

## Delprov 2 Kliniska case

---

### Question #: 1

Sven är en 63-årig rökande men tidigare frisk man, som arbetar som lärare i engelska. Han kommer till dig på hälsocentralen då han upplever att minnet har blivit sämre. Det finns inga tecken på depression, neurologiskt status är utan avvikelser. MMT (mini mental test) visade 22 poäng och ett Klockritningstest utfördes:

### Rita en klocka som visar tio över elva

Använd urtavlan som du ser längre ned på sidan.

Skriv din namnteckning på den streckade linjen längst ned på sidan, då klockan är färdigritad.



Hur bör fyndet på MMT och Klockritningstestet tolkas?

- A. Fyndet på både MMT och Klockritningstest talar för fortsatt demensutredning
  - B. Både MMT och Klockritningstest uppvisar normala fynd men fortsatt demensutredning bör ändå ske
  - C. MMT visar helt normalt fynd, men Klockritningstestet är onormalt och talar ensamt för fortsatt demensutredning
  - D. Klockritningstestet visar helt normalt fynd, men MMT fyndet ensamt talar för fortsatt demensutredning
  - E. Både MMT och Klockritningstest uppvisar normala fynd så demensutredningen kan avslutas
-

## Question #: 2

Sven är en 63-årig rökande men tidigare frisk man, som arbetar som lärare i engelska. Han kommer till dig på hälsocentralen då han upplever att minnet har blivit sämre. Det finns inga tecken på depression, neurologiskt status är utan avvikelser. MMT (mini mental test) visade 22 poäng och ett Klockritningstest utfördes som talar för fortsatt demensutredning.

I journalen framgår att mannen genomgick en datortomografi av hjärnan för 2 månader sedan med normalt utfall.

Vad bör vara första åtgärd för att identifiera behandlingsbara orsaker till minnesproblemen?

- A. Fördjupad neuropsykologisk testning
  - ✓B. Blodprovstagnning
  - C. 24-timmars EKG
  - D. Arbetsterapeutbedömning i hemmet
  - E. Scintigrafisk blodflödesmätning av hjärnan (CBF)
-

### Question #: 3

*Sven är en 63-årig rökande men tidigare frisk man, som arbetar som lärare i engelska. Han kommer till dig på hälsocentralen då han upplever att minnet har blivit sämre. Det finns inga tecken på depression, neurologiskt status är utan avvikelser. MMT (mini mental test) visade 22 poäng och ett Klockritningstest utfördes som talar för fortsatt demensutredning. I journalen framgår att mannen genomgick en datortomografi av hjärnan för 2 månader sedan med normalt utfall.*

Blodprover togs och visade inga avvikelser. Anamnesen som Sven lämnar är något bristfällig och med Svens tillåtelse samtalar du med hans fru Maria för att komplettera uppgifterna.

Vid en anhörigintervju i samband med en basal demensutredning, vilken av nedanstående frågeställningar är viktigast ur diagnostisk synvinkel?

- A. Social situation
  - B. Högsta utbildningsnivå
  - C. Tidigare skalltrauma
  - ✓D. Debut och progress
  - E. Om han fötts för tidigt
-

**Question #: 4**

*Sven är en 63-årig rökande men tidigare frisk man, som arbetar som lärare i engelska. Han kommer till dig på hälsocentralen då han upplever att minnet har blivit sämre. Det finns inga tecken på depression, neurologiskt status är utan avvikelser. MMT (mini mental test) visade 22 poäng och ett Klockritningstest utfördes som talar för fortsatt demensutredning. I journalen framgår att mannen genomgick en datortomografi av hjärnan för 2 månader sedan med normalt utfall. Blodprover togs och visade inga avvikelser.*

Vid anhörigintervju framkommer att minnesproblemen debuterat relativt hastigt för ~3 månader sedan och varit på ungefär samma nivå.

Vilken av nedanstående åtgärder är lämpligast nu?

- A. Remiss till neuropsykolog för körkortsbedömning
  - B. Lumbalpunktion med bestämning av neurofilament och Csf-ACE
  - C. Rekommendation att äta ett hälsokostpreparat som innehåller Ginkgo-Biloba
  - ✓D. Remiss till geriatrisk specialistklinik för fortsatt minnesutredning
  - E. Behandling med memantin
-

## Question #: 5

Sven är en 63-årig rökande man, tidigare frisk, som arbetar som engelskalärare. Han kommer till dig på hälsocentralen då han upplever att minnet har blivit sämre. Det finns inga tecken på depression, neurologiskt status är utan avvikelser. MMT (mini mental test) visade 22 poäng och ett Klockritningstest utfördes som talar för fortsatt demensutredning. I journalen framgår att mannen genomgick en datortomografi av hjärnan för 2 månader sedan med normalt utfall. Blodprover togs och visade inga avvikelser.

Vid anhörigintervju framkommer att minnesproblemen debuterat relativt hastigt för ~3 månader sedan och varit på ungefär samma nivå.

Remiss utfärdades till geriatrisk specialistklinik där utredningen visar stark hereditet för Alzheimers sjukdom, inget alkoholmissbruk. Magnetresonansundersökning av hjärna, lumbalpunktion och neuropsykologbedömning talar för Alzheimers sjukdom. Vid fördjupad anamnes bland anhöriga visar det sig att Sven och hustrun flyttade isär för två år sedan och sedan dess har de inte haft så mycket kontakt. Ett av barnen berättar att insjuknandet började långsamt för 6–12 månader sedan och att det sedan tilltagit. Man fastslår därför att Sven har en demens av Alzheimertyp i tidig fas.

Vilken åtgärd är nu lämpligast?

