

**2019 - IIC - MD4042 - Eksamen 1 (opprinnelig eksamen 3 i
2018)
Eksamensdato: 2019-05-28**

1

Du er LIS-lege i en allmennpsykiatrisk poliklinikk, og er behandler for en ung mann som fikk anorexia nervosa som 15-åring. Han er nå 20 år, og situasjonen har vært stabil men med lav vekt (BMI ca 18) de siste årene. Etter oppstart i studier har han fått tilbakefall, med vekttap på 12-14 kg de siste 6 månedene på tross av intensiv poliklinisk behandling. Han ønsker ikke innleggelse, vil være fulltidsstudent. Han er nå 178 cm høy, veier 46 kg, tilsvarende BMI 14,5. Pasientens far ringer og er bekymret for den negative utviklingen, og lurer på om sønnen kan legges inn mot sin egen vilje. Er det grunnlag for bruk av tvunget psykisk helsevern hos denne pasienten?

- A** Nei, som fulltids student fyller han ikke kriteriene for alvorlig sinnslidelse, og kan ikke behandles mot sin egen vilje
Pasienten kan fylle kriteriene for alvorlig sinnslidelse selv om han fortsatt er fulltidsstudent. Vekttapet viser en alvorlig utvikling av anoreksien, og tyder på at han ikke er i stand til å ta vare på seg selv.
- B** Ja, forverring under poliklinisk behandling og lav BMI medfører at han må behandles mot sin egen vilje
Forverring under behandling og lav BMI er ikke god nok grunn til bruk av tvang, pasienten må fylle kriteriene for alvorlig sinnslidelse og tillegg ikke være samtykkekompetent.
- C X** Ja, med så lav BMI og stort vekttap er han så kognitivt svekket at han fyller kriteriene for alvorlig sinnslidelse
Stort vekttap på kort tid samt lav BMI og det faktum at han ikke vil ta imot frivillig innleggelse er et tegn på manglende sykdomsinnsikt, og indikasjon på at han fyller kriteriene for alvorlig sinnslidelse.
- D** Nei, som fulltids student er han samtykkekompetent, og kan ikke behandles mot sin egen vilje
Det å være fulltids student betyr ikke at pasienten er samtykkekompetent i forhold til å ta valg i forhold til egen behandling

000015ce28101ba3ac

2

En tidligere stort sett frisk mann på 35 år er oppstemt, hører stemmer og har vrangforestillinger. Han var deprimeret i 4 måneder for 3 år siden. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A X** Bipolar 1 lidelse med psykotisk mani
Dette er riktig
- B** Schizoaffektiv lidelse
Dette kan ikke helt utelukkes, men betydelig mindre sannsynlig enn Bipolar 1 lidelse med psykotisk mani
- C** Bipolar 2 lidelse med psykotisk hypomani
Dette er ikke riktig, oppstemte perioder med psykose er manier og derved blir det en Bipolar 1 lidelse
- D** Manisk episode med psykose
Brukes kun når det ikke tidligere i livet har vært affektive episoder. han hadde tidligere hatt depresjon

000015ce28101ba3ac

3

Pasienten er en 28 år gammel mann, gift, ikke barn. Universitetsutdannet men jobber deltid som postbud. Han har en sterk tendens til å bebreide seg selv, for eksempel for at han ikke klarer seg selv. Han er usikker på hva han selv synes og har vanskelig for å hevde egne meninger. Kona bes om råd til de fleste beslutninger, og hun synes noen ganger at han oppfører seg som et barn. Han unngår sosiale situasjoner; er redd for at folk skal finne ut at han ikke har egne meninger. Hvilken utredning bør man gjøre for å stille diagnose?

