

**2018 - IIC - MD4042 - eksamen 1**  
**Eksamensdato: 2018-05-29**

1

Antipsykotika kan gi sedasjon som bivirkning.

**Hvilken undergruppe av antipsykotika gir denne bivirkningen i størst grad?**

- A Tredjegerasjons antipsykotika
  - B X** Førstegenerasjons høydoseantipsykotika  
*Dette er en bivirkning som skyldes blokade av histamin H1-reseptorer, og det er denne gruppen som blokker H1-reseptorene kraftigst. (Noen annengenerasjonsmidler gjør det også, men det kjennetegner ikke HELE den gruppen)*
  - C Førstegenerasjons lavdoseantipsykotika
  - D Annengenerasjons antipsykotika
- 

000015b-0a62d170be7

2

Antipsykotika blokkerer en rekke ulike reseptorer.

**Blokade av hvilken reseptor er i særlig grad assosiert med redusert risiko for nevromuskulære (ekstrapyramidale) bivirkninger?**

- A X** Serotonin 5-HT<sub>2</sub>-reseptorblokkade  
*Blokade av 5-HT<sub>2</sub>-reseptorer fører til økt frigjøring av dopamin i nigrostriatale baner og motvirker dermed den uheldige effekten på nevromuskulær funksjon som blokade av dopamin D<sub>2</sub>-reseptorer i dette området gir.*
  - B Dopamin D<sub>4</sub>-reseptorblokkade
  - C Alfa-1-reseptorblokkade
  - D Histamin H<sub>1</sub>-reseptorblokkade
- 

000015b-0a62d170be7

3

Selektive serotoninreopptakshemmere kan gi en rekke bivirkninger.

**Hva er den vanligste umiddelbare bivirkningen?**

- A Forstoppelse
  - B Impotens
  - C X** Kvalme  
*Alle de nevnte symptomene er bivirkninger av SSRI, men kvalmen kommer tidlig og forekommer hos flest.*
  - D Skjelvinger
- 

000015b-0a62d170be7

4

Antipsykotika blokkerer en rekke ulike reseptorer.

**Blokade av hvilken reseptor er i særlig grad assosiert med munntørrehet?**

- A Histamin H<sub>1</sub>-reseptorblokkade
  - B Serotonin 5-HT<sub>2</sub>-reseptorblokkade
  - C X** Muskarinreseptorblokkade  
*Munntørrehet er en velkjent antikolinerg effekt som medieres via blokade av muskarinreseptorer*
  - D Alfa-1-reseptorblokkade
- 

000015b-0a62d170be7

5

En mor kommer til deg som fastlege med bekymring for sin sønn på 19 år som hun vet ruser seg. Han har tidligere vært tatt for hasjrøyking og amfetaminbruk allerede fra starten av tenårene. Hun sier at sønnen nå ruser seg flere ganger daglig og at rusmiddelet røykes. Han gjør dette flere ganger i timen, for ellers føler han seg trist og «nedfor». I periodene hvor han stadig ruser seg blir han veldig oppfarende og aggressiv. Moren merker seg at han nesten ikke spiser eller sover i dagevis og at han kan ha masse energi i slike perioder. Hun har ikke oppfattet ham som «fjern» når han har ruset seg, men heller oppstemt, aktiv og til tider utålmodig. Når moren har forsøkt å stille ultimatum på at han skal slutte, har dette ikke virket, og sønnen er stadig på jakt etter penger for å finansiere forbruket. Moren mener at bruken er helt ute av kontroll.

**Ut fra effektene og mønsteret av misbruk som beskrives her: hvilket rusmiddel er det trolig snakk om?**

**A** Benzodiazepiner

*Disse midlene virker i hovedsak sederende på CNS (forsterker GABA-erge effekter). Man ser demping av eventuell angst/uro og en søvninduserende effekt. Effekten varer en del timer, og det er ikke vanlig å ruse seg flere ganger i timen som her.*

*En del bruker benzodiazepiner sammen med andre rusmidler for å dempe abstinenssymptomene etter at ruseffekten er over (f.eks. på slutten av noen dagers kontinuerlig amfetaminbruk).*

**B** LSD

*LSD virker i hovedsak hallusinogent (psykedelisk) og inntas oftest per oralt (men kan også røykes eller injiseres). LSD er lite avhengighetsskapende. Varigheten er rundt 6-14 timer. Det er ikke vanlig å bli svært oppfarende, aktiv og utålmodig av dette stoffet (angst og uro ved skremmende hallusinasjoner kan forekomme). Ofte kan virkningen svinge brått. Som regel vil atferden bli svært påfallende og personen være «fjern». Det er ikke typisk å stadig ønske å innta dette stoffet daglig (virkningen vil da gjerne forsvinne), men heller å ha noen dagers opphold.*

*Kilde: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/livsstil/lsd-1486.html>*

**C** Cannabis

*Cannabis virker i hovedsak sederende og hallusinogent, men man kan se at brukere kan bli både avslappet og hyperaktive. Det er ikke vanlig å måtte ruse seg så hyppig som flere ganger i timen. De hallusinogene effektene kan gjøre at atferden blir eksentrisk («rar»). Ved inntak av høye doser kan man få angst, panikk og følelse av forfølgelse (som etterhvert grenser mot psykose) som kan gi aggressiv atferd, men dette er ikke det vanlig ved «moderate» doser. Når man er ruset har man gjerne økt appetitt. Langvarig bruk av cannabis er forbundet med noe man kaller et «demotivasjonssyndrom» hvor brukeren virker passiv og har redusert aktivitet. Cannabis er ikke like avhengighetsskapende som f.eks. kokain.*

**D X** Kokain

*Man burde tenke på at det her er snakk om et sentralstimulerende stoff ettersom han blir oppfarende/aggressiv, får tilsynelatende mindre søvn- og matbehov og blir oppstemt. Kokain finnes hovedsakelig i to former: kokainklorid (pulver som kuttes opp og sniffes) og rene kokainkrystaller (røykes ofte og kalles da «crack cocaine» eller bare «crack»).*

*Effekten av crack er veldig kortvarig (gjerner 15 minutter) og det er derfor typisk at man må ruse seg meget hyppig (amfetaminbruk kunne gjerne hatt et omtrentlig likt bilde som her, men inntas sjeldnere da det har halveringstid på hvertfall noen timer). Kokain er derfor meget vanedannende og avhengighetsskapende. Abstinenssymptomene ligner oftest depresjon de første dagene.*

*Kilde: Ulrik Malt m.fl.: Lærebok i psykiatri, 3 utg. Kap. 20 (rus og avhengighet), s. 593-602*

000015b-0a62d170be7

6

Citalopram, mirtazapin, nortriptylin og sertralin er alle antidepressive legemidler.

**Hvilke av midlene kan også brukes mot tvangssyndrom?**

**A** Mirtazapin og nortriptylin

**B X** Citalopram og sertralin

*Det er bare legemidler med kraftige serotonerge effekter som kan brukes mot tvangssyndrom. Citalopram og sertralin er begge SSRI-preparater.*

**C** Nortriptylin og sertralin

**D** Citalopram og mirtazapin

000015b-0a62d170be7

7

Hviket utsagn om fremre korsbånd (ACL) er riktig?

- A Fremre skuffe test er den viktigste testen for å vise ACL skade.  
*Lachmanns test; fremre skuffetest er for dårlig.*
  - B Pasienter med MR svar med ACL ruptur skal alltid opereres.  
*Under halvparten trenger operasjon.*
  - C X** Lachmantest og pivot shift test er de beste kliniske tester på ACL skade.  
*Riktig. Med disse testene får man fram instabiliteten som er pasientens plage ved disse skadene.*
  - D Røntgen er en unødvendig undersøkelse ved mistanke om ACL skader hos barn.  
*Tvert i mot; de har ofte avulsjonsskader fra tibia som skal ha annen behandling enn rene ACL skader.*
- 

000015b-0a62a170be7

8

45 år gammel mann oppsøker lege på grunn av konstante prikninger og ubehag tilsvarende til lillefinger og på ulnar side av ringfinger. Tilstanden oppsto etter tungt fysisk arbeid for 4 måneder siden og har ikke blitt bedre til tross for hvile. Det er tatt nerveledningsundersøkelse som viser normal tilstand på ulnar nerven ved albuen. Her under ser du forskjellige strukturer som kan gi trange forhold for periferer nerver. Hvilken av disse stedene eller strukturene kan forklare symptomene hos pasienten?

- A Lacertus fibrosus  
*Nervus medianus kompresjon i underarm volart*
  - B Carpal tunnel  
*nervus medianus kompresjon*
  - C X** Canalis Guyong  
*Trykk på nervus ulnaris ved håndledd*
  - D Frohses arcade  
*Trykk på radialis profundus nerven*
- 

000015b-0a62a170be7

9

En 50 år gammel kvinne oppsøker legekantoret fordi hun har smerter i tommelen, hun mister ting og føler at tommelen har nedsatt kraft. Hva er den mest sannsynlige årsaken til dette?

- A Bennets fraktur
  - B Dupuytrons kontraktur
  - C Carpal tunnel syndrom
  - D X** Carpo-metacarpal artrose
  - E Trigger finger
- 

000015b-0a62a170be7

10

Hvilken påstand om fremre korsbånd (ACL) er riktig?

- A X** Den posterolaterale bunten er stram i ekstensjon
  - B Den anteromediale bunten er stram i ekstensjon
  - C Den posterolaterale bunten er stram i fleksjon
  - D Hele ACL er stram i ekstensjon
- 

000015b-0a62a170be7

11

Hvilket utsagn om meniskskader er riktig?

- A Alle typer meniskskader kan man suturere med godt resultat hos unge personer.  
*Godt resultat kan kun forventes ved sutur i rød-rød og rød-hvit sone av menisken*
  - B Menisken er ikke viktig med tanke på stabiliteten i kneet.  
*Viktig tilleggsstabilisator sammen med ligamenter.*
  - C Ved en bøttehank skade av menisken hos en ungdom er det viktig å fjerne denne for å beskytte brusken mot slitasje.  
*Tvert i mot er det viktig å sy (suture) denne.*
  - D X** En 50 år gammel mann med begynnende artrose og meniskskade på MR har som regel like god effekt av fysioterapi som av operasjon.  
*Godt dokumentert vitenskapen.*
- 

000015b-0a62d170be7

12

40 år gammel kvinne plages i perioder med nummenhet og prikkinger i tommel, pekefinger og langfinger høyre side. Spesielt ille om morgenen. Av og til våkner hun opp om natten og må da riste hendene. Symptomene startet for et år siden men siden har periodene bare blitt hyppigere. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Tarsal tunnel  
*Trykk på nervus tibialis*
  - B Cubital tunnel  
*Trykk på nervus ulnaris*
  - C Radial tunnel  
*Trykk på nervus radialis profundus*
  - D X** Carpal tunnel  
*Trykk på nervus medianus i carpal tunnel*
- 

000015b-0a62d170be7

13

Du er turnuslege og har vakt på skadepoliklinikken. Det kommer inn en kvinnelig skiløper i 40 års alderen med mistenkt ankelbrudd. Ambulansepersonell rapporterer at det har vært stor feilstilling, men frakturen ble grovreponert på skadested. Hva gjør du?

