanske beror på patientens spända tillstånd. Du bedömer att patienten är i ett akut behov av vård men du är osäker på om patienten kommer att följa dina ordinationer; aripiprazol, zopiklon, disulfiram samt hydroxizin vid behov. Du föreslår därför inläggning vilket tyvärr inte patienten accepterar initialt. Med hustruns stöd så accepterar han ändå inläggning, och önskar då el-behandling (ECT), eftersom han "aldrig haft någon nytta av antidepressiva". Du lägger in patienten, ordinerar extra tillsyn och ECT-behandling. Du lägger in patienten på frivillig basis. Efter 4 veckors vårdtid och 9 el-behandlingar, med oförändrad aripiprazolbehandling, är patienten väsentligen återställd. Två frågor penetrerades särskilt under vårdtiden. Aripiprazol har använts som stämningsstabiliserare under många år, och det framkommer inget som visar att patienten har behandlats med det mer beprövade profylaktiska läkemedlet litium tidigare. Det andra handlade om patientens tics-liknande symtom, som dock är mindre uttalade efter el-behandlingen. Vid nästa återbesök ska båda frågorna tas upp. Litium anses av de flesta vara förstahandsvalet som profylax vid de flesta bipolära tillstånd. Under det senaste decenniet har dock så kallade atypiska eller andragenerationens antipsykotika ansetts vara fullgoda alternativ. Oavsett val av profylaktisk behandling så finns biverkningar som ofta leder till non-compliance genom att patienten väljer att avsluta behandlingen, ta lägre dos än ordinerat eller endast ta medicinen vid behov. I överenskommelse med behandlande läkare kan vissa "avvikelser" i behandlingen tillåtas då patienten ändå utvecklar egna strategier som passar dem. Vid patientens återbesök en månad efter utskrivning från avdelningen uppvisar patienten en god känslomässig stabilitet och är i princip återställd. Patientens nuvarande behandling är T. aripiprazol 10 mg/dag, T. zopiklon 7,5 mg till natten samt T. hydroxizin vid behov. Patienten har varit nykter sedan utskrivningen. Frågor om litium och de tics-liknande rörelserna tas upp med makarna tillsammans. Patientens hustru har sedan något år noterat att han fått ofrivilliga rörelser i läpparna och tungan, något som patienten inte verkar vara medveten om. Däremot har patienten märkt att benen ibland "rör sig på egen hand" när han sitter vid sitt skrivbord. Du misstänker att patienten har utvecklat en tardiv dyskinesi och/eller ett läkemedelsinducerat extrapyramidalt syndrom som en följd av den antipsykotiska behandlingen. Du väljer att undersöka patienten grundligt då du misstänker tardiv dyskinesi eller någon annan form av rörelsestörning. Patienten har ingen hereditet för någon neurologisk sjukdom och anamnestiskt eller statusmässigt finns inget som tyder på intrakraniell process. I neurologiskt status finns en lätt ökad rigiditet och ett något förlångsamt rörelsemönster. Du kompletterar undersökningen med stöd av skattningsskalan AIMS, dels i syfte att lokalisera rörelserna, dels för att få en uppfattning av omfattningen, samt patientens insikt. Du konstaterar att patienten har ofrivilliga rörelser i ansikte, kring munnen, i extremiteterna och i bålen, samt att patienten i allt väsentligt har bristande insikt om rörelsestörningarna. Utifrån anamnes, med 6 års behandling med ett antipsykotiska, är diagnosen tardiv dyskinesi den mest sannolika. Du tvekar angående fortsatt*

behandling med aripiprazol men då patienten har fungerat bra på aripiprazol så väljer du att tillfälligt minska dosen till T. aripiprazol 7,5 mg/dag.

Vid uppföljning 2 månader senare har rörelserna dock ökat i frekvens. Vidare finns indikationer på att patienten har uppträtt mer irriterat och upplevs hetsig i humöret, delvis tappat sin sömnrhythm och tar mindre hänsyn till sina närmaste. Det bekräftas i psykisk status, där irritabilitet, viss agitation, och paranoid beredskap är tydligt framträdande.

Patienten har alltså försämrats både rörelsemässigt och psykiskt, vilket, med tanke på grundsjukdomen, bör leda till en ny omedelbar förändring av behandlingsstrategi.

Rörelsestörningarna ökade, som förväntat, men patientens psykiska tillstånd försämrades, vilket i detta läge måste ha högsta prioritet och föranleda förändrad behandling. Patienten hade inte haft litium tidigare varför det blev ett tillfälle att, förutom att påbörja behandling av patientens annalkande maniska skov, även ersätta aripiprazol med litium som ny stämningsstabiliserare. En tillfällig ökning av aripiprazol gavs i första hand för att motverka en eventuell mani, men också för att dämpa rörelsestörningarna. När patienten sedermera följdes upp veckovis med successiv ökning av litium och nedtrappning av aripiprazol, så visade det sig att patienten återfick sin psykiska stabilitet, och vid den senaste uppföljningen efter 1 år, kunde inga ofrivilliga rörelser påvisas.

I vissa situationer är det avgörande att läkaren kan skilja mellan tardiv dyskinesi och läkemedelsinducerad parkinsonism, och även vara beredd på att båda tillstånden kan föreligga samtidigt.

Vilket av följande påståenden är mest FELAKTIGT?

Välj ett alternativ:

- Behandling av extrapyramidala symtom med ett antikolinergika i syfte att minska läkemedelsinducerade rörelsestörningar minskar inte risken för framtida tardiva dyskinesier
- Antikolinerga läkemedel förbättrar rörelsestörningarna vid läkemedelsinducerad parkinsonism
- Rörelsestörningar vid tardiv dyskinesi minskar vid behandling med antikolinerga läkemedel, men effekten avtar snabbt på grund av toleransutveckling ✓
- Antikolinerga läkemedel förvärrar rörelsestörningarna vid tardiv dyskinesi
- Akuta symtom av extrapyramidal typ vid behandling med dopaminantagonist ökar den framtida risken för att utveckla tardiv dyskinesi