- A Selvutfyllingsskjema, komparentopplysninger og strukturert diagnosisk intervju
Den psykiatriske undersøkelsen inkludert sykehistorie og klinisk undersøkelse er helt sentralt som et utgangspunkt. Vurderingen kan heller ikke utelates.
 - B Psykiatrisk undersøkelse inkludert sykehistorie og klinisk observasjon, observasjon i en sengepost, diagnostisk intervju og en vurdering
Å innhente komparentopplysninger er ganske sentralt, da pasienten ikke nødvendigvis selv har innsikt i egne personlighetstrekk. Det er ikke nødvendig med observasjon i en sengepost.
 - C X** Psykiatrisk undersøkelse med sykehistorie, klinisk observasjon, komparentopplysninger, strukturert diagnosisk intervju og en vurdering
Å innhente komparentopplysninger er ganske sentralt, da pasienten ikke nødvendigvis selv har innsikt i egne personlighetstrekk. Det ser likvel ut som denne pasienten har en del selvinnsikt, siden han synes at han er som et lite barn. Strukturert diagnostisk intervju er helt nødvendig i tillegg.
 - D Psykiatrisk undersøkelse inkludert sykehistorie og klinisk observasjon, innhente komparentopplysninger, selvutfyllingsskjema og en vurdering
Selvutfyllingsskjema kan ikke erstatte diagnostiske intervju
-

000015cc28101ba3ac

4

Du er bedriftslege på en oljeplattform. En 38 år gammel mann kommer til undersøkelse og klager over at han er så sliten hele tiden. Du undersøker ham somatisk, tar blodprøver og finner ingen organisk årsak. Pasienten er ikke lettet over det, tvertimot, han virker oppriktig fortvilet og sier at han ikke kan fortsette slik. Hva bør du gjøre?

- A Du sykemelder ham fordi han trenger hvile
 - B Du foreskriver et benzodiazepin for bruk i inntil 3 uker for å bedre søvn og redusere bekymringstendens
 - C X** Du tar opp en nærmere anamnese og kartlegger symptomer og forløp
Anamnesen er helt sentralt for å komme fram til riktig diagnose.
 - D Du anbefaler han tran og multivitaminer fordi han sannsynligvis mangler vitaminer
-

000015cc28101ba3ac

5

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 datteren har forandret seg i løpet av det siste halvåret. Hun har blitt mer stille og tilbaketrukket, samtidig som hun oftere får sinneutbrudd og har blitt vanskeligere å ha med å gjøre hjemme. Hun har fått mindre interesse for skolearbeid.

Hvilket symptom bør fastlegen kartlegge først for å fastslå mest sannsynlige diagnose?

A X Gjenopplevelser

Når pasienten har opplevd en voldtekt, som klart er en belastende hendelse av usedvanlig truende art, er det sentralt å avklare om dette kan være en PTSD. I tillegg har sentrale tegn til PTSD allerede kommet fram som unngåelse (har holdt det for seg selv), sinne, distansering fra andre mennesker (mer stille og tilbaketrukket) og nedsatt interesse (anhedoni). Sinne står ikke beskrevet i ICD-10, men er beskrevet i DSM-V som en negativ endring i stemningsleie og som symptom på aktivering.

B Manglende matlyst

Manglende matlyst kan være et symptom ved en depressiv lidelse, så det er viktig å få avklart om pasienten lider av en depressiv lidelse ved å spørre om hovedsymptomer, tilleggssymptomer og varighet. Det mest nærliggende er imidlertid å få avklart om det er PTSD først, og derfor er gjenopplevelser det beste svaret.

C Ukritisk atferd

Ukritisk atferd kan være et symptom på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og sinneutbrudd kan gi mistanke om dette, som et uttrykk for dysfunksjonelle måter til å forholde seg i andre på. Det kommer også frem betydelig personlig lidelse. Imidlertid kommer det ikke frem tegn til tidlig debut, eller at dette er omfattende og vedvarende.

D Smerter

Smerter er en vanlig reaksjon etter belastende hendelser av usedvanlig truende art, i kategorien 'psykosomatiske symptomer', så det er viktig å spørre om det, men det er ikke det beste svaret.

000015cc28101ba3ac

6

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.

Du mistenker at pasienten kan være suicidal til tross for det hun selv hevder. Hva er viktigste indikator på at hun kan være i akutt suicidfare?

A Hun har aggressive impulser rette mot ektefellen.

B Hun er i en alvorlig livskrise.

C Hun har en alvorlig, pågående konflikt med ektefellen.

D X Hun har økende uro, agitasjon, panikk og insomni.

Dette er prediktorer for umiddelbar suicidfare.

000015cc28101ba3ac

7

Hvilken av følgende faktorer i arbeidslivet er mest knyttet til psykosomatiske plager?