- A Sykehistorien gir sterk mistanke om brudd. Pasienten meldes derfor direkte til operasjonsstuen som "rød pasient".  
*Feil. Det må tas røntgen for kartlegging av brudd, evt luksasjon og for videre preoperativ planlegging.*
  - B Pasienten sendes på røntgen, som viser bimalleolær ankelfraktur. Du sjekker distal status som er OK. Hun får deretter en gips før hun sendes hjem med smertestillende og krykker samt avtale om kontroll om 2 uker.  
*Feil. På bakgrunn av sykehistorie er dette en ustabil fraktur som trenger operasjon. Pasienten skal derfor innlegges for operasjon, helt innen 6-8 timer.*
  - C Du tar av den midlertidige stabiliseringen, sjekker distal status, som er ok, og pasienten sendes på røntgen.  
*Feil Den midlertidige stabiliseringen bør beholdes til frakturen er kartlagt*
  - D X** Pasienten sendes på røntgen som viser bimalleolær ankelfraktur. Du sjekker distal status som er OK. Hun får en midlertidig gips. Meldes til operasjon som "rød pasient".  
*Riktig svar.*
- 

000015b-0a62d170be7

14

Fredrik 14 år har siste 4 månedene klaget over smerter i venstre legg når han spiller fotball. Har i tillegg voksesmerter om natten. Mor er bekymret for at det kan være "noe farlig" og tar ham med til fastlegen. Hva gjør du?

- A X** Undersøker Fredrik. Finner ingenting som tyder på alvorlig sykdom. Sender ham allikevel på røntgen, med ønsker om snarlig undersøkelse, for å utelukke patologi.  
*Maligne svulster i bein er sjeldent forekommende, men utgjør 10-15% av krefttilfellene hos barn og unge. Slike problemstillinger bør derfor utredes med et snarlig røntgen for å utelukke sarkom i benet*
- B** Undersøker Fredrik. Finner ingenting som tyder på alvorlig sykdom. Setter ham allikevel opp til en kontroll om 6 måneder for ny undersøkelse  
*Ved slike symptomer bør man ta et snarlig røntgen for å utelukke patologi.*
- C** Undersøker Fredrik. Finner ingenting som tyder på alvorlig sykdom, men henviser ham allikevel til ortopedisk poliklinikk for undersøkelse  
*Det bør foreligge et røntgenbilde som utredning før evt henvisning til ortopedisk poliklinikk*
- D** Undersøker Fredrik. Finner ingenting som tyder på alvorlig sykdom. Beroliger mor og Fredrik. Avtaler ingen ytterligere oppfølging.  
*Det bør tas et røntgenbilde for å avklare om det foreligger patologi.*
- 

000015b-0a52a170be7

15

Askild på 16 år kommer inn med smerter i overarm og skulder etter et sammenstøt på fotballbanen. Røntgen viser en velavgrenset lytisk lesjon i proksimale humerus som tolkes som en simpel bencyste uten fraktur. Hvordan skal dette utredes og behandles videre?

- A X** Kun symptomatisk behandling med smertestillende og bevegelsestrening. Ingen ytterligere utredning, men røntgen kontroll etter 3 måneder.  
*Dette er en benign lesjon. Behandles kun ved frakturfare. Kontrollene gjennomføres for å se at det er uforandrede forhold*
- B** Askild legges inn til akutt operasjon med utskraping av cysten og prøvetaking.  
*Dersom det ikke er frakturfare kan situasjonen sees an. Operasjon ikke nødvendig.*
- C** Kun symptomatisk behandling med smertestillende og bevegelsestrening, men Askild må ta CT for videre utredning  
*CT gir ingen tilleggsinformasjon i dette tilfellet.*
- D** Kun symptomatisk behandling med smertestillende og bevegelsestrening. Utredning med MR er viktig for å være sikker på at dette ikke er malignitet.  
*MR er overflødig. Røntgen gir en klar diagnose*
- 

000015b-0a52a170be7

16

Hvilket utsagn om bakre korsbånd (PCL) er riktig?

- A** Instabilitetsfølelse er det vanligste symptomet på PCL skade  
*Sjeldent symptom*
- B** PCL skades oftest ved at leggen får et traume mot baksiden.  
*Framsiden*
- C X** Bakre skuffe test er den beste testen på PCL skade.  
*I motsetning til fremre skuffetest som er dårlig på ACL*
- D** PCL skader skal som regel opereres  
*Som regel ikke; tilheler godt med ortosebehandling.*
- 

000015b-0a52a170be7

17

Ellen 39 år driver og flytter. Hun får pekefingeren under et tungt skap. Pip – leddet blir raskt hovent og blått. Hun drar på legevakten som henviser henne til røntgen. Røntgen viser en intraartikulær fraktur distalt i grunnfalang inn mot pip-leddet, men god stilling. Hun henvises til Skadepoliklinikken der du har vakt. Hva er rett behandling for denne pasienten videre?

- A Kun symptomatisk behandling med smertestillende og informasjon om å unngå stivhet. Ingen kontroller avtales.  
*feil, se tidligere kommentarer.*
- B X** Behandles med taping til nabofinger og settes opp til kontroll med røntgen etter 1 uke for å se om det tilkommer en dislokasjon i bruddet og tre uker med tanke på utvikling av stivhet i fingeren.  
*rett svar, se kommentar over*
- C Søkes til operativ behandling på grunn av intraartikulær fraktur. Alle intraartikulære frakturer skal opereres for å unngå seinere artrose  
*Feil. Intraartikulære brudd uten feilstilling kan konservativt behandles.*
- D Behandles med taping til nabofinger som pasienten selv kan fjerne etter 3 uker. Avtaler ingen videre kontroll.  
*Feil. Pasienter med intraartikulære brudd mot pip-ledd skal følges tett med kontroller og evt henvises til håndterapeuter da faren for stivhet er stor.*

000015b-0a62d170be7

18

Hvilke av disse ben artikulerer opp mot scaphoid?

- A Lunatum, hamatum og pisiform
- B Lunatum, triquitrum og trapezium
- C X** Capitatum, lunatum og trapezium  
*Riktig svar*
- D Capitatum, triquitrum og hamatum

000015b-0a62d170be7

19

Anne 65 år hadde brystkreft for 10 år siden. Hun ble behandlet med mastektomi, stråling og cellegift. Har vært i god form fram til for 2 måneder siden. Hun har etter dette fått økende smerter i høyre lyske i forbindelse ved aktivitet. Ikke kjent traume. Hun kommer til legetime. Ved klinisk undersøkelse finner man smerter ved rotasjon av høyre hofte. Hvordan vil du gjøre videre utredning?

- A Du velger å og se det hele an. Avtaler ingen kontroll.  
*Se over*
- B Tenker det kan være begynnende artrose og henviser til MR for utredning.  
*Første utredning vil være røntgen. MR er ingen god primærundersøkelse ved mistanke artrose. Evt skjelettmetastaser i hofteregionen vil kunne detekteres på et ordinært røntgenbilde.*
- C X** Synes det høres ut som artrosesmerter. Henviser til røntgen for videre utredning.  
*Riktig svar. Kommentar se over.*
- D Klinisk undersøkelse gir mistanke om artrosesmerter. Du foreskriver nsaid og fysioterapi. Avtaler ingen kontroll.  
*Artrose er en svært aktuell diagnose, men med tidligere ca. mammae i anamnesen bør man tenke skjelettmetastase og henviser pasienten til et ordinært røntgen for å se etter dette. Røntgen er en god førsteundersøkelse for å se etter bentumores. Samtidig vil man kunne diagnostisere artrose*

000015b-0a62d170be7

20

Henning 47 år har syklet på asfalt. I tillegg var det grus på asfalten etter vinteren. Han har vellet i en sving og innkommer på Skadepoliklinikken med skrubbsår på begge hender og i håndflater. Skrubbsårene er forurenset med grus og svarte prikker i huden som ikke går vekk ved vanlig rensing. Hvilken skade er dette og hvordan skal den behandles?

- A Han har dype skrubbsår. Dette må bare renses godt og behandles med plaster.  
*Feil. De svarte prikkene er asfalttatoering som må fjernes fysisk. Det bør settes lokalanestesi og bruke skalpell til å fjerne prikkene. Deretter behandles det som et vanlig skrubbsår.*
- B Henning legges inn på ortopedisk avdeling for å rense sårene i narkose.  
*Feil. Dette kan behandles ved skadepoliklinikken/ legevakt og rengjøres i lokalanestesi.*
- C Henning har asfalt tatoering. Såret skal renses godt, evt ved bruk av hibiskrubb såpe. De svarte prikkene vil gradvis forsvinne med tiden.  
*Feil, se kommentar over.*
- D X Henning har asfalt tatoering. Det bør settes lokalanestesi og prikkene må fysisk fjernes med en skalpell. Deretter behandles det som et vanlig skrubbsår med bandasjering.  
*Riktig, se kommentar til A.*

000015b-0a62a170be7

21

Du er fastlege for en gift 35 årig kvinne. Du kjenner ikke til sikre psykiatriske lidelser tidligere. Hun kommer nå til akutt-time pga en psykisk krise. Slik du forstår var det plutselig tilkommet en alvorlig konflikt mellom ektefellene for noen uker siden. De diskuterer nå separasjon. Hun har fått det gradvis mer vanskelig de siste tre uker. Hun har i økende grad mistet søvn og matlyst. Samtidig har hun blitt urolig og engstelig. I dag morges hadde hun fått det hun beskriver «som et anfall». Hun ble som hun selv sier plutselig helt «rasende og ute av seg». Hun angrep mannen fysisk. Hun hadde samtidig i sterk affekt truet ham med å ta sitt eget liv. Etterpå har hun vært svært urolig, engstelig og innimellom tungpusten. Hun føler at «det prikker» i hele kroppen. Hun er fortsatt urolig og agitert i konsultasjonen hos deg. Hun er imidlertid nå totalt benektende til å ha noen som helst tanker eller planer om å ta sitt liv.

Hva bør du gjøre med pasienten?

- A Hun henvises til akutt-time i Akutt Ambulant Team ved DPS.
- B X Hun henvises som øyeblikkelig hjelp til innleggelse.  
*Pas er i alvorlig fare for suicid. Noe annet enn innleggelse er uansvarlig.*
- C Hun får antidepressiva og ny time om tre dager.
- D Hun henvises sammen med ektefelle til akutt-time ved Familievernkontor.

000015b-0a62a170be7

22

Ved behandling av en alvorlig episode med depresjon, hvilke av disse psykososiale tiltakene vil du prioritere først?

- A Sikre at pasienten får hvilt nok  
*Hjelper vanligvis ikke, kan forverre tilstanden*
- B X Arbeide med å sikre døgnrytme, aktivitet og søvn  
*Dette gir vanligvis en viss bedring som oftest er en forutsetning for f eks å kunne arbeide med vansker på arbeidsplassen*
- C Løse en mindre konflikt på arbeidet til pasienten  
*Vanskelig før døgnrytme er etablert og pasienten har kommet seg noe*
- D Sikre at pasienten får en lengre pause fra arbeidslivet  
*Kan hindre rehabilitering ved langt fravær fra arbeidet*

000015b-0a62a170be7



23

En 18 år gammel jente kommer på legekontoret sammen med sin mor. Mor er redd for at datteren er i ferd med eller har utviklet en spiseforstyrrelse. Jenta er opptatt av kosthold og trening, og spiser ifølge mor mindre enn tidligere. Mor mener jenta har gått betydelig ned i vekt, men jenta benekter dette. Det siste skoleåret har hun hatt noe fravær fra skolen på grunn av dårlig form, men karakterene er fortsatt gode. Hun trener minst 6 av 7 dager, mest kondisjon, noe styrke. Jenta benekter overspising, men kan kaste opp av og til dersom hun føler at hun blir for mett. Ved klinisk undersøkelse er det normal organstatus, og normale blodprøver. Vekt: 52,6kg, Høyde: 174 cm, tilsvarende BMI 17,4. Vekttapet de siste to månedene er på 4,6 kg. Som fastlege mistenker du spiseforstyrrelse. Hvilken behandling bør pasienten tilbys?