- A. Behandling med både NMDA-blockerare och acetylkolinesterashämmare som startas samtidigt
  - B. Ingen läkemedelsbehandling men ett nytt mottagningsbesök på specialistklinik om 6 månader för uppföljning av eventuell progress
  - C. Vaccination med antikroppar mot beta-amyloid
  - D. Behandling med NMDA-blockerare
  - ✓E. Behandling med acetylkolinesterashämmare
-

## Question #: 6

Adam, en ensamstående 32-årig man utan barn, kommer motvilligt tillsammans med sin mor till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Modern, som arbetar som sjuksköterska i primärvården, berättar att Adam har varit helt frisk och välfungerande. Sedan ungdomsåren har han alltid varit lite tillbakadragen och ängslig, men han har alltid haft några bra kompisrelationer. Han har vad hon vet aldrig tagit droger, inte gjort något brottsligt och alltid varit försiktig med alkohol.

För knappt ett år sedan började Adam förändras, han började oroa sig för att han skulle förlora sitt jobb som lastbilschaufför. Några månader senare fick han svåra sömnproblem och han var ofta uppe och vandrade planlöst på nätterna. Han blev avskedad från jobbet för cirka 5 månader sedan och hade då uttryckt att jobbet var för stressigt. Adam började då röka marijuana 1–2 gånger per vecka, något som han aldrig gjort tidigare. Under de senaste två månaderna har symtomen eskalerat, med rastlöshet, oro och ångest. Modern berättar att Adam har tejpats papper över fönstren i lägenheten, går sällan ut och vid flera tillfällen, har hon förstått att han tyckts tala med sig själv. Tillfrågad om detta sa Adam att grannarna spionerade på honom och att han kunde höra att de pratade om honom, även när han var utanför lägenheten.

Adam är orienterad till tid, rum, person och situation, är förhållandevis sammanhållen, spänd, lätt agiterad, irritabel och misstänksam. Bejakar hörselhallucinos. Sinnesstämningen är neutral och suicidtankar negeras.

Adam menar att modern inte förstår honom och vidhåller att han inte är psykiskt sjuk, bara stressad och trött. Adam vill åka hem och undrar om det finns några mediciner för ”sömn och stressen”.

Vilken diagnos är mest sannolik?

- A. Substansinducerad psykos
  - B. Posttraumatiskt stresstillstånd (PTSD) med dissociativa symtom
  - C. Generaliserat ångestillstånd (GAD)
  - ✓D. Schizofreniformt syndrom
  - E. Egentlig depression med psykotiska symtom
-

## Question #: 7

Adam, en ensamstående 32-årig man utan barn, kommer motvilligt tillsammans med sin mor till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Modern, som arbetar som sjuksköterska i primärvården, berättar att Adam har varit helt frisk och välfungerande. Sedan ungdomsåren har han alltid varit lite tillbakadragen och ängslig, men han har alltid haft några bra kompisrelationer. Han har vad hon vet aldrig tagit droger, inte gjort något brottsligt och alltid varit försiktig med alkohol.

För knappt ett år sedan började Adam förändras, han började oroa sig för att han skulle förlora sitt jobb som lastbilschaufför. Några månader senare fick han svåra sömnproblem och han var ofta uppe och vandrade planlöst på nätterna. Han blev avskedad från jobbet för cirka 5 månader sedan och hade då uttryckt att jobbet var för stressigt. Adam började då röka marijuana 1–2 gånger per vecka, något som han aldrig gjort tidigare. Under de senaste två månaderna har symtomen eskalerat, med rastlöshet, oro och ångest. Modern berättar att Adam har tejpats papper över fönstren i lägenheten, går sällan ut och vid flera tillfällen, har hon förstått att han tyckts tala med sig själv. Tillfrågad om detta sa Adam att grannarna spionerade på honom och att han kunde höra att de pratade om honom, även när han var utanför lägenheten.

Adam är orienterad till tid, rum, person och situation, är förhållandevis sammanhållen, spänd, lätt agiterad, irriterad och misstänksam. Bejakar hörselhallucinos. Sinnesstämningen är neutral och suicidtankar neget. Adam menar att modern inte förstår honom och vidhåller att han inte är psykiskt sjuk, bara stressad och trött. Adam vill åka hem och undrar om det finns några mediciner för "sönnen och stressen".

Du konstaterar att det med största sannolikhet rör sig om ett schizofreniformt syndrom, med typisk schizofren symptomatologi men av för kort duration (cirka 2-4 månader) för att uppfylla kriterierna för diagnosen schizofreni. Patienten motsätter sig inläggning och du bedömer att det inte finns tillräcklig grund för inläggning enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Du lyckas däremot övertala patienten att ta emot farmakologisk behandling (antipsykotika), följt av ett återbesök inom ett par veckor. Modern, som har viss erfarenhet av antipsykotika, vill att du väljer ett preparat med den minsta risken för tardiva dyskinesier och viktuppgång.

Vilket av följande läkemedel är bästa första val av antipsykotika för denna patient?

- A. Quetiapin
  - B. Olanzapin
  - C. Risperidon
  - D. Haloperidol
  - ✓E. Aripiprazol
-

## Question #: 8

Adam, en ensamstående 32-årig man utan barn, kommer motvilligt tillsammans med sin mor till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Modern, som arbetar som sjuksköterska i primärvården, berättar att Adam har varit helt frisk och välfungerande. Sedan ungdomsåren har han alltid varit lite tillbakadragen och ängslig, men han har alltid haft några bra kompisrelationer. Han har vad hon vet aldrig tagit droger, inte gjort något brottsligt och alltid varit försiktig med alkohol.