A Langvarig hardt fysisk arbeid

B Omorganisering med pålagte nye arbeidsoppgaver som har lavere status

C X Opplevelse av manglende kontroll over egen arbeidssituasjon

Lærebok i psykiatri 2018 side 525

D Arbeidslivskonflikter, streik og lockout

000015cc28101ba3ac

8

En mann på 30 år kommer til fastlegen og sier han mener at formen på ansiktet er unormal fordi haken og nesen stikker for langt frem. Han har tenkt mer og mer på dette det siste året og har sluttet å treffe andre enn de nærmeste vennene fordi han er redd for at andre skal synes han er rar. Han går på jobb fordi han synes han må gjøre det. Du synes han ser ut som en helt vanlig trønder. Han lar seg ikke helt berolige av dette og spør om du kan henvise ham til kosmetisk kirurgi. Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Vrangforestillingslidelse
Er mer alvorlig og ikke det mest sannsynlige
- B Hypokondri
Er kodet som en variant av hypokondri men dysmorfofobi er en bedre beskrivelse og mer riktig. Hypokondri innebærer mer angst for sykdom enn forestilling om at noe er galt som ikke er farlig.
- C X** Dysmorfofobi
Passer godt med dette, se lærebok i psykiatri 2018 side 546 og ICD 10 F45.2 (en variant av hypokondrisk lidelse)
- D Sosial fobi
Vedcsosial fobi har man tanker om at andre ikke liker en men ikke pga forestillinger om spesielle fysiske kjennetegn som ikke foreligger

000015cc28101ba3ac

9

En kvinne på 20 år har ikke sagt noe på 2 uker. Man finner ingen somatisk årsak. Hva kalles dette fenomenet?

- A Dystoni
Ufrivillige muskelbevegelser
- B Katatoni
Kan være katatoni men katatoni har også andre symptomer som ikke er nevnt
- C X** Mutisme
Manglende tale selv om evnen til å snakke er bevart.
- D Anhedoni
Manglende glede (vanligvis ved depresjon)

000015cc28101ba3ac

10

En 35 år gammel kvinne kommer til hastetime til deg som sin fastlege. Hun er samboer, har to barn og jobber på NTNU. For sju år siden ble hun diagnostisert med bipolar lidelse type 2, og hun har brukt lamotrigin (et antiepileptikum) som vedlikeholdsbehandling siden da med god effekt på tilstanden. Det aktuelle er at hun knapt har fått sove de to siste nettene, og hun merker at hun begynner å miste konsentrasjonen og er tung i humøret. Hvilket bør du gjøre for pasienten?

- A Du setter av tid til generelle råd for god søvnhygiene, informerer om at søvnplager er vanlig ved bipolar lidelse og avtaler oppfølgingstime om tre dager.
Det er ikke tilstrekkelig med slike råd kun hos en pasient som er i akutt risiko for å utvikle en depresjon. Slike råd er på sin plass når pasienten er i en stabil fase.
- B X** Du skriver ut resept på et hypnotikum, gir generelle søvnråd og avtaler oppfølgingstime om tre dager.
Det viktigste tiltaket for denne pasienten nå er at hun får sove, noe som kan bidra til å unngå utvikling av en depressiv episode.
- C Du henviser til akutt ambulant team for å sikre oppfølging siden hun er i ferd med å bli deprimeret.
Allmennpraktikere skal kunne hjelpe denne pasienten med akutte tiltak før det evt blir behov for videre henvisning.
- D Du øker dosen lamotrigin for å sikre bedre effekt mot depresjon.
Økning i lamotrigindosen vil ikke bidra til søvninduksjon som er det primære målet her.

000015cc28101ba3ac

11

En 25 år gammel kvinne har bestilt time hos fastlegen fordi hun er sliten og har vondt i skuldre og rygg. Hun startet medikamentell behandling for depresjon for en uke siden, men hun tror at det også er noe galt med kroppen. Du ser at hun har blitt undersøkt hos reumatolog forrige gang hun hadde depresjon uten at man kunne påvise noen sykdom, og somatisk undersøkelse inkludert blodprøver ved utredning av aktuell depresjon var normalt.

Hva er mest sannsynlige årsak til hennes kroppslige plager?