- A Psykofarmakologisk behandling med SSRI  
*Psykofarmakologisk behandling skal ikke være eneste behandling for ungdom med (mistanke om) spiseforstyrrelse*
- B Støttesamtaler hos helsesøster og treningsforbud  
*Helsesøster skal ikke ha behandlingsansvar, og pasient med BMI i området for anorexia nervosa skal tilbys poliklinisk behandling*
- C Behandling hos fastlege med fokus på vekt, ernæring og fysisk aktivitet  
*Pasientens BMI indikerer anorexia nervosa, og pasienten bør henvises til poliklinikk for utredning og behandling for å unngå prognosetap*
- D X** Henvisning til DPS for poliklinisk behandling  
*Pasienten har en BMI som indiserer anorexia nervosa, og bør henvises til poliklinikk for behandling*

000015b-0a62d170be7

24

En pasient med kjent bipolar lidelse kommer til deg på psykiatrisk poliklinikk for videre oppfølging etter innleggelse med en alvorlig depressiv episode. Han er nå bedre, men er fortsatt sykemeldt. Det kommer frem at han har hatt en alvorlig konflikt med sin tidligere sjef før han fikk den siste depresjonen. Beskriver et godt forhold til sin samboer, og har noen få, men gode venner. Bør pasienten utredes for personlighetsforstyrrelse?

- A Pasienten bør utredes fordi personlighetsforstyrrelse er en aktuell differensialdiagnose
- B Pasienten bør ikke utredes fordi det er fare for at det vil skade behandlingsalliansen til pasienten.
- C Det er liten grunn til utredning for personlighetsforstyrrelse fordi pasienten ser ut til å ha gode relasjoner til de fleste andre mennesker
- D X** Han bør utredes fordi omtrent 50% av personer med bipolar lidelse har personlighetsforstyrrelse  
*50% av de med bipolar lidelse har en personlighetstyrrelse. Siden det er så vanlig, er det meget relevant å utrede nærmere for dette. Det er relevant om det er dysfunksjonelle personlighetstrekk som har bidratt til konflikten med sjefen, noe som kan ha vært en utløsende faktor for den siste depresjonen. En litt mer dyptpløyende anamnese kan også avsløre mer om relasjonen til samboeren og vennene. Dysfunksjonelle personlighetstrekk kan være skjult.*

000015b-0a62d170be7

25

Kvinne 85 år kommer til fastlegen som diagnostiserer alvorlig depresjon og mistenker at hun har psykotiske symptomer. Hun har aldri hatt kontakt med psykisk helsevern tidligere og du som fastlege er ikke kjent med at hun har vært deprimeret tidligere. Du vurderer at hun ikke er suicidal. Depresjonen har utviklet seg i løpet av 3-4 uker. Hun har flere somatiske sykdommer og bruker flere medikamenter. Det er ikke tilkommet nye somatiske symptomer. Normale forhold ved klinisk undersøkelse. Blodprøver er som tidligere. Det er bare aldersadekvate forandringer på cerebral CT som er tatt 3 mnd. tidligere. Hva bør du gjøre?

- A Starter med SSRI, informerer pårørende om tilstand og gir pasienten ny time om 4 uker  
*Dersom hun er alvorlig deprimeret og er psykotisk, er det ikke tilfredsstillende oppfølging å ikke gi henne oppfølgingstid før om 4 uker. Obs for medikamentinteraksjoner.*
- B Henviser henne til poliklinisk time til nærmeste alderspsykiatriske avdeling med tanke på demensutredning  
*Demensutvikling er lite sannsynlig da endringene har skjedd i løpet av få uker.*
- C X Henviser henne til frivillig akuttinnleggelse på nærmeste DPS med tanke på ECT  
*ECT gir best effekt og er mest skånsomt hos en eldre pasient med depresjon og somatisk sykdom og flere medikamenter.*
- D Henviser henne til innleggelse på §3-2/ tvungen observasjon på nærmeste DPS  
*Pasienten blir vurdert som ikke suicidal (selv om grad av suicidalitet kan skifte raskt og er vanskelig å vurdere hos en som er psykotisk) og "frivillighet skal være prøvd" slik at det er riktig å prøve mildere tiltak først.*

000015b-082d170b47

26

En mor kommer til deg som fastlege med sin datter på 21 år. Datteren har vært sosial i oppveksten, flink på skolen og i idrett. De siste to årene har hun trukket seg stadig mer tilbake fra det sosiale livet. Hun har hatt et par jobber etter videregående skole, men ble sagt opp fra den siste jobben da hun møtte sporadisk, og hun har ikke greid å arbeide siste året. Hun har liten tiltakslyst, ligger stadig mer i sengen og uttrykker i liten grad følelser. De siste månedene har hun også begynt å si rare ting som at «hun har en egen misjon på jorden». Mor synes datteren virker ukonsentrert og det er vanskelig å føre en samtale med henne. Hun kan hoppe fra det ene tema til det andre uten at mor greier å skjønne sammenhengen. Mor har merket at datteren de siste 5-6 ukene også kan snakke ut i luften, som om hun snakker til noen. Det blir ikke funnet organisk årsak som kan forklare symptomene. Hvilken psykisk lidelse er mest sannsynlig?

- A X Schizofreni  
*Pasienten har symptomer som sosial tilbaketrekking, følelsesavflatning, funksjonsfall og positive psykotiske symptomer som vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, med varighet i over 1 måned*
- B Akutt psykose  
*Pasienten har psykotiske symptomer, men har funksjonsfall og innsykning over tid*
- C Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)  
*Pasienten har flere symptomer enn vrangforestilling. I tillegg er klar og vedvarende hørselshallusinose (stemmer) og følelsesavflatning uforenlig med diagnosen.,*
- D Depresjon med psykotiske symptomer  
*En viktig differensialdiagnose, men vrangforestillinger om å ha en egen misjon på jorden virker ikke deprimert*

000015b-082d170b47

27

En eldre dame som har demens og bor hjemme har fortalt at hun stadig får besøk av fremmede mennesker som setter seg i sofaen hennes og ikke bryr seg om at hun bor der. Du er hennes fastlege og får vite fra vaktmesteren at det ikke har vært andre mennesker i leiligheten. Du oppfatter pasienten som psykotisk og informerer pårørende om det. Pårørende blir forskrekket og kan ikke forstå at pasienten kunne få psykose siden det ikke finnes schizofreni i slekta. Hva bør du svare pårørende?

- A X** Psykotiske symptomer kan forekomme ved forskjellige sykdommer inkludert depresjon, ruslidelser og demens.  
*Psykotiske symptomer kan forekomme ved mange psykiske lidelser, i tillegg til de nevnte også bla ved organiske psykiske lidelser samt vrangforestillingslidelse, akutte psykoser og PTSD*
- B** Du kan berolige pårørende med at denne formen for psykose blir raskt bedre med antipsykotisk medisin f.eks. risperidon  
*Dette kan være Lewy legeme demens som ikke skal ha denne typen antipsykoptika pga fare for alvorlige bivirkninger*
- C** Psykotiske symptomer tyder på for mye stress med å bo hjemme og pasienten bør derfor flytte på sykehjem  
*Det er funksjonsnivå og ADL funksjon som bestemmer om hun kan bo hjemme, ikke psykotiske symptomer alene.*
- D** Psykotiske symptomer ved demens tyder på at det er schizofrene gener i slekta slik at familien bør tilbys genetisk rådgiving  
*Ikke riktig*
- 

000015b-0a62a170be7

28

Hjemmesykepleier er bekymret for almenntilstanden til en eldre pasient med kronisk schizofreni. Han har blitt behandlet med økende doser av Risperidon (antipsykotikum) i depotform de siste par måneder. Han ligger nå til sengs. Han gir dårlig kontakt. Han har vansker med å prate. Han virker ustelt og dehydrert. I undersøkelse finner du ham stiv i alle ekstremiteter. Pasienten har mangelfull ernæring. Hvilket vitamin er det svært viktig at han får?

- A** Folsyre
- B** Vitamin B1 peroralt
- C X** Vitamin B1 injeksjon  
*Nødvendig med parenteral tilførsel.*
- D** Vitamin B12 peroralt
- 

000015b-0a62a170be7

29

En mann på 25 år skal begynne med antipsykotisk medisin. Han er 170 cm og veier 88 kg (KMI 30,4). Er hjertefrisk men plages med at han blir svimmel når han reiser seg opp. Han har moderat gynekomasti. Hvilket medikament bør foreskrives?

- A** Quetiapin (Seroquel), en dopaminantagonisk med høy affinitet for adrenerg alfa1 reseptorer  
*Ofte hypotensjon, særlig i starten*
- B** Risperidon (Risperdal), en potent dopaminantagonist  
*Øker prolaktin som gir økt gynekomasti*
- C X** Aripiprazol (Abilify), en partiell dopaminagonist  
*Har lite metabolske og hjerte-kar bivirkninger. Gir ikke økt prolaktin. Bør velges pga sannsynlig mindre bivirkninger for denne pasienten*
- D** Olanzapin (Zyprexa), en dopaminantagonist med antihistamineffekt  
*Ofte vektøkning*
- 

000015b-0a62a170be7

30

Hvilke antipsykotiske medikamenter er mest effektive?

- A Lavdose antipsykotika (feks haloperidol og flupentixol)  
*Er effektive mot positive symptomer men gir ofte ekstrapyramidale bivirkninger som begrenser doseringen*
  - B Annengenerasjons / atypiske antipsykotika (feks risperidon og olanzapin)  
*Trolig mindre ekstrapyramidale bivirkninger men det kommer også an på dosering*
  - C X** Klozapin/ Leronex  
*Mest effektivt men bruken begrenses av potensielt svært alvorlige bivirkninger og behov for regelmessig blodprøve*
  - D Ingen antipsykotika er klart bedre enn andre
- 

000015e-0a62d170be7

31

På legevakt i kommunen får du en ung mann til akuttime. Du ser fra elektronisk journal at han nylig har vært til time hos psykiater. Der er det diagnostisert schizofreni. For to uker siden ble det startet opp med risperidon (Risperdal) tabletter 2 mg x2. For fire dager siden ble dette økt til 3 mg x2. Pasientens mor er med i timen. Hun forteller at sønnen har blitt mer og mer urolig de siste dager. Han klarer knapt å sitte stille. Hun er svært bekymret og forteller at han er sykere enn noen gang. Han har snakket om at han har tanker om suicid.

Hva er den mest sannsynlige årsak til at mor oppfatter pasienten som forverret?

- A Pasienten har blitt mer psykotisk pga overdosering av medisinen
  - B Pasienten har en uro som er vanlig etter økning av dose og som snart vil gå over av seg selv.
  - C Pas har fått akutte, parkinsonistiske bivirkninger av medisinen
  - D X** Pas har utviklet akatysi pga den medikamentelle behandlingen  
*Akatysi vanlig med Risperidon.*
- 

000015e-0a62d170be7

32

Hvilke somatiske undersøkelser bør gjøres før man starter med antipsykotisk medisin?

- A Differensialtelling av hvite blodlegemer  
*Bare ved bruk av klozapin/ Leronex*
  - B CT eller MR caput  
*Gjøres ved utredning av psykose men ikke spesielt ved oppstart av antipsykotisk medisin*
  - C X** Høyde, vekt, blodtrykk og puls  
*Viktig for å vurdere risiko for metabolsk syndrom og hjerte- kar sykdom fordi denne risikoen er forhøyet ved psykose kan forverres ved bruk av antipsykotisk medisin*
  - D EKG og røntgen thorax  
*EKG tas ved kjent hjertesykdom (eller ved mistanke om dette) og ved medikamenter som særlig øker QT tid. Det gjelder ikke de fleste antipsykotika. Rtg thoraks har ingen spesiell indikasjon ved psykose og antipsykotisk medisin og tas på indikasjon uavhengig av psykisk tilstand.*
- 

000015e-0a62d170be7

33

Kvinne, 22 år, er hos sin fastlege i forbindelse med prevensjonsveiledning. På slutten av timen sier hun at hun har fått diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og lurer på om det er arvelig.

Hvilket svar er mest riktig?

- A X** Både arv og miljø er viktig  
*Fra forelesningen: Arvelighet for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: 0,35-0,69. En rekke studier indikerer at gener har nesten like stor betydning som miljøfaktorer for utvikling av personlighetspatologi (generelt)*
  - B Nei, det er ikke arvelig
  - C Det er ikke mulig å svare på det
  - D Ja, det er arvelig
- 

000015e-0a62d170be7

34

En 17 år gammel jente kommer til fastlegen i følge med sin far. Det kommer fram at hun har vært utsatt for en voldtekt for cirka et halvt år siden. Hun har holdt det for seg selv, men har nå nylig fortalt det til foreldrene under press fra sin nåværende kjæreste. Far beskriver at hun det siste halvåret har forandret seg. Hun har blitt mer stille og tilbaketrukket, samtidig som hun oftere får sinneutbrudd og har blitt vanskeligere å ha med å gjøre hjemme. Hun sliter med å ta fatt i skolearbeidet sitt. Fastlegen spør spesifikt om gjenopplevelser, noe pasienten bekrefter. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

**A X** PTSD

*Ut fra sykehistorie kommer det frem at det dreier seg om en langvarig reaksjon som har oppstått innen 6 måneder etter en belastende hendelse av usedvanlig truende art i form av en voldtekt. Reaksjonen består i gjenopplevelser, anhedoni (sliter med å ta fatt i skolearbeidet sitt), unngåelse (har holdt det for seg selv), distansering fra andre mennesker (stille og tilbaketrukket) og sinne. Sinne er ikke tatt med i ICD-10, men det er et vanlig symptom ved PTSD, og er beskrevet i DSM-V som en vedvarende negativ emosjonell tilstand ved PTSD.*

**B** Tilpasningsforstyrrelse

*Siden det kliniske bildet passer med en mer spesifikk diagnose (PTSD), er det ikke aktuelt å sette diagnosen tilpasningsforstyrrelse.*

**C** Depresjon

*Siden pasienten har blitt mer stille og tilbaketrukket, mer irritabel og sliter med å ta fatt i skolearbeidet sitt, bør man absolutt vurdere om pasienten også lider av en depresjon, ved å spørre henne nærmere om hovedsymptomer, tilleggssymptomer og varighet. Men ut fra de opplysningene som foreligger, er PTSD det mest riktige svaret.*

**D** Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

*Det beskrives tegn som kan minne om en personlighetsendring ved at hun har blitt 'vanskeligere å ha med gjøre' og hatt sinneutbrudd. Atferden og måten å forholde seg til foreldrene på har vært dysfunksjonell, og en får inntrykk av betydelig personlig lidelse. Det er imidlertid ingen tegn til at dette debutert tidlig eller er vedvarende og omfattende, slik at denne diagnosen ikke er aktuell.*

000015b-0a62a170be7

35

En mann på 30 år som har schizofreni bruker klozapin (Leponex) men har fortsatt hørselshallusinasjoner som gjør at han blir paranoid og har vanskelig for å være sammen med andre. Hva er anbefalt som neste behandlingstiltak?

**A** Kombinere med annet antipsykotikum

**B** Legge til et benzodiazepin

**C X** Kognitiv terapi

*Kognitiv terapi er anbefalt for hallusinasjoner som vedvarer til tross for adekvat antipsykotisk medikasjon*

**D** Dynamisk psykoterapi

000015b-0a62a170be7

36

Du tilkalles som legevakt til en 85 år gammel kvinne på sykehjem som plutselig har blitt urolig og virker psykotisk. Hun snakker usammenhengende om TV, krig og et barn som må få hjelp. Hun virker redd og følger etter personalet og medpasienter for å fortelle at de må gjøre noe. Hun har kjent demens, hypertensjon, hypotyreose og har hatt flere urinveisinfeksjoner. Hva er den mest sannsynlige årsaken til de de aktuelle symptomene?

**A** Panikkanfall

**B** Overdosering av tyroksin

**C X** Delir

*Vanlig som komplikasjon ved demens og ofte utløst av somatisk sykdom som feks urinveisinfeksjon*

**D** Akutt psykose

000015b-0a62a170be7

37

En 85 år gammel mann med demens på et sykehjem er vandrende og urolig slik at han forstyrrer andre beboere.

Hvilket medikament anbefales å forsøke for å få pasienten til å bli roligere?

- A Escitalopram (Cipralext), en selektive serotonin reopptakshemmer (SSRI)
- B Risperidon (Rispedal), et antipsykotikum
- C Donepezil (Aricept), en kolinesterasehemmer
- D X** Ingen medikamenter

*Ingen medikamenter har vist akseptabel effekt på uro ved demens. Ofte store problemer med alvorlige bivirkninger, og bruk av aktuelle medikamenter er vanligvis bare aktuelt ved agresjon og uttalt agitasjon. Riktig behandling er utredning for somatiske årsaker samt iverksetting av miljøtiltak.*

000015b-0a62d170be7

38

Kognitiv atferdsterapi er en vanlig behandlingsform for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

Hva vil være viktigst å lære seg for disse pasientene i denne terapiformen?

- A X** Å lære seg håndtering av sine emosjonelle svingninger  
*Emosjonelle svingninger, også kalt ustabil stemningsleie, er et sentralt kriterium ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, noe som ofte håndteres uhensiktsmessig i form av kranglete atferd, sinneutbrudd, ustabile relasjoner og selvskading, som også er kriterier for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I kognitiv atferdsterapi vil man jobbe med at pasienten lærer seg nye, mer hensiktsmessige måter å håndtere sine emosjonelle svingninger på.*
- B Å lære seg sinnemestring  
*Sinnemestring kan også være en sentral del av kognitiv atferdsterapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men det er mer snevert, og dermed ikke det viktigste.*
- C Å lære seg hvilke medisiner de kan ta i dårlige perioder
- D Å lære seg å ta kontakt når de har det vanskelig

000015b-0a62d170be7

39

Hva er anbefalt empirisk antibiotikabehandling for pasienter med sepsis uten kjent fokus?

- A Vancomycin + gentamicin i.v.
- B Meropenem i.v.
- C X** Penicillin + gentamicin i.v.  
*Dette er anbefalt i de nasjonale retningslinjene for sepsisbehandling. Det dekker de fleste bakterier som gir sepsis i Norge. Cefotaksim, ciprofloxacin, meropenem er mindre aktuelle grunnet økologiske bivirkninger da de er bredspektrede antibiotika. Vancomycin bruker vi ved mistanke om resistente bakterier (MRSA eller VRE) eller ved fremmedlegemeinfeksjoner.*
- D Cefotaksim + ciprofloxacin i.v.

000015b-0a62d170be7

40

En ung mann på 22 år kommer med feber som han har hatt i 2 uker. Han har samtidig orale ulcerasjoner, makulopapuløst utslett på brystet og magen og hovne lymfeknuter på halsen. Han har hatt ubeskyttet seksuell omgang med en mann i Thailand for 1 måned siden.

Hvilken undersøkelse bestiller du først hos denne mannen?

- A Dengue hurtigtest da du mistenker Denguefeber som forekommer hyppig i Thailand
- B CT-collum da du mistenker at de hovne lymfeknutene er lymfom
- C Blodprøve ANCA med tanke på Wegeners granulomatose da han har orale ulcerasjoner
- D X** HIV-test da du mistenker akutt HIV-infeksjon etter ubeskyttet sex  
*Feber, orale ulcerasjoner, hovne lymfeknuter og utslett er typisk for akutt HIV, men ikke for de andre svaralternativene. Ubeskyttet sex i Thailand styrker mistanken ytterligere.*

000015b-0a62d170be7

41

En 78 år gammel, tidligere hudfrisk kvinne startet behandling med metoprolol (betablokker) for sin angina pectoris for en måned siden, og omtrent samtidig begynte hun å klø i huden og få utslett. For en uke siden utviklet utslettet seg med store, spente blemmer på ekstremitetene. Blemmene inneholdt serøs væske og etterlot seg erosjoner. Hun fikk raskt time til hudlege som tok vanlig hudbiopsi til histologi og biopsi til immunfluorescensundersøkelse. Det ble også tatt en blodprøve (anti-hud) som var positiv for antistoff mot hudens basalmembran.

**Hvilken diagnose er mest sannsynlig?**

- A Pemphigus vulgaris  
*Nei, denne tilstanden gir ikke spente blemmer. Har antistoff mot intercellulærsubstans, ikke basalmembran.*
- B X** Bulløs pemphigoid  
*Ja, mest riktig i henhold til klinikk og diagnostikk*
- C Legemiddelreaksjon i form av type IV hypersensitivitetsreaksjon  
*Nei, gir ikke spente blemmer, men makulopapuløst utslett primært sentralt, trunkalt, og ikke vanlig med utslett samtidig som oppstart av legemiddel. Sensibilisering tar som regel 2-3 uker.*
- D Legemiddelreaksjon i form av type III hypersensitivitetsreaksjon  
*Nei, gir ikke spente blemmer, men som regel palpabel purpura og sår, og ikke vanlig med utslett samtidig som oppstart av legemiddel. Sensibilisering tar som regel 2-3 uker.*

000015b-0a62a170be7

42

Som allmennlege følger du opp en 18 år gammel kvinne som fra begynnelsen av tenårene har hatt økende plager av acne i ansiktet. Hun har først kontaktet kosmetolog og prøvd flere ulike midler og kurer uten særlig effekt.

Du forsøker først å behandle henne med benzoylperoksid og retinoider topikalt i tre måneder. Dette har noe, men ikke nok effekt, og hun seponerer behandlingen da den også gir rød og irritert hud.

Nå er hun fortvilet fordi "kvisene er verre enn noen gang".

Hudstatus:

I ansikt ses rikelig med komedoner, både åpne og lukkede, samt spredte papler og papulopustler. Det sees arr etter tidligere acneelementer.

**Hvordan er det best å behandle denne pasienten nå?**

- A Tetracykliner per os alene  
*Tetracykliner riktig tilnærming da hun har arr, men anbefalt å kombinere med antiseptisk behandling*
- B Topical behandling med retinoider alene for å dempe hudirritasjonen  
*Dette kan riktignok dempe irritasjonen og gi noe effekt, men hun har arrdannelse og bør få systemisk behandling*
- C Topikal behandling med benzoylperoxid alene for å dempe hudirritasjonen  
*Dette kan riktignok dempe irritasjonen og gi noe effekt, men hun har arrdannelse og bør få systemisk behandling*
- D X** Tetracykliner i kombinasjon med benzoylperoxid  
*Ja, riktig å kombinere systemisk behandling med antiseptisk topikal behandling*

000015b-0a62a170be7

43

En ungdom på 15 år oppsøker deg på legevakt. Hun har fått et utslett i løpet av siste døgn som klør veldig, og er utbredt på nesten hele kroppen. Hun har ikke merket noe i øyne eller på leppe, men hun har hatt litt svie ved vannlating siste dagene. Når du tegner rundt en av flekkene ser du at den forsvinner mens hun er inne hos deg. Pga smertene ved vannlating har hun tatt litt paracetamol. Hva er mest sannsynlig diagnose?



- A** Steven-Johnson syndrom  
*Kan gi affeksjon av hud og slimhinner, men lesjonene vil ikke flytte på seg. Kan gi både targetlesjoner som ved erythem multiforme, men også mer atypiske lesjoner i hud*
- B** Medikamentutslett  
*Kan gi urticaria, men paracetamol er en svært sjelden årsak til dette*
- C** Erythema multiforme  
*Erythema multiforme gir typisk targetlesjoner, og de vil ikke forsvinne i løpet av kort tid. Kan også være utløst av infeksjoner*
- D X** Urticaria  
*Kun urticaria som flytter på seg så raskt. Infeksjoner (her: Mulig UVI) er en hyppig årsak til akutt urticaria, spesielt hos barn/ungdommer.*
- 

000015b-05b2d170be7

**44**

Som allmennlege blir du oppsøkt av et foreldrepar med en sønn på 6 mnd. Siden fødsel har han hatt et "fødselsmerke" på høyre kinn, og de er nå interessert i å høre hva slags behandling man har å tilby for dette. Ved undersøkelse ser du et erythematøst makulært område, ca 3 cm i diameter. Du tolker dette som en port-wine stain (nevus flammeus).

**Hvilket råd er mest riktig å gi til foreldrene?**

- A** Dette bør behandles tidligst mulig med systemiske steroider, og du anbefaler å henvise til hudlege for dette  
*Nei, steroider har ingen plass i behandling av denne typen lesjoner*
- B** Han bør henvises til plastikkirurg for eksisjon rundt 7-årsalder  
*Nei, disse behandles best med fargelaser. Kirurgi gir risiko for arr*
- C X** Han bør henvises til vurdering av fargelaserbehandling tidlig for best kosmetisk resultat  
*Ja, best resultat av laser tidlig på denne typen lesjoner*
- D** Det er ikke nødvendig med behandling i første omgang da de fleste forsvinner spontant innen skolealder  
*Nei, tidlig behandling lurt for å unngå etablering av lesjonen med risiko for dermal infiltrasjon*
- 

000015b-05b2d170be7



45

24 år gammel mann med svie ved vannlating kommer til fastlegen for å teste seg for «alt» etter ubeskytta oral og analsex med norsk mann, (giver og mottaker). Siste smittekontakt var for 4 uker siden.

Hvilke prøver er mest hensiktsmessig å ta?

- A PCR pinnprøve fra hals, uretra og anus. Det er for tidlig for blodprøver/serologi.
- B PCR og dyrkning pinnprøve fra hals, uretra og anus. Det er for tidlig for blodprøver/serologi.
- C PCR pinnprøve fra hals, uretra og anus. Blodprøver/serologi (Hepatitt B, HIV, syfilis)
- D X** PCR og dyrkning pinnprøve fra hals, uretra og anus. Blodprøver/serologi (Hepatitt B, HIV, syfilis)  
*I vignetten beskrives MSM med risikoadferd. Her bør det sikres både PCR og dyrkningsprøve fra alle eksponerte områder. Det bør også tas serologi mtp Hepatitt, HIV og syfilis. Det er ikke for tidlig å ta denne blodprøven nå, men den bør gjentas 3 mndr etter smittetidspunktet. Kompendium: "Venerologi, undersøkelse" (Pukstad 2017). Seksuelt overførbare sykdommer (Moi, Maltou 2013).*

000015c-082d170b7

46

For å diagnostisere atopisk eksem brukes ofte U.K. Working Party's diagnostiske kriterier. Hvilket hovedkriterium må alltid være oppfylt for at diagnosen skal kunne settes?

- A Eksem på typiske lokalisasjoner  
*Nei, graden av eksem vil variere, så pasienten har ikke nødvendigvis eksem når han/hun er til undersøkelse*
- B Tørr hud  
*Nei, dette er et minorkriterium*
- C X** Kløe  
*Ja, man må selv si at det klør, eller foreldre til barn rapporterer om kløende adferd*
- D Har en førstegradsslektning med astma eller hørsnue  
*Nei, dette er et minorkriterium*

000015c-082d170b7

47

En 55 år gammel mann har lys hudtype med fregner. Hans mor fikk fjernet et malignt melanom for 5 år siden.

I løpet av de senere årene har han utviklet flere brune pigmenterte hudforandringer. En av dem har blødd og deler av den skrapes lett av. Se bilde.



### Hva er den mest sannsynlige diagnose?

- A Nodulært malignt melanom  
*Han har flere lignende lesjoner, og den skrapes lett av. Selv om den blør lett er det langt mer sannsynlig at dette dreier seg om en seborreisk keratose*
  - B X** Seborreisk keratose  
*Ja, typisk klinikk. Ser ut som om den er "klasket" rett på hudoverflaten. Kan være lettblødende da den lar seg lett irritere. Enkelt å curretere bort, men kan komme tilbake igjen. Helt benign.*
  - C Irregulær pigmentert melanocytnevus  
*Nei, denne lesjonen er homogen og fremstår som typisk for seborreisk keratose (talggjertelvorte)*
  - D Pigmentert basalcellecarcinom  
*Lite sannsynlig her. Pigmenterte basalcellecarcinom er ikke så homogene. Klinikk her typisk for seborreisk keratose*
- 

000015b-0a62a170be7

48

En 45 år gammel tidligere frisk kvinne kommer til deg med eksem på hendene. Etter en grundig anamnese føler du deg usikker på om hun har et irriterende håndeksem, eller om hun er allergisk for nikkel.

Hva er mest hensiktsmessig å gjøre for å komme nærmere et svar?

- A Behandler henne med topikale steroider og ber henne holde seg unna nikkelholdige produkter  
*Nei, hvis du ønsker et sikkert svar på om hun har en kontaktallergi eller ikke, bør dette utredes*
  - B Henvise til prikktest  
*Nei, dette tester en type I reaksjon. Tester ikke eventuell nikkelallergi på denne måten*
  - C Be henne ha på seg "uekte" øredobber, og se om hun reagerer på disse  
*Nei, du kan ikke vite hva øredobbene inneholder*
  - D X** Henviser til epikutantest  
*Ja. Dette tester type IV reaksjon og vil kunne gi deg svar på om hun har en kontaktallergi for nikkel eller ikke*
- 

000015b-0a62a170be7

49

I forbindelse med undersøkelsen av mannlig pasient på 25 år med dysuri og blank utflod blir det på venerisk poliklinikk gjort mikroskopi av Gramfarget utstrykspreparat fra uretra. På 1000 x forstørrelse sees >5 leukocytter per synsfelt i >5 synsfelt, ingen tegn til intra eller ekstracellulære gram negative diplokokker. Pasienten har uttalte symptomer og reiser i dag på ferie i to uker. Han ber deg om å gi behandling i dag.

Hva er mest riktig behandling å gi?

- A Benzathinpenicillin G 2,4 millioner IE x1 im (behandling av syfilis)
  - B Azitromax 500 mg første dag, deretter 250 mg daglig i påfølgende fire dager (behandling av villtype *Mycoplasma genitalium*)
  - C Ceftriaxone (500 mg im) og Azitromax (2 gram) som engangsdose (gonorebehandling)
  - D X** Doksisyklin 100 mg x2 i 7 dager (klamydiabehandling)  
*Det er påvist en inflammasjon med >5 leukocytter pr synsfelt i mer enn 5 synsfelt i 1000 x forstørrelse i Gramfarget utstryk fra uretra uten funn av diplokokker, altså en uspesifikk uretritt hos menn (NGU). Uretritten kan skyldes Klamydia eller Mykoplasma som er de vanligste årsakene til NGU, men kan i sjeldnere tilfeller også skyldes både herpes simplex, Trichomonas vaginalis og Candida albicans. Vi kan ikke si noe sikkert om årsak før vi har svaret på PCR-undersøkelsen. Behandling av NGU som gis før svar på laboratorieprøver foreligger må være effektiv mot Klamydia. Han bør derfor få Doxycillin 100 mg x2 i 7 dager.*  
*Kilde: Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. Moi og Maltau, 3. utgave.*
- 

000015b-0a62a170be7

50

En 35 år gammel mann oppsøker deg på fastlegekontoret på grunn av oppbluss av psoriasis. Du oppdaget spredte, enkeltstående, klassiske psoriasisplakk med lite skjelling, men med moderat erytem og infiltrasjon på strekkesiden av ekstremitetene hans for tre uker siden, og initierte topikal behandling i form av potent kortisonkrem (gruppe III) x 1 daglig i 1 uke og deretter x 2/uke i 1 uke. Hudforandringene (<10% kroppsoverflaten totalt) ble initialt bedre, men etter seponering forteller han at utslettet har blusset opp igjen. Han er ellers frisk og bruker ingen faste medisiner. Hvilket tiltak er mest riktig nå?

- A X** Du gir pasienten råd om intensivt bruk av kortisonkrem i 2 uker og forsøksvis gradvis nedtrapping til vedlikeholdsbehandling x 2/uke over 4-6 uker.  
*Pasienten har mest sannsynlig fått oppbluss av psoriasis fordi fastlegen har iverksatt behandlingstiltak med kortisonkrem av utilstrekkelig varighet/for rask nedtrapping. Pasienten er underbehandlet og trenger innføring i behandlingsprinsippene ved psoriasis i allmennpraksis. Det bør iverksettes tiltak i form av et intensivt smøreregime med daglig smøring med egnet kortisonpreparat til aktiviteten avtar (normalt i løpet av 2 uker), deretter gradvis nedtrapping (normalt i løpet av 2 uker) til vedlikeholdsbehandling x 2/uke i minst 2-4 uker.*  
*Kilde: Psoriasis-forelesning IIC*
- B** Du henviser pasienten til lysbehandling i regi av hudspesialist.  
*Pasienten har mest sannsynlig mild psoriasis som vanligvis responderer godt på topikal behandling og det er ikke indikasjon for lysbehandling på dette tidspunkt i forløpet.*
- C** Du henviser pasienten til hudspesialist for vurdering med tanke på oppstart systemisk behandling.  
*Pasienten har mild psoriasis som responderer på topikal behandling og det er ikke indikasjon for henvisning til hudlege for vurdering oppstart systemisk behandling på dette tidspunkt av sykdomsforløpet.*
- D** Du gir pasienten råd om oppstart av kortisonsparende topikal vitamin-D-analog x 2/uke i 4-6 uker.  
*Pasienten har oppbluss av psoriasis og vitamin-D-analog-preparatene er bedre egnet som kortisonsparende vedlikeholdsbehandling i rolig fase av sykdommen enn ved akutt forverring på trunkus/ekstremiteter.*

000015b-c062e177be7

51

En 32 år gammel mann med kjent familiær disposisjon for psoriasis oppsøker deg på fastlegekontoret på grunn av langsomt progredierende forandringer på tåneglene. Han har lite plager, men er bekymret for om det kan være begynnende psoriasis. Ved klinisk undersøkelse ser du onykolyse, subungual hyperkeratose og gul-brun misfarging av begge storetånegler. Omliggende hud og øvrige negler er upåfallende. Han har ingen slimhinneforandringer. Du mistenker at pasienten har tinea unguium. Hvilket etiologisk agens er mest sannsynlig?

- A X** *Trichophyton rubrum*  
*Begrunnelse: Angående neglesopp er >99% assosiert med en dermatofytt-infeksjon hvorav T. rubrum er den vanligst forekommende.*  
*Kilde: Uketjeneste sopplab IIC/Forelesning dermatomykoser IIC/Chapter 17 Braun Falco's Dermatology*
- B** *Epidermophyton floccosum*  
*Også en dermatofytt, men mindre vanlig som årsak til neglesopp enn T. rubrum.*
- C** *Candida albicans*  
*Non-dermatofytt-neglesopp er svært sjeldent forekommende og gjærsopp er derfor usannsynlig.*
- D** *Malassezia furfur*  
*Non-dermatofytt-neglesopp er svært sjeldent forekommende og gjærsopp er derfor usannsynlig.*

000015b-c062e177be7

52

Hvilket medikament anbefales brukt som basismedisin hos alle pasienter med SLE, også gjennom svangerskap og ved amming?

- A Prednisolon  
*Anbefales sjelden brukt som kontinuerlig behandling over tid*
- B X** Hydroxyklorokin (Plaquenil)  
*Anti-inflammatorisk, kolesterolsenkende og blodfortynnede effekt som er gunstig for pasienter med SLE. Er et førstevalg ved behandling av SLE.*
- C NSAID  
*Må utvise forsiktighet ved bruk hos SLE pasienter da de har økt risiko for hjerte-karsykdom. Anbefales ikke brukt kontinuerlig over tid.*
- D Methotrexate  
*Kan brukes til å behandle artritt ved SLE, men er ikke basisbehandling*

000015b-0a62a170be7

53

Psoriasis artritt er en inflammatorisk leddsykdom. For å oppfylle klassifikasjonskriteriene for sykdommen (CASPAR kriteriene) må man ha påvist inflammasjon på et av tre steder. Hvilke er disse?

- A Ledd og/eller bindevev og/eller rygg (spondylitt)
- B Ledd og/eller enteser og/eller neglerot
- C X** Perifere ledd og/eller enteser og/eller rygg (spondylitt)  
*Man må ha inflammasjon enten i perifere ledd, entesitt (inflammasjon der senen fester i bein) eller i ryggen*
- D Perifere ledd og/eller enteser og/eller muskulatur

000015b-0a62a170be7

54

Ryggsmerter er en av de hyppigste plagene som gjør at pasienter oppsøker lege. Det er viktig å kunne skille mellom ryggplager som har inflammatorisk årsak ("inflammatoriske ryggsmerter") og de som har mekanisk årsak ("mekanisk rygg / degenerativ rygg"). Hvilket utsagn om den inflammatorisk rygg stemmer?

- A Stivhet om morgenen og om kvelden er karakteristisk for kronisk inflammatorisk rygg.  
*Det typiske er stivhet om morgenen og bedring mot kvelden.*
- B NSAIDs gir dårlig smertelindrende effekt for inflammatorisk rygg.  
*NSAID gir ofte god smertelindrende effekt ved inflammatorisk rygg*
- C Symptomene ved inflammatorisk rygg forverres ved aktivitet.  
*Inflammatorisk rygg forbedres som regel ved aktivitet.*
- D X** Morgenstivhet som forbedres ved aktivitet er karakteristisk for inflammatorisk rygg.  
*Inflammatorisk rygg er karakterisert ved morgenstivhet, forbedring av symptomer ved aktivitet, smerter om natten og god effekt av NSAID.*

000015b-0a62a170be7

55

Ved revmatoid artritt er det ikke bare leddene som blir affisert av den inflammatoriske prosessen. Sykdommen kan også føre til det vi kaller for ekstraartikulære manifestasjoner og sykdom i andre organer enn ledd. Hvilke ekstraartikulære manifestasjoner er de hyppigste?

- A Amyloidose og lungefibrose  
*Amyloidose så man tidligere pga høy inflammasjon over flere år. Dette er nå uvanlig pga bedre behandling. Lungefibrose er ingen vanlig manifestasjon ved RA*
- B Lymfom og polynevropati  
*Lymfom og polynevropati kan begge forekomme ved RA, mén er ikke vanlige manifestasjoner*
- C X** Kardiovaskulær sykdom og osteoporose  
*Dette er de valigste manifestasjoner og viktig å tenke på ved behandling*
- D Skleritt og vaskulitt  
*Skleritt og vaskulitt kan begge forekomme ved RA, men er ikke de vanligste*

000015b-0a62a170be7

56

En 20 år gammel kvinne kommer til deg på legekantoret. Hun har de siste ukene fått smerter i hender og følt seg litt mer trett. Hun er i full jobb på REMA 1000. Hun trives godt i jobben og er begynt å bli litt bekymret. Hun klager over smerter til MCP-2 og MCP-3 ve side samt MCP-3 og PIP-3 høyre side. Ved klinisk undersøkelse er hun øm i disse leddene men du finner ingen sikre hevelser. Hun har lett redusert kraft, men ingen problemer med å knytte hendene.

Blodprøver viser sterk positiv anti-CCP (ACPA) >100, Revmatoid faktor (RFIgM) normal < 5. CRP er 9 (normalverdi <5)

Hvordan håndteres denne situasjonen på riktigst måte?

- A Se det an og be henne ta kontakt igjen dersom hun får hevelse i ett eller flere ledd.  
*Feil. Dette er sannsynlig revmatoid artritt og rask henvisning til revmatolog er viktig*
- B X** Henvis henne til revmatolog og be om revmatologisk vurdering og prioritering.  
*Riktig: Leddsmerter i små ledd og positiv anti-CCP/ ACPA gir sterk mistanke om revmatoid artritt og hun skal derfor raskt henvises revmatolog. Dette fordi RA skal behandles tidlig for å unngå leddskade. Anti-CCP er mer spesifikk for RA enn Revmatoid faktor*
- C Gi henne NSAID (Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs) og be henne ta kontakt igjen dersom hun får hevelse i ett eller flere ledd.  
*Feil. Dette er sannsynlig revmatoid artritt og rask henvisning til revmatolog er viktig*
- D Gi henne prednisolon og be henne ta kontakt igjen dersom hun får hevelse i ett eller flere ledd.  
*Feil. Dette er sannsynlig revmatoid artritt og rask henvisning til revmatolog er viktig*

000015b-0a62a170be7

57

En 20 år gammel mann oppsøker legekantoret fordi han har fått vondt i en ankel. Smertene har økt på de siste 2-3 ukene.

Ved undersøkelse finner du hevelse og noe rubor. Han har god allmentilstand og er afebril. Når du gjør en klinisk undersøkelse så finner du også at han har litt røde øyne og at det foreligger konjunktival injeksjon. Hvilken diagnose er mest sannsynlig ut fra de gitte opplysningene?

På legekantoret måler du CRP som ø-hjelp og finner at den er 70 mm/time (normalverdi < 5 mm/time)

- A Sarkoidose med leddaffeksjon og øyeffeksjon  
*Sjelden med affeksjon av bare et ledd. SOm regel også hudsffeksjon*
- B X** Reaktiv artritt  
*Vanlig med artritt, øyeffeksjon og høy CRP*
- C Ankyloserende spondylartritt  
*Ingen opplysninger om smerter i ryggen*
- D Bakteriell artritt (septisk artritt)  
*Må tenke på septisk artritt pga monoartritt og høy CRP. Men pasineten har hatt smerter i 2-3 uker og ved en septisk artritt ville man forventet at han hadde blitt dårligere. kan heller ikke forklare øyeffeksjon*

000015b-0a62a170be7

58

Du er fastlege. En kvinne på 50 år kommer til deg og klager over smerter i hele kroppen. Hun har vært til deg med de samme problemene flere ganger de siste 5 årene. Hun er øm i muskulaturen og rykker unna pga smerter når du trykker på muskulatur. Hun er sliten, føler seg trøtt og fysisk aktivitet forverrer plagene. Hun har smerter i leddene, men det er ingen hevelse, rubor eller feilstillinger.

Alle blodprøver er normale med lav SR 2 og CRP 1

ANA, ANCA og anti-ccp er alle normale

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Psoriasis Artritt (PsA)  
*Ved PsA kan man ha normale blodprøver. Imidlertid er det usannsynlig at du ikke finner artritt eller leddforandringer etter 5 års sykehistorie*
- B X** Fibromyalgi  
*Riktig. Fibromyalgi gir uttalte plager, men ingen objektive funn. Uttalt ømhet ved palpasjon av muskulatur er vanlig*
- C Revmatoid artritt (RA)  
*RA har artritt og som oftest positiv anti-CCP. Man ville også forventet funn på ledd etter 5 års sykehistorie*
- D Sjøgren Syndrom  
*Sjøgren syndrom har positiv ANA og anti SSA/ anti-SSB. Sicca symptom er vanlig, i tillegg til trøtthet og leddsmerter.*

000015b-0a62a170be7

59

Lokalanestesi i form av lidokain med adrenalin (Xylocain 1% med adrenalin®) injiseres i huden som infiltrasjonsanestesi eller ledningsanestesi. Hvilket av følgende utsagn medfører mest riktighet når det gjelder infiltrasjonsanestesi?

- A Påvirker kun sensoriske nervefibrer  
*Lokalanestesi blokkerer også motoriske nervefibrer.*
- B Må ikke settes i fingre og tær  
*Advarselen mot bruk av lidokain med adrenalin i fingre og tær er ubegrunnet. Slik bedøvelse har betydelige praktiske fordeler. Forsiktighet bør utvises ved ledningsanestesi, ved infiserte fingre/tær og der det er dårlig sirkulasjon.*
- C Må ikke settes i huden over abscesser  
*Lokalanestesi over abscesser må gjerne brukes, men man må la det virke lenge før effekt oppnås.*
- D X Kan i høye doser gi forvirring og bradycardi  
*Systemiske toksiske reaksjoner av lidokain omfatter primært CNS og hjerte-/kar. Lidocain i høy dose kan gi CNS-toksisitet med symptomer av økende alvorlighetsgrad. De første symptomene er vanligvis cirkumoral parestesi, nummenhet i tungen, ørhet, hyperakusi, tinnitus og synsforstyrrelser. Høye systemiske konsentrasjoner av lokalanestetika kan gi hypotensjon, bradykardi, arytmi og hjertestans.*

000015b-0a62a170be7

60

En ny diagnostisk test for lungebetennelse gir falskt positivt svar hos 10% av de friske, mens testresultatet er falskt negativt hos 30% av de syke.

Hva er testens spesifisitet?

- A X 90%  
*10% av de friske får falskt positivt svar, og de resterende 90% får sant negativt svar – og det er definisjonen på spesifisitet.*
- B 70%  
*10% av de friske får falskt positivt svar, og de resterende 90% får sant negativt svar – og det er definisjonen på spesifisitet.*
- C 30%  
*10% av de friske får falskt positivt svar, og de resterende 90% får sant negativt svar – og det er definisjonen på spesifisitet.*
- D 10%  
*10% av de friske får falskt positivt svar, og de resterende 90% får sant negativt svar – og det er definisjonen på spesifisitet.*

000015b-0a62a170be7

61

I lunsjpausen på legekantoret blir det en diskusjon rundt innkjøp av nye sterile hansker til bruk for småkirurgi. En av kollegaene dine mener at det er like bra med rene hansker, og hun mener at hun har lest noe om dette i «Tidsskriftet» (Tidsskrift for den Norske legeförening). Dere finner artikkelen «Sterile eller rene hansker ved småkirurgi i allmennpraksis» av Knut Steen fra juni 2017. Noen av resultatene ser dere i tabellen under. Hvilket utsagn stemmer best?

Tabell 2

Vitenskapelig kvalitet av studiene i henhold til GRADE-kriteriene (Grading of Recommendations Assessments, Development, and Evaluation) (24) samt utfall. RCT = randomisert kontrollert studie. Positiv = påvist forskjell i infeksjonsfrekvens, Negativ = ingen påvist forskjell i infeksjonsfrekvens, Uavklart = ingen påvist forskjell i infeksjonsfrekvens ved mindre eksisjoner, men påvist forskjell ved større lappeplastikker

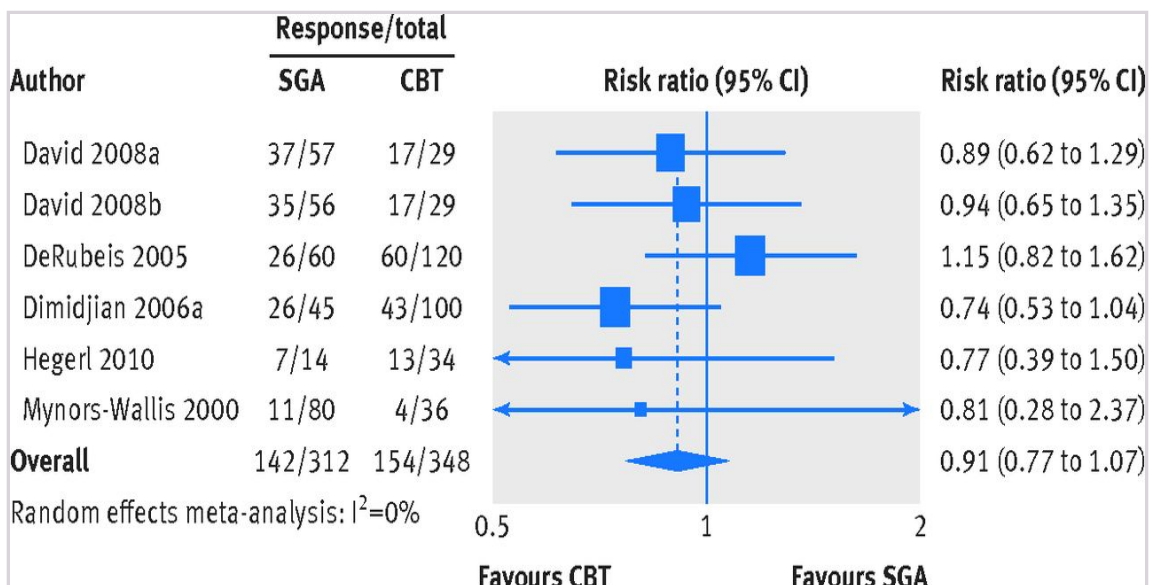
Førsteforfatter	Studie	Utfall	Vitenskapelig kvalitet
<b>Allmennmedisin</b>			
Heal (12)	RCT	Negativ	Moderat
Perelman (14)	RCT	Negativ	Moderat
Ghafouri (20)	RCT	Negativ	Svært lav
<b>Andre fagområder</b>			
Xia (15)	RCT	Negativ	Svært lav
Cheung (17)	RCT	Negativ	Svært lav
Chiu (21)	RCT	Negativ	Svært lav
Adeyemo (18)	RCT	Positiv	Svært lav
Giglio (19)	RCT	Negativ	Svært lav
Rouges (22)	Prospektiv observasjon	Uavklart	Svært lav
Alam (13)	Prospektiv observasjon	Positiv	Lav
Mehta (23)	Prospektiv observasjon	Negativ	Svært lav
Rhinehart (16)	Retrospektiv observasjon	Negativ	Svært lav

- A** Ettersom det var flest RCT-studier med i denne systematiske oversikten var kunnskapsgrunnlaget totalt sett lavt.  
*RCT studier trekker vanligvis opp kunnskapsgrunnlaget*
- B** I denne systematiske oversikten ble det funnet en tendens til forskjell i infeksjonsfrekvens mellom sterile og rene hansker.  
*De fleste studiene presentert i tabellen viste ingen forskjell mellom de to typene hansker*
- C** Det er nødvendig å gjøre en meta-analyse for å vurdere det endelige kunnskapsgrunnlaget.  
*Meta-analyser er ikke en forutsetning for å vurdere kunnskapsgrunnlaget, og heller ikke alltid mulig eller hensiktsmessig (f. eks. dersom studiene som identifiseres i en systematisk gjennomgang benytter ulike design og har sett på ulike intervensjoner/eksponeringer og utfall).*
- D X** Det trengs flere gode RCT studier som sammenligner infeksjonsfrekvens mellom sterile og rene hansker ved småkirurgi i en norsk allmennpraksis før man kan gi sikre anbefalinger.  
*I artikkelen konkluderes det med at "Det vitenskapelige grunnlaget for å anbefale bruk av enten sterile eller rene hansker ved småkirurgi i allmennpraksis med hensyn til sårinfeksjon er mangelfullt. Noen sikker forskjell i infeksjonsfrekvens ved valg av hansker ble ikke påvist." Det vil derfor være vanskelig å gi noen anbefalinger med utgangspunkt i eksisterende kunnskap. Man kan imidlertid se for seg at problemstillingen kan studeres med et randomisert kontrollert design, og at funn fra en slik undersøkelse vil kunne bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget. En studie fra norsk allmennpraksis vil kunne øke relevansen av funnene. Anbefalinger vil deretter kunne gis etter en totalvurdering hvor også andre perspektiver inngår (blant annet økonomi og hensynet til pasientene).*

000015b-0a52e170be7

## 62

Som fastlege har du gått på kurs i kognitiv terapi, og ønsker å benytte metoden på dine deprimerte pasienter. Du lurer imidlertid på om behandlingen vil virke dårligere enn antidepressiva, og leser med interesse resultatene fra artikkelen «*What are the benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies (CBTs) in the initial treatment of a current episode of major depressive disorder in adults*» av Amick et al. publisert i BMJ i 2015. Figuren under viser resultatet fra en meta-analyse av RCT studier som har sammenlignet behandlingsrespons mellom antidepressiva (SGA) og kognitiv terapi (CBT). Hva viser analysen?



- A X** Det er ingen forskjell i behandlingsrespons mellom antidepressiva og kognitiv terapi  
*Resultatet fra meta-analysen (basert på 6 ulike studier) vises på linjen med "Overall" - punkttestimatet med konfidensintervall leses helt til høyre (RR 0,91, 95% KI 0,77-1,07) - den blå diamanten viser det samme i figurform; den bredeste delen av diamanten (midten) tilsvarer punkttestimatet og endene tilsvarer øvre og nedre grense av konfidensintervallet. En relativ risiko på 0,91 tilsier en noe lavere risiko for respons for antidepressiva (9%), men ettersom konfidensintervallet er bredt og overlapper 1 (verdien for ingen forskjell mellom gruppene) har vi ikke holdepunkter for noen sikker forskjell mellom gruppene.*
- B** Kognitiv terapi gir bedre behandlingsrespons enn antidepressiva
- C** Antidepressiva gir en 9 % økning i behandlingsrespons sammenlignet med kognitiv terapi
- D** Det er umulig å konkludere pga sprikende funn (høy grad av heterogenitet)  
*Her er konfidensintervallene fra de ulike studiene stort sett overlappende, og ingen studier viser sikre forskjeller. Estimaten fra de ulike studiene samsvarer også i stor grad (bortsett fra en studie som har motsatt "retning" på effekten, men konfidensintervallet er bredt). Det er derfor lav heterogenitet mellom studiene. Dette indikeres også av at  $I^2$  er lav (0% - tolkes som at 0% av variasjonen mellom funn i studiene skyldes annet enn tilfeldig variasjon)*

000015b-05b2d170be7

63

En mann på 50 år inkommer til lege etter at han i slutfasen av et maraton hørte et akutt smell i leggen, med akutte smerter og tap av kraft. Etter klinisk undersøkelse mener du at det mest sannsynlig foreligger en ruptur av Akilles-senen. Du ønsker å få verifisert dette og samtidig undersøke om seneendene møtes ved dorsalfleksjon i ankelen.

Hvilken radiologisk modalitet er best egnet til å gi svar på dette ?

- A** Røntgen  
**B** MR  
**C X** Ultralyd

*Både MR og ultralyd vil kunne fremstille ruptur av akillesenen, men kun ultralyd har i praktisk klinisk virke mulighet for dynamisk evaluering av senen.*

- D** CT

000015b-05b2d170be7

64

Du ønsker å avklare om en pasient med kjent revmatoid artritt har synovitt eller tenosynovitt rundt håndleddet.

Hvilke to radiologiske modaliteter fremstiller dette like bra?

- A** CT og røntgen  
**B** MR og CT  
**C X** MR og ultralyd  
*Kun ultralyd og MR kan vise synovitt*  
**D** Røntgen og MR

000015b-05b2d170be7



65

Hva er den hyppigste indikasjonen for skjelettscintigrafi?

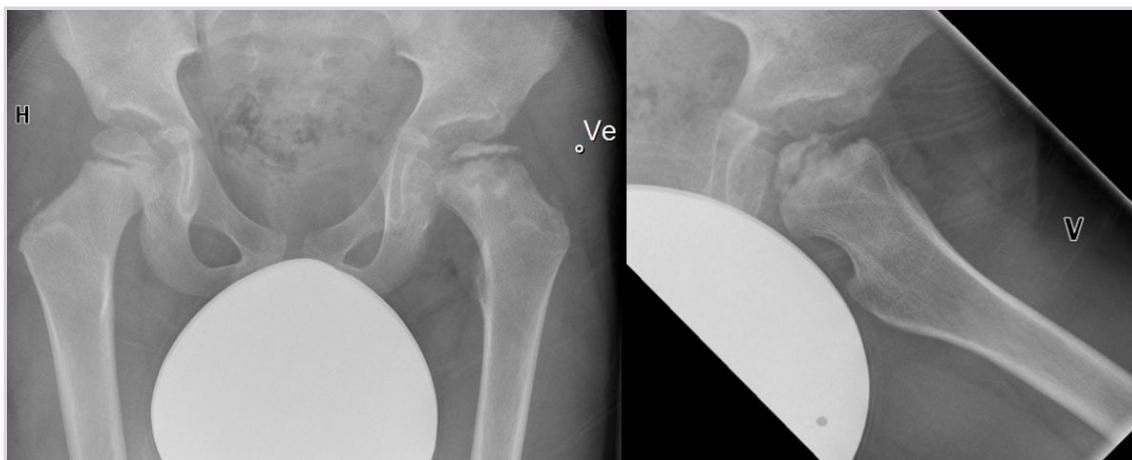
- A Barnemishandling
- B X** Skjelettmetastaser  
*hyppigst*
- C Reumatologiske sykdommer
- D Sportsskader

000015b-0a62a170be7

66

En gutt på 6 år oppsøker legekantoret med økende smerter i proksimale venstre lår og har i løpet av 4 månededer fått gangproblemer med halting. Du bestiller røntgen av bekken og venstre hofte.

**Hvilken tilstand er mest sannsynlig når klinikken kombineres med røntgen?**



- A Hofteleddsdyplasi venstre hofte
- B Septisk artritt i venstre hofte
- C En ikke tilhelet fraktur i venstre caput femoris
- D X** Calve-Legg-Perthes tilstand i venstre hofte  
*Mest sannsynlig med det aktuelle funnet og den aktuelle klinikken*

000015b-0a62a170be7

67

En kvinne på 77 år har fått satt inn en protese i høyre hofte for 2 måneder siden. Etter en vridning har hun nå akutte smerter i høyre hofte. Det taes røntgen.

**Hva viser denne?**



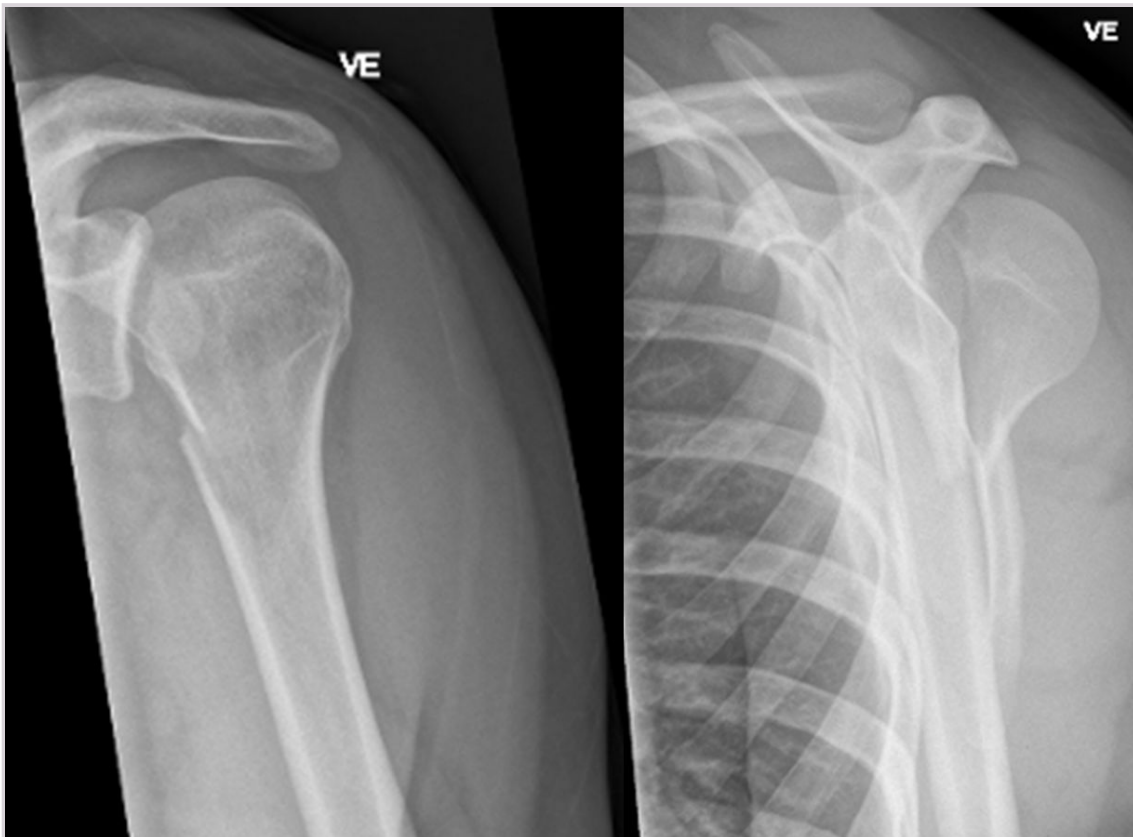
- A Fraktur i ramus inferior ossis pubis
- B Luksasjon av hofteprotesen
- C X En periprotetisk femurfraktur  
*Fraktur i femur rundt protesen*
- D Løsning av hofteprotesen

000015b0a62a170be7

68

En mann på 24 år har smerter i venstre skulder og klarer ikke å bevege den etter fall fra sykkel. Klinisk undersøkelse gir mistanke om clavikulafraktur. Han undersøkes med røntgen av venstre skulder og clavikula.

Hva er mest dekkende radiologisk beskrivelsen av røntgen-bildene?



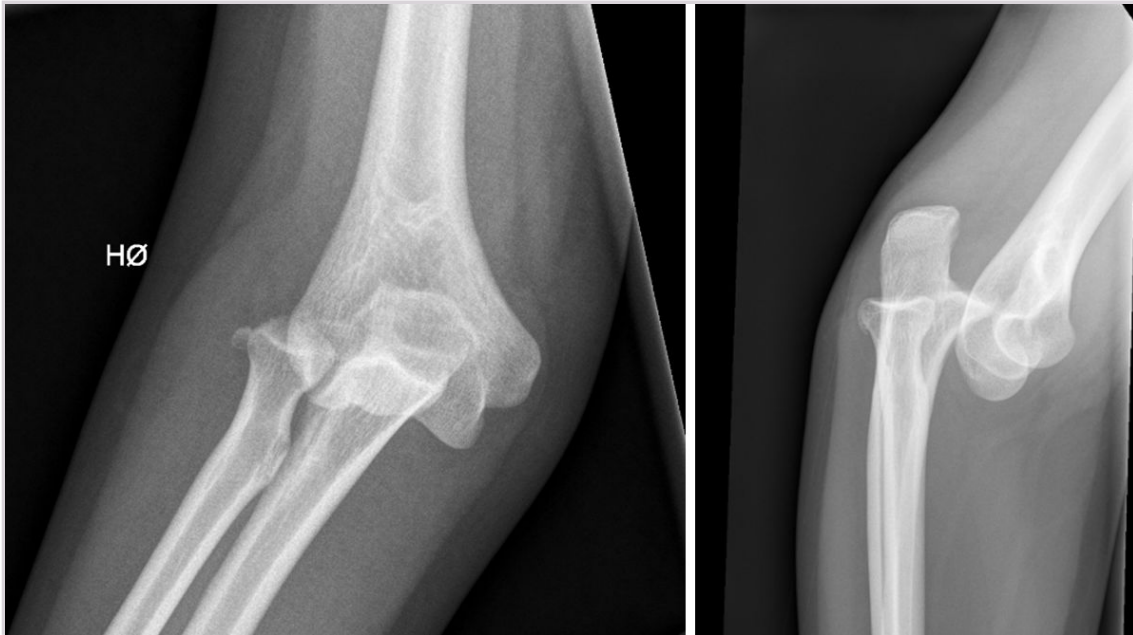
- A Normale funn
- B Fraktur i proksimale humerus og fremre skulderleddsluksasjon
- C Fraktur i proksimale humerus og clavikulafraktur
- D X** Clavikulafraktur, fraktur i proksimale humerus og bakre skulderleddsluksasjon  
*Alt dette kan sees her*

000015b-0a62a170be7

69

En jente på 16 år har sterke albuesmerter etter fall på dorsalflektet hånd. Det taes et røntgen av albuen.

Hvilken beskrivelse av bildene er den beste?



- A Intraartikulær fraktur i proksimale radius
- B Luksasjon av humerus ventralt
- C X** Luksasjon av radius og ulna, samt fraktur i caput radii  
*Det sees både luksasjon og fraktur*
- D Luksasjon av caput radii

000015b-0a62a170be7

70

Hudlege sender stansebiopsi fra 6 mm stor bulla til avdeling for patologi. I svaret fra patologen beskrives forandringene slik: «Stansebiopsi fra hud med suprabasal bulla, superfisiell perivaskulær betennelse og intercellulært nedslag av immunoglobuliner og komplement.»

Hvilken diagnose er mest sannsynlig i dette tilfellet?

- A Pemphigus foliaceus  
*Kjennetegnes av blant annet subcorneal bulla.*
- B Impetigo  
*Kjennetegnes av blant annet subcorneal bulla.*
- C X** Pemphigus vulgaris  
*Kjennetegnes av blant annet suprabasale bulla/intraepidermale bulla samt nedslag av immunoglobuliner og komplement rundt keratinocytene.*
- D Bulløs pemfigoid  
*Kjennetegnes av blant annet subepidermale bulla samt nedslag av immunoglobuliner og komplement langs basallaget.*

000015b-0a62a170be7

71

En 48 år gammel mann oppsøker legen på grunn av fire måneders sykehistorie med konstant smerte og hevelse i midtre del av høyre lår. Smertene forverres ved bevegelse. Røntgen av høyre underekstremitet viser ingen brudd, men ved MR undersøkelse ses en ujevnt avgrenset lesjon i bløtdelsvevet like under kvadriceps som måler 10 x 8 x 7 cm.

**Hvilken diagnose er mest sannsynlig?**

**A X** Liposarkom

*En stor bløtdelstumor er suspekt på malignitet, sannsynligvis sarkom. Liposarkomer oppstår gjerne i dype deler av bløtdelsvevet, kan bli store i størrelse og er den vanligste sarkomtypen hos voksne. Osteosarkomer oppstår gjerne hos barn eller unge voksne, utgår typisk fra metafysen. Chondrosarkom utgår fra beinvev og rhabdomyosarkom er en pediatrik tumor som gjerne oppstår i hode og nakke, og retroperitoneum o.l.*

**B** Rbdomyosarkom

**C** Osteosarkom

**D** Kondrosarkom

000015c-082d170be7

72

Revmatoid artritt er en relativt vanlig systemisk inflammatorisk sykdom som bl.a. rammer ledd.

**Hvilket av følgende patologiske funn er typisk for denne sykdommen?**

**A** Osteofyttdannelse

*Slike benete utvekster ved leddflaten er mest typisk for artrose.*

**B X** Pannus

*Synovial hyperplasi, pannus, er typisk for denne sykdommen, gjerne innvekst i leddhulsen.*

**C** Leddvæske rik på nøytrofile granulocytter

*Dette er typisk for en akutt infeksjons artritt.*

**D** Mitralklaffaffeksjon

*Hjerteklaffsykdom er typisk for reumatisk feber.*

000015c-082d170be7

73

Du ønsker å få målt b-Hb på legekantoret på en av dine pasienter. Din legesekretær har for sikkerhets skyld tatt både en kapillær prøve og en venøs prøve som begge ble analysert på legekantorets eget Hb-instrument. Resultatet var 11,4 g/dL i kapillærprøven og 13,2 g/dL i den venøse prøven.

**Du stoler mest på resultatet i den venøse prøven. Hvorfor?**

**A X** Resultatet av b-Hb i en kapillærprøve er mer usikkert enn i en venøs prøve

*Plasmavannet i en kapillær bloddråpe kan variere fra dråpe til dråpe. Dette har betydning for konsentrasjonen av hemoglobin. Derfor er resultatet i en enkeltmåling mer usikkert i en kapillærprøve enn i en venøs prøve.*

**B** Instrument til måling av b-Hb er ikke ment for å brukes på kapillære prøver

**C** Du kan aldri stole på et blodprøveresultat fra en kapillær prøve

*Mange analyser vi gi et svært nøyaktig resultat i kapillære prøver*

**D** B-Hb i en kapillærprøve vil alltid være falskt for lav

*B-Hb i en kapillærprøve kan både bli falskt for lav og falsk for høy*

000015c-082d170be7

74

En kvinne på 54 år var hos deg som fastlege for en måned siden. Det ble da tatt prøve til analyse av b-hemoglobin fordi du mistenkte anemi. Du har henne til kontroll og rekvirerer en ny analyse av b-hemoglobin. Prøven tas på nøyaktig samme måte som sist og sendes til samme laboratorium.

**Hva må du ta hensyn til i vurderingen av om den kliniske tilstanden er endret?**

**A** Laboratoriets grenseverdi for anemi

**B X** Laboratoriets informasjon om den biologiske og analytiske variasjonen til b-hemoglobin

*Det er denne informasjonen som kan gi deg en pekepinn på om en eventuell endring i prøveresultat ligger innenfor det man kan forvente på grunn av analytisk og biologisk variasjon*

**C** Laboratoriets referanseområde for b-hemoglobin

**D** Laboratoriets rutiner for intern kvalitetskontroll av analysen b-hemoglobin

000015c-082d170be7

Testen har 74 oppgaver. På utskriftstidspunktet var 0 oppgaver blitt trukket og det var gjort fasitendringer på 0 oppgaver.