För knappt ett år sedan började Adam förändras, han började oroa sig för att han skulle förlora sitt jobb som lastbilschaufför. Några månader senare fick han svåra sömnproblem och han var ofta uppe och vandrade planlöst på nätterna. Han blev avskedad från jobbet för cirka 5 månader sedan och hade då uttryckt att jobbet var för stressigt. Adam började då röka marijuana 1–2 gånger per vecka, något som han aldrig gjort tidigare. Under de senaste två månaderna har symtomen eskalerat, med rastlöshet, oro och ångest. Modern berättar att Adam har tejpats papper över fönstren i lägenheten, går sällan ut och vid flera tillfällen, har hon förstått att han tyckts tala med sig själv. Tillfrågad om detta sa Adam att grannarna spionerade på honom och att han kunde höra att de pratade om honom, även när han var utanför lägenheten.

Adam är orienterad till tid, rum, person och situation, är förhållandevis sammanhållen, spänd, lätt agiterad, irriterad och misstänksam. Bejakar hörselhallucinos. Sinnesstämningen är neutral och suicidtankar neget. Adam menar att modern inte förstår honom och vidhåller att han inte är psykiskt sjuk, bara stressad och trött. Adam vill åka hem och undrar om det finns några mediciner för "sönnen och stressen".

Du konstaterar att det med största sannolikhet rör sig om ett schizofreniformt syndrom, med typisk schizofren symptomatologi men av för kort duration (cirka 2-4 månader) för att uppfylla kriterierna för diagnosen schizofreni. Patienten motsätter sig inläggning och du bedömer att det inte finns tillräcklig grund för inläggning enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Du lyckas däremot övertala patienten att ta emot farmakologisk behandling (antipsykotika), följt av ett återbesök inom ett par veckor. Modern, som har viss erfarenhet av antipsykotika, vill att du väljer ett preparat med den minsta risken för tardiva dyskinesier och viktuppgång.

Du väljer därför T. aripipazol som ordineras i låg initial dos (5 mg/dag), och som titreras veckovis till måldos (15 mg/dag). Patienten uteblir från återbesöket. Modern ringer upp efter fyra veckor.

Särskilt under den senaste veckan har Adam blivit sämre, går inte längre ut dagtid, sover lite, äter och dricker knappt och promenerar runt i stan flera timmar varje natt. Alltmer irriterad på grannarna. Han har vid flera tillfällen sagt att "han ska en gång för alla göra slut på dem". Modern tror sig veta att det finns ett jaktvapen i huset. Du antar att han inte har skött medicineringen.

Vad är bästa handläggning nu?

- A. Då han upplevs hotfull, så gör du en anmälan till polismyndigheten om att patienten inte kan betros med skjutvapen
  - B. Du agerar snabbt på grund av den något hotfulla situationen, och kallar därför patienten till din mottagning redan nästa dag
  - C. Öka dosen enligt plan, ordinera T. zopiklon 7,5 mg till natten för sömnen, och be modern dela medicinen
  - D. Eftersom patienten bor 4 mil utanför stan, så tar du telefonkontakt med närmaste hälsocentral och ber dem kalla patienten för undersökning så snart som möjligt
  - ✓E. Ordna med säker transport (polistransport) till psykiatriska mottagningen för bedömning
-



### Question #: 9

Adam, en ensamstående 32-årig man utan barn, kommer motvilligt tillsammans med sin mor till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Modern, som arbetar som sjuksköterska i primärvården, berättar att Adam har varit helt frisk och välfungerande. Sedan ungdomsåren har han alltid varit lite tillbakadragen och ängslig, men han har alltid haft några bra kompisrelationer. Han har vad hon vet aldrig tagit droger, inte gjort något brottsligt och alltid varit försiktig med alkohol.

För knappt ett år sedan började Adam förändras, han började oroa sig för att han skulle förlora sitt jobb som lastbilschaufför. Några månader senare fick han svåra sömnproblem och han var ofta uppe och vandrade planlöst på nätterna. Han blev avskedad från jobbet för cirka 5 månader sedan och hade då uttryckt att jobbet var för stressigt. Adam började då röka marijuana 1–2 gånger per vecka, något som han aldrig gjort tidigare. Under de senaste två månaderna har symtomen eskalerat, med rastlöshet, oro och ångest. Modern berättar att Adam har tejpats papper över fönstren i lägenheten, går sällan ut och vid flera tillfällen, har hon förstått att han tyckts tala med sig själv. Tillfrågad om detta sa Adam att grannarna spionerade på honom och att han kunde höra att de pratade om honom, även när han var utanför lägenheten.

Adam är orienterad till tid, rum, person och situation, är förhållandevis sammanhållen, spänd, lätt agiterad, irriterad och misstänksam. Bejaker hörselhallucinos. Sinnesstämningen är neutral och suicidtankar negeras. Adam menar att modern inte förstår honom och vidhåller att han inte är psykiskt sjuk, bara stressad och trött. Adam vill åka hem och undrar om det finns några mediciner för "sönnen och stressen".

Du konstaterar att det med största sannolikhet rör sig om ett schizofreniformt syndrom, med typisk schizofren symptomatologi men av för kort duration (cirka 2-4 månader) för att uppfylla kriterierna för diagnosen schizofreni. Patienten motsätter sig inläggning och du bedömer att det inte finns tillräcklig grund för inläggning enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Du lyckas däremot övertala patienten att ta emot farmakologisk behandling (antipsykotika), följt av ett återbesök inom ett par veckor. Modern, som har viss erfarenhet av antipsykotika, vill att du väljer ett preparat med den minsta risken för tardiva dyskinesier och viktuppgång.

Du väljer därför T. aripripazol som ordinerar i låg initial dos (5 mg/dag), och som titreras veckovis till måldos (15 mg/dag). Patienten uteblir från återbesöket. Modern ringer upp efter fyra veckor. Särskilt under den senaste veckan har Adam blivit sämre, går inte längre ut, dagtid sover lite, äter och dricker knappt och promenerar runt i stan flera timmar varje natt. Alltmer irriterad på grannarna. Han har vid flera tillfällen sagt att "han ska en gång för alla göra slut på dem". Modern tror sig veta att det finns ett jaktvapen i huset. Du antar att han inte har skött medicineringen.

Adam kommer till psykiatriska akutmottagningen några timmar efter att du ordnat med polishandräckningen. Han är belagd med handbojor, luktar alkohol, uppträder mycket utagerande, aggressiv, försöker slå personalen, skriker om att "ni är i maskopi med djävulen för att stjäla min själ". Någon kontakt kan inte etableras men patienten förefaller helt orienterad. Du skriver ett vårdintyg, fattar ett kvarhållningsbeslut och din bakjour fattar ett intagningsbeslut på goda grunder. I situationen måste bältesläggning och tvångsinjektion tillgripas. Under de närmaste 6 timmarna ges sammanlagt 30 mg haloperidol intramuskulärt. Trots medicinerings och svår utmattning fortsätter patienten att anstränga sig till det yttersta för att komma loss från bältet. Efter inj phenergan 50 mg somnar patienten slutligen. Nästa dag är patienten lugnare, han är uppsläppt från bältet och har tagit emot medicin: T. haloperidol 4 mg 1×2, T. biperiden 2 mg 1×3, T. diazepam 10 mg 1×3. Efter middagen uppträder patienten desorienterat, känner sig trött och är illamående. Vitalparametrar är utan anmärkning, liksom neurologstatus. Temp 36,7°C. Lab screening visar negativ urinscreening för droger, normala elektrolyter och leverstatus, men kraftigt förhöjda BUN (urea) och kreatinivärden.

Vad är den troligaste orsaken till patients nuvarande tillstånd och de patologiska laboratoriefyndet?

- A. Rhabdomyolys
  - B. Neuroleptiskt malignt syndrom
  - C. Delirium orsakat av alkoholabstinens
  - D. Delirium utlöst av okänd drog som inte kunde upptäckas vid urinscreeningen
  - E. Delirium orsakat av biperiden
-

### Question #: 10

Adam, en ensamstående 32-årig man utan barn, kommer motvilligt tillsammans med sin mor till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Modern, som arbetar som sjuksköterska i primärvården, berättar att Adam har varit helt frisk och välfungerande. Sedan ungdomsåren har han alltid varit lite tillbakadragen och ängslig, men han har alltid haft några bra kompisrelationer. Han har vad hon vet aldrig tagit droger, inte gjort något brottsligt och alltid varit försiktig med alkohol.

För knappt ett år sedan började Adam förändras, han började oro sig för att han skulle förlora sitt jobb som lastbilschaufför. Några månader senare fick han svåra sömnproblem och han var ofta uppe och vandrade planlöst på nätterna. Han blev avskedad från jobbet för cirka 5 månader sedan och hade då uttryckt att jobbet var för stressigt. Adam började då röka marijuana 1–2 gånger per vecka, något som han aldrig gjort tidigare. Under de senaste två månaderna har symtomen eskalerat, med rastlöshet, oro och ångest. Modern berättar att Adam har tejpats papper över fönstren i lägenheten, går sällan ut och vid flera tillfällen, har hon förstått att han tyckts tala med sig själv. Tillfrågad om detta sa Adam att grannarna spionerade på honom och att han kunde höra att de pratade om honom, även när han var utanför lägenheten.

Adam är orienterad till tid, rum, person och situation, är förhållandevis sammanhållen, spänd, lätt agiterad, irriterad och misstänksam. Bejakar hörselhallucinos. Sinnesstämningen är neutral och suicidtankar negeras. Adam menar att modern inte förstår honom och vidhåller att han inte är psykiskt sjuk, bara stressad och trött. Adam vill åka hem och undrar om det finns några mediciner för "sönnen och stressen".

Du konstaterar att det med största sannolikhet rör sig om ett schizofreniformt syndrom, med typisk schizofren symptomatologi men av för kort duration (cirka 2-4 månader) för att uppfylla kriterierna för diagnosen schizofreni. Patienten motsätter sig inläggning och du bedömer att det inte finns tillräcklig grund för inläggning enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Du lyckas däremot övertala patienten att ta emot farmakologisk behandling (antipsykotika), följt av ett återbesök inom ett par veckor. Modern, som har viss erfarenhet av antipsykotika, vill att du väljer ett preparat med den minsta risken för tardiva dyskinesier och viktuppgång.

Du väljer därför T. aripipazol som ordineras i låg initial dos (5 mg/dag), och som titreras veckovis till måldos (15 mg/dag). Patienten uteblir från återbesöket vilket du upptäcker efter 4 veckor. Du ringer upp modern. Särskilt under den senaste veckan har Adam blivit sämre, går inte längre ut, Patienten uteblir från återbesöket. Modern ringer upp efter fyra veckor. Särskilt under den senaste veckan har Adam blivit sämre, går inte längre ut, dagtid sover lite, äter och dricker knappt och promenerar runt i stan flera timmar varje natt. Allmer irriterad på grannarna. Han har vid flera tillfällen sagt att "han ska en gång för alla göra slut på dem". Modern tror sig veta att det finns ett jaktvapen i huset. Du antar att han inte har skött medicineringen.

Adam kommer till psykiatriska akutmottagningen några timmar efter att du ordnat med polishandräckningen. Han är belagd med handbojor, luktar alkohol, uppträder mycket utagerande, aggressiv, försöker slå personalen, skriker om att "ni är i maskopi med djävulen för att stjäla min själ". Någon kontakt kan inte etableras men patienten förefaller helt orienterad. Du skriver ett vårdintyg, fattar ett kvarhållningsbeslut och din bakjour fattar ett intagningsbeslut på goda grunder. I situationen måste bältesläggning och tvångsinjektion tillgripas. Under de närmaste 6 timmarna ges sammanlagt 30 mg haloperidol intramuskulärt. Trots medicinering och svår utmattning fortsätter patienten att anstränga sig till det yttersta för att komma loss från bältet. Efter inj phenergan 50 mg somnar patienten slutligen. Nästa dag är patienten lugnare, han är uppsläppt från bältet och har tagit emot medicin: T. haloperidol 4 mg 1×2, T. biperiden 2 mg 1×3, T. diazepam 10 mg 1×3. Efter middagen uppträder patienten desorienterat, känner sig trött och är illamående. Vitalparametrar är utan anmärkning, liksom neurologstatus. Temp 36,7°C. Lab screening visar negativ urinscreening för droger, normala elektrolyter och leverstatus, men kraftigt förhöjda BUN och kreatinivärden.

Efter konsultation med medicinjouren kommer ni fram till att den troligaste orsaken till patients nuvarande tillstånd och fyndet av de patologiska proverna beror på myoglobinuri, orsakat av långvarig extrem fysisk aktivitet och de intramuskulära injektionerna. Diagnos: Rhabdomyolys.

Du kompletterar med P-CK och S-Myoglobin som visar sig vara förhöjda, vilket stödjer din preliminära diagnos. Patienten överflyttas nu till medicinkliniken. Efter några dagar minskade P-CK och patienten återkommer till psykiatrin, helt återställd, men fortfarande psykotisk. Den farmakologiska behandlingen fortsätter med väsentligt lägre doser av haloperidol och efter 2 veckor uppvisar patienten inga psykotiska symtom. Vid utskrivning väljer man fortsatt behandling med haloperidol, nu i lägre dos, för att i ett senare skede besluta om eventuellt byte till aripipazol.

Ungefär hur stor är risken att Adam ska återinsjukna i en psykotisk sjukdomsbild av samma typ under det kommande året, förutsatt att han följer ordinationen?

- ✓A. 40 %
  - B. >90 %
  - C. <10 %
  - D. 80 %
  - E. 20 %
-

**Question #: 11**

En 4-årig tidigare frisk pojke kommer med sin pappa till Lycksele lasarett 10 mil från Umeå på grund av att han sedan 2 dagar varit gnällig, klagat på ont i höger knä och haft lätt hälta. Han har lättare besvär som vid övre luftvägsinfektion och temp 37,8°C. I status noterar du att höger ben är abducerat med nedsatt inåtrotation, men undersökning av hela benet och foten är i övrigt utan anmärkning.

Vilken diagnos är mest sannolik?

- ✓A. Coxitis simplex
  - B. Perthes sjukdom
  - C. Epifyseolys
  - D. Reaktiv artrit
  - E. Växtvärk
-

**Question #: 12 \*\***

*En 4-årig tidigare frisk pojke kommer med sin pappa till Lycksele lasarett 10 mil från Umeå på grund av att han sedan 2 dagar varit gnällig, klagat på ont i höger knä och haft lätt hälta. Han har lättare besvär som vid övre luftvägsinfektion och temp 37,8°C. I status noterar du att höger ben är abducerat med nedsatt inåtrotation, men undersökning av hela benet och foten är i övrigt utan anmärkning.*

Du bedömer det som coxitis simplex på basen av kliniska fynd. Du utreder med provtagning för att få stöd för din bedömning.

Vilket av nedanstående alternativ bör du välja i första hand?

- ✓A. B-Blodstatus med diff
  - B. B-SR
  - C. Odling från blod
  - ✓D. P-CRP
  - E. Odling från näsa och svalg
-

**Question #: 13**

*En 4-årig tidigare frisk pojke kommer med sin pappa till Lycksele lasarett 10 mil från Umeå på grund av att han sedan 2 dagar varit gnällig, klagat på ont i höger knä och haft lätt hälta. Han har lättare besvär som vid övre luftvägsinfektion och temp 37,8°C. I status noterar du att höger ben är abducerat med nedsatt inåtrotation, men undersökning av hela benet och foten är i övrigt utan anmärkning.*

*Du bedömer det som coxitis simplex på basen av kliniska fynd. Du utreder med provtagning för att få stöd för din bedömning.*

P-CRP är 12 mg/L (referens <3). Du kontaktar Bild- och funktionsmedicin för undersökning.

Vilket av följande alternativ är bäst?

- A. Slätröntgen höft
  - B. Ultraljud knä
  - ✓C. Ultraljud höft
  - D. Slätröntgen knä
  - E. Slätröntgen knä och höft
-

**Question #: 14**

*En 4-årig tidigare frisk pojke kommer med sin pappa till Lycksele lasarett 10 mil från Umeå på grund av att han sedan 2 dagar varit gnällig, klagat på ont i höger knä och haft lätt hälta. Han har lättare besvär som vid övre luftvägsinfektion och temp 37,8°C. I status noterar du att höger ben är abducerat med nedsatt inåtrotation, men undersökning av hela benet och foten är i övrigt utan anmärkning.*

*Du bedömer det som coxitis simplex på basen av kliniska fynd. Du utreder med provtagning för att få stöd för din bedömning.*

*P-CRP är 12 mg/L (referens <3). Du kontaktar Bild- och funktionsmedicin för undersökning. Ultraljud av höfterna utförs.*

Det finns flera andra viktiga tillstånd som du bör ha i åtanke vid plötsligt påkommen hälta och värk.

Vilket av följande tillstånd är MINST sannolikt vid plötsligt påkommen hälta och värk?

- A. Trauma
  - B. Malignitet
  - ✓C. Växtvärk
  - D. Reaktiv artrit
  - E. Septisk artrit
-

**Question #: 15 \***

*En 4-årig tidigare frisk pojke kommer med sin pappa till Lycksele lasarett 10 mil från Umeå på grund av att han sedan 2 dagar varit gnällig, klagat på ont i höger knä och haft lätt hälta. Han har lättare besvär som vid övre luftvägsinfektion och temp 37,8°C. I status noterar du att höger ben är abducerat med nedsatt inåtrotation, men undersökning av hela benet och foten är i övrigt utan anmärkning.*

*Du bedömer det som coxitis simplex på basen av kliniska fynd. Du utreder med provtagning för att få stöd för din bedömning.*

*P-CRP är 12 mg/L (referens <3). Du kontaktar Bild- och funktionsmedicin för undersökning.*

*Du bedömer växtvärk som minst sannolik alternativ orsak.*

*Två månader senare återkommer pojken men nu med knäledsbesvär i form av ledsvullnad, värmeökning samt feber 38,5°C av och till. Han har CRP 20 mg/L (referens <3) och lätt leukocytos.*

Vilket av följande tillstånd är mest sannolikt?

- A. Malignitet
  - B. Reaktiv artrit
  - C. Septisk artrit
  - ✓D. Juvenil idiopatisk artrit
  - E. Recidiv av coxitis simplex
-



**Question #: 16**

En 67-årig man kommer till hälsocentralen för uppföljning av provsvar. Han har hypertoni och behandlas med T. enalapril 20 mg 1×1 och T. bendroflumetiazid 2,5 mg 1×1. För två veckor sedan upplevde han akuta bröstsmärtor och utreddes på sjukhus med arbetsprov som visade god arbetsförmåga och en helt normal EKG-reaktion. Smärtorna bedömdes vara ryggutlösta. I samband med utredningen på sjukhus togs ett blodtryck som var 134/78 mmHg och en del blodprover:

**Laboratorieprover** (referensintervall):

Faste P-glukos 7,0 mmol/L (4-6)

B-HbA1c 46 mmol/mol (31-46)

P-Natrium 140 mmol/L (137-145)

P-Kalium 3,6 mmol/L (3,5-4,6)

eGFR 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (≥60)

Vad bör du göra nu?

- A. Beställa 24-timmars blodtrycksmätning
  - B. Byta bendroflumetiazid mot amlodipin
  - ✓C. Beställa glukosbelastning
  - D. Fortsätta med samma medicinering med återbesök om 6 månader
  - E. Ge kostråd och glukossänkande behandling
-

**Question #: 17**

En 67-årig man kommer till hälsocentralen för uppföljning av provsvar. Han har hypertoni och behandlas med T. enalapril 20 mg 1×1 och T. bendroflumetiazid 2,5 mg 1×1. För två veckor sedan upplevde han akuta bröstsmärtor och utreddes på sjukhus med arbetsprov som visade god arbetsförmåga och en helt normal EKG-reaktion. Smärtorna bedömdes vara ryggutlösta. I samband med utredningen på sjukhus togs ett blodtryck som var 134/78 mmHg och en del blodprover:

**Laboratorieprover** (referensintervall):

Faste P-glukos 7,0 mmol/L (4-6)

B-HbA1c 46 mmol/mol (31-46)

P-Natrium 140 mmol/L (137-145)

P-Kalium 3,6 mmol/L (3,5-4,6)

eGFR 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (≥60)

Glukosbelastningen visar faste P-glukos 7,1 mmol/L och tvåtimmars P-glukos 11,0 mmol/L. Patienten har alltså diabetes.

Vilken av nedanstående är nu den mest lämpliga åtgärden?

- A. Utvärdera effekten av livsstilsförändringar efter 6–12 månader innan eventuell glukossänkande behandling insätts
  - B. Starta behandling med en dipeptidylpeptidas-hämmare (DPP-IV) med tanke på njurfunktionen
  - C. Kontrollera GAD65-antikroppar och C-peptid innan medicinering påbörjas
  - ✓D. Ordinera T. metformin 500 mg till middagen med stegvis ökad dos till måldos
  - E. Ordinera T. metformin 500 mg i dosen 2×3 med uppföljning om en månad
-

**Question #: 18**

En 67-årig man kommer till hälsocentralen för uppföljning av provsvar. Han har hypertoni och behandlas med T. enalapril 20 mg 1×1 och T. bendroflumetiazid 2,5 mg 1×1. För två veckor sedan upplevde han akuta bröstsmärtor och utreddes på sjukhus med arbetsprov som visade god arbetsförmåga och en helt normal EKG-reaktion. Smärtorna bedömdes vara ryggutlösta. I samband med utredningen på sjukhus togs ett blodtryck som var 134/78 mmHg och en del blodprover:

**Laboratorieprover** (referensintervall):

Faste P-glukos 7,0 mmol/L (4-6)

B-HbA1c 46 mmol/mol (31-46)

P-Natrium 140 mmol/L (137-145)

P-Kalium 3,6 mmol/L (3,5-4,6)

eGFR 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (≥60)

Glukosbelastningen visar faste P-glukos 7,1 mmol/L och tvåtimmars P-glukos 11,0 mmol/L. Patienten har alltså diabetes.

Behandling inleds med T. metformin 500 mg till middagen med stegvis ökning till måldosen på 2×2.

Patienten undrar om han dessutom behöver någon blodfettsmedicin eller annat läkemedel.

Vilket svar bör han få?

- A. Det behövs ingen lipidsänkande behandling eller ytterligare medicinering eftersom han har ett normalt arbetsprov
  - B. Mycket få patienter med nydiagnostiserad diabetes behöver lipidsänkande behandling
  - ✓C. Nästan alla i hans situation rekommenderas enligt riktlinjerna lipidsänkande behandling
  - D. En låg dos av ASA rekommenderas för de flesta med diabetes
  - E. Man bör avvakta effekten av livsstilsförändring på blodlipiderna i cirka 6 månader innan man tar ställning till eventuell behandling med lipidsänkande läkemedel
-

**Question #: 19**

En 67-årig man kommer till hälsocentralen för uppföljning av provsvar. Han har hypertoni och behandlas med T. enalapril 20 mg 1×1 och T. bendroflumetiazid 2,5 mg 1×1. För två veckor sedan upplevde han akuta bröstsmärtor och utreddes på sjukhus med arbetsprov som visade god arbetsförmåga och en helt normal EKG-reaktion. Smärtorna bedömdes vara ryggutlösta. I samband med utredningen på sjukhus togs ett blodtryck som var 134/78 mmHg och en del blodprover:

**Laboratorieprover** (referensintervall):

Faste P-glukos 7,0 mmol/L (4-6)

B-HbA1c 46 mmol/mol (31-46)

P-Natrium 140 mmol/L (137-145)

P-Kalium 3,6 mmol/L (3,5-4,6)

eGFR 75 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (≥60)

Glukosbelastningen visar faste P-glukos 7,1 mmol/L och tvåtimmars P-glukos 11,0 mmol/L. Patienten har alltså diabetes.

Behandling inleds med T. metformin 500 mg till middagen med stegvis ökning till måldosen på 2×2.

Patienten rekommenderas statinbehandling. Han undrar om det är några särskilda risker med hans mediciner som han behöver känna till.

Vilket besked bör du ge?

- ✓A. Om man drabbas av magsjuka med kräkningar och/eller diarré eller på annat sätt blir uttorkad bör man göra uppehåll med både metformin och enalapril tills man mår bra igen
  - B. Om man drabbas av magsjuka med kräkningar och/eller diarré eller på annat sätt blir uttorkad bör man göra uppehåll med metformin tills man mår bra igen
  - C. De ordinerade läkemedlen har få biverkningar
  - D. Av metformin kan man få så kallad normoglykemisk ketoacidosis med kräkningar och magsmärta
  - E. Risk finns för uttalad viktuppgång av metformin
-

**Question #: 20**

En 67-årig man kommer till hälsocentralen för uppföljning av provsvar. Han har hypertoni och behandlas med T. enalapril 20 mg 1×1 och T. bendroflumetiazid 2,5 mg 1×1. För två veckor sedan upplevde han akuta bröstsmärtor och utreddes på sjukhus med arbetsprov som visade god arbetsförmåga och en helt normal EKG-reaktion. Smärtorna bedömdes vara ryggutlösta. I samband med utredningen på sjukhus togs ett blodtryck som var 134/78 mmHg och en del blodprover:

**Laboratorieprover** (referensintervall):

Faste P-glukos 7,0 mmol/L (4-6)

B-HbA1c 46 mmol/mol (31-46)

P-Natrium 140 mmol/L (137-145)

P-Kalium 3,6 mmol/L (3,5-4,6)

eGFR 75 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (≥60)

Glukosbelastningen visar faste P-glukos 7,1 mmol/L och tvåtimmars P-glukos 11,0 mmol/L. Patienten har alltså diabetes.

Behandling inleds med T. metformin 500 mg till middagen med stegvis ökning till måldosen på 2×2.

Besöket avslutas med planeringen för framtiden.

Vilket av följande åtgärder har lägst prioritet?

- A. Remiss till distriktssköterska för livsstils- och kostråd
  - B. Återbesök till läkare om en månad
  - C. Remiss till ögonläkare för ögonbottenfotografering
  - ✓D. Remiss till neurografi
  - E. Gruppundervisning för patienter med diabetes inom några månader
-

Question #: 21

Markus, 50 år, kommer med ambulans till akutmottagningen då han har svimmat hemma. I ambulansen har han haft ett blodtryck på 90/60 mmHg, puls 140 /minut, han har fått vätska (Ringeracetat) intravenöst. Hans fru berättar att han varit lite blek och svag de senaste timmarna och att han till slut svimmade.

Markus är tidigare väsentligen frisk, röker 20 cigaretter per dag. Han medicinerar sedan 10 dagar regelbundet med T. diklofenak 50 mg 1×2 på grund av ont i ryggen.

När du undersöker honom är han blek och matt men har återfått medvetandet efter ambulanspersonalens insats. Vid undersökning per rektum finner du svart avföring.

Du bedömer att Markus har en blödning, varifrån kommer den mest troligt?

- A. Kolon ascendens
  - ✓B. Övre gastrointestinalkanalen
  - C. Hemorrhoider
  - D. Rectum
  - E. Analfissur
-

**Question #: 22**

*Markus, 50 år, kommer med ambulans till akutmottagningen då han har svimmat hemma. I ambulansen har han haft ett blodtryck på 90/60 mmHg, puls 140 /minut, han har fått vätska (Ringeracetat) intravenöst. Hans fru berättar att han varit lite blek och svag de senaste timmarna och att han till slut svimmade.*

*Markus är tidigare väsentligen frisk, röker 20 cigaretter per dag. Han medicinerar sedan 10 dagar regelbundet med T. diklofenak 50 mg 1×2 på grund av ont i ryggen.*

*När du undersöker honom är han blek och matt men har återfått medvetandet efter ambulansens insats. Vid undersökning per rektum finner du svart avföring.*

*När du undersökte honom per rectum fann du svart avföring vilket tyder på en blödning från övre gastrointestinkanalen.*

*Du ser till att Markus vätskas upp och bestämmer dig för att göra en gastroskopi akut.*

Vad av följande kan du INTE se vid en gastroskopi?

- A. Fundusvaricer
  - B. Ulcus simplex-blödning
  - C. Mallory-Weiss-blödning
  - ✓D. Blödning i Meckels divertikel
  - E. Ulcus duodeni
-

Question #: 23

Markus, 50 år, kommer med ambulans till akutmottagningen då han har svimmat hemma. I ambulansen har han haft ett blodtryck på 90/60 mmHg, puls 140 /minut, han har fått vätska (Ringeracetat) intravenöst. Hans fru berättar att han varit lite blek och svag de senaste timmarna och att han till slut svimmade.

Markus är tidigare väsentligen frisk, röker 20 cigaretter per dag. Han medicinerar sedan 10 dagar regelbundet med T. diklofenak 50 mg 1×2 på grund av ont i ryggen.

När du undersöker honom är han blek och matt men har återfått medvetandet efter ambulansens insats. Vid undersökning per rektum finner du svart avföring.

När du undersökte honom per rectum fann du svart avföring vilket tyder på en blödning från övre gastrointestinalkanalen.

Du ser till att Markus vätskas upp och bestämmer dig för att göra en gastroskopi akut.

Vid gastroskopi finner du ett ulcerus i bulbus duodeni med en blödande kärlpipa.

Hur bör du åtgärda blödningen endoskopiskt förutom att sätta ett clips på kärlpipan?

- A. Injektion med histoacryllim direkt på såret
  - ✓B. Injektion med adrenalin i kvaddlar runt såret
  - C. Injektion med adrenalin direkt i kärlpipan
  - D. Injektion med etoxysclerol i kvaddlar runt såret
  - E. Spruta hemostatiskt pulver direkt på såret
-



Question #: 24

Markus, 50 år, kommer med ambulans till akutmottagningen då han har svimmat hemma. I ambulansen har han haft ett blodtryck på 90/60 mmHg, puls 140 /minut, han har fått vätska (Ringeracetat) intravenöst. Hans fru berättar att han varit lite blek och svag de senaste timmarna och att han till slut svimmade.

Markus är tidigare väsentligen frisk, röker 20 cigaretter per dag. Han medicinerar sedan 10 dagar regelbundet med T. diklofenak 50 mg 1×2 på grund av ont i ryggen.

När du undersöker honom är han blek och matt men har återfått medvetandet efter ambulansens insats. Vid undersökning per rektum finner du svart avföring.

När du undersökte honom per rectum fann du svart avföring vilket tyder på en blödning från övre gastrointestinalkanalen.

Du ser till att Markus vätskas upp och bestämmer dig för att göra en gastroskopi akut.

Vid gastroskopin fann du ett ulcus i bulbus duodeni med kärllipa som du clipsat och sprutat adrenalin runt.

Vilken ytterligare åtgärd utöver clips och adrenalin bör vidtas?

- A. Omedelbar kirurgisk åtgärd med operation ad modum Billroth II
  - B. Ingen behandling krävs
  - C. Ordinerar T. kalciumkarbonat med magnesiumkarbonat 680 mg/80 mg vid behov i fyra veckor
  - ✓D. Ordinerar T. esomeprazol 20 mg 1×1, T. amoxicillin 500 mg 1×2 samt T. klaritromycin 500 mg 1×1 i en vecka
  - E. Ordinerar T. omeprazol 20 mg 1×1 i fyra veckor
-

## Question #: 25

Markus, 50 år, kommer med ambulans till akutmottagningen då han har svimmat hemma. I ambulansen har han haft ett blodtryck på 90/60 mmHg, puls 140 /minut, han har fått vätska (Ringeracetat) intravenöst. Hans fru berättar att han varit lite blek och svag de senaste timmarna och att han till slut svimmade.

Markus är tidigare väsentligen frisk, röker 20 cigaretter per dag. Han medicinerar sedan 10 dagar regelbundet med T. diklofenak 50 mg 1×2 på grund av ont i ryggen.

När du undersöker honom är han blek och matt men har återfått medvetandet efter ambulansens insats. Vid undersökning per rektum finner du svart avföring.

När du undersökte honom per rectum fann du svart avföring vilket tyder på en blödning från övre gastrointestinalkanalen.

Du ser till att Markus vätskas upp och bestämmer dig för att göra en gastroskopi akut.

Du har gjort en akut gastroskopi och satt clips på den blödande artären samt gett adrenalininjektion i kvaddlar runt såret och blödningen tycks ha slutat.

Du planerar behandling med T. esomeprazol 20 mg 1×1, T. amoxicillin 500 mg 1×2 samt T. klaritromycin 500 mg 1×1 i en vecka för att eradikera *Helicobacter pylori*.

Patienten mår bra och skrivs hem. Dock kommer han åter in inom 30 dagar med i stort sett samma symtom som vid föregående tillfälle. Denna gång är han dock om möjligt ännu sämre och kräks dessutom blod. Han är så dålig att han läggs in på IVA för stabilisering och när han är relativt stabil så blir det återigen en gastroskopi –denna gång i narkos. När du gör din gastroskopi så finner du att han har kraftigt blödande varicer i fundus ventriculi.

Vilken fortsatt handläggning är nu bäst?

- A. Dokumentera med fotografering via gastroskopet
- ✓B. Injektion terlipressin intravenöst
- C. Inj metylenblått intravenöst
- D. Koppla på Narrow Band Imaging (NBI) vid gastroskopi
- E. Ge minifom per os

---

\*1 frågor på delprov 2 har blivit bonusfråga. Frågan räknas inte med i totalsumman, men man får poäng om man svarat rätt.

\*\* I samband med rättning har vi noterat att 1 frågor på delprov 2 har fler än ett möjligt korrekt svarsalternativ, vilket har tagits hänsyn till i rättningen.