- A Somatiseringslidelse
Ikke beskrevet langvarige omfattende plager som ikke kan skyldes depresjon
- B Generalisert angstlidelse
Ikke beskrevet angst eller grubling, og plagene kommer samtidig med en depresjon
- C Fibromyalgi
Ikke beskrevet langvarige omfattende plager som ikke kan skyldes depresjon
- D X** Depresjonen
Det er vanlig med somatiske plager som del av en depresjon, og depresjon blir sjelden bra på en uke

000015cc28101ba3ac

12

En 18 år ung kvinne ble innlagt på psykiatrisk akuttpost sent i går kveld etter et hengningsforsøk. Hun ble behandlet for depresjon i BUP da hun var 15 år. For åtte dager siden startet hun med venlafaksin (et antidepressivum av typen SNRI) fra fastlegen. På morgenrapporten får du høre at hun siden innkost har virket motorisk urolig, vandrer mye og sovnet først kl 06. Hun vurderes fortsatt suicidal og får tett oppfølging i akuttposten.

Hva bør du gjøre med hennes medikamenter?

- A Øke venlafaksindosen for å få mer effekt på både depresjon og suicidalfare
Ivaretar ikke muligheten for antidepressivumindusert agitasjon og suicidalitet. Doseøkning kan potensielt forverre en slik tilstand.
- B Starte et antipsykotisk medikament for å redusere agitasjon
Hennes agitasjon kan være en alvorlig bivirkning, og det skal ikke behandles med å starte et annet medikament som også kan gi alvorlige bivirkninger. Antipsykotika kan dessuten forøvrig også gi akatisi som også gir uro.
- C Legge til et stemningsstabiliserende medikament pga sannsynlig bipolar lidelse

Det kan være at klinisk skjønn tilsier at dette skal behandles som en bipolar depresjon hvis det tilkommer støttende anamnesticke opplysninger, men dette valget tar ikke hensyn til risikoen for at suicidalitet og agitasjon kan være indusert av antidepressivum.

- D X** Nulle (ta en pause i foreskrivingen av) venlafaksin og se om agitasjonen går over

Antidepressiva kan i noen tilfeller indusere suicidalitet, spesielt hos unge. Alvorlig suicidforsøk etter oppstart med venlafaksin kan være et slikt tilfelle, selv om suicidforsøk også er klart forbundet med depresjon. Dette er en akutttilstand hvor løsningen er å se om situasjonen endres ved å fjerne preparatet. I en periode kan det være riktig å behandle med benzodizepiner.

000015cc28101ba3ac

13

En mannlig asylsøker på 43 år legges inn på nevrologisk avdeling med lammelse i begge bena. Han er tidligere somatisk frisk. Bruker en liten dose av et høydosenevroleptikum om kvelden. Somatisk undersøkelse og utredning under innleggelsen avdekker ingen organisk årsak. Selv har han heller ingen tanker om hva som kan ha ført til lammelsene, og han virker heller ikke bekymret over lammelsene. Under innleggelsen virker det som lammelsen varierer noe. Det viser seg ved nærmere anamneseopptak at pasienten samme dag som innleggelsen har fått avslag på sin asylsøknad, og at flere personer fra hjemlandet hans har blitt sendt tilbake. Han er overbevist om at han blir drept hvis han blir sendt tilbake.

Hva bør du gjøre?

- A** Legge ham inn ved psykiatrisk akutenhet grunnet mistanke om kataton schizofreni
Ved kataton atferd ville man ikke forvente lammelser i bare bena, men f.eks. stupor som innebærer nedsatt aktivitet i hele kroppen samt nedsatt reaksjonsevne. Kataton atferd kan også arte seg f.eks. i form av rigiditet, noe som ikke kommer fram her. Det har ikke kommet fram noen mistanke om schizofreni, f.eks. kommer det ikke frem noe som gir mistanke om vrangforestillinger, hallusinasjoner eller negative symptomer som nedsatt kontaktevne. En lav dose av et høydosenevroleptikum er heller ingen antipsykotisk dose. Dermed er det ikke aktuelt.
- B** Starte antidepressiv medisin på grunn av depresjon med somatisk vrangforestilling
Ikke beskrevet depressive symptomer
- C X** Starte nærmere utforskning av hans psykososiale vanskeligheter
Sykehistorien gir mistanke om en dissosiativ motorisk lidelse med rask utvikling og klare ytre påkjenninger. Det virker som han har fått svekket evne til bevisst og selektiv kontroll over bevegelsene i bena. Det virker som kontrollen varierer. Det virker vanskelig å vurdere i hvilken grad noe av funksjonstapet er under frivillig kontroll. Det er nært forbundet i tid med uløselige problemer i form av overhengende trussel om å bli sendt ut av landet. Og det er ingen organisk forklaring på funksjonssvikten. Empatisk, støttende utforskning av psykososiale vanskeligheter, med vennlighet og forståelse og uten bebreidelse og kritikk vil være førstevalgsbehandlingen her.
- D** Ingen tiltak siden det mest sannsynlig må dreie seg om simulering
Man kan lure på om pasienten simulerer lammelser for å slippe å bli sluppet ut av landet. Men det kliniske bildet passer bra med dissosiativ motorisk forstyrrelse, se A. Simulering virker dermed mindre sannsynlig.

000015cc28101ba3ac

14

En mann er overbevist om at andre mennesker kan lese tankene hans.

Hva kaller man et slikt psykiatrisk symptom?

- A** Tankeforstyrrelse
Tankeevnen er ikke nødvendigvis forstyrret, bare innholdet
- B** Selvhenføring
En selvhenføring er at man opplever at man er i sentrum for det som skjer, og det trenger men ikke være selv om man opplever at noen vet hva man tenker
- C** Tvangstanke
Tvangstanke er at man opplever at man må tenke på noe spesielt
- D X** Vrangforestilling
En forestilling om noe som ikke er mulig må være vrangforestilling

000015cc28101ba3ac

15

Du er fastlege for en 17 år gammel jente som er elev ved videregående skole. Hun kommer til dagens kontroll for å få forskrevet p-piller. På spørsmål om legemiddelbruk kommer det fram at hun har skaffet seg ritalin som hun bruker ca 1 gang pr.måned for å greie å lese mer før viktige prøver. Hun får også en lett rusvirkning av medisinen. Jenta framstår som klar, orientert og psykisk upåfallende. Du gjør en klinisk undersøkelse, tar blodprøver og tar opp en nærmere anamnese uten at du får frem andre opplysninger av betydning for diagnose.

Har pasienten en ruslidelse?

- A Pasienten har intoksikasjon av Ritalin når hun bruker den
Lett rusvirkning er ikke intoksikasjon
- B Pasienten har sannsynligvis avhengighet av Ritalin men prøver å skjule dette
Ingen tegn til dette og kan uansett ikke antas uten nærmere begrunnelse
- C Pasienten har skadelig bruk av Ritalin
Det er ikke per definisjon skadelig selv om det er illegal bruk
- D X Pasienten oppfyller ikke kriteriene for noen ruslidelse
Det nevnes ingen tegn til skade eller avhengighet

000015cc28101ba3ac

16

En kvinne på 55 år kommer til time hos fastlegen i november fordi hun føler seg sliten, er mindre interessert i sosial kontakt enn ellers, sover mye, synes det er vanskelig å konsentrere seg, har lite tiltak, går opp i vekt og er mindre interessert i sex. Hun har skyldfølelse og dårlig selvtillit når hun har det slik, og har hatt slike perioder flere ganger tidligere.

Hvilket tiltak vil mest sannsynlig være til hjelp for henne?

- A Somatisk utredning for stoffskifte, vitaminstatus og jernmangel
Tar tid og mindre sannsynlig når det går i perioder
- B X Lysbehandling med 10000 lux 30 minutter hver morgen
Typisk vinterdepresjon der dette er den beste og enkleste behandlingen
- C Fysisk aktivitet med intervalltrening minst tre ganger per uke
Ikke det mest effektive ved vinterdepresjon, og pasienten orker neppe å begynne med dette uten mye støtte slik at det blir en sten til byrden
- D Antidepressiv medikasjon med noradrenerg og dopaminerg effekt
Lysbehandling er bedre og har mindre bivirkninger

000015cc28101ba3ac

17

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 X Ingen medikamenter
Det er ikke dokumentert effekt for noen medikamenter ved uro ved demens. Uro ved demens bør primært utredes for somatiske lidelser og dernest håndteres med miljøtiltak
- B Risperidon (Risperdal), et antipsykotikum
- C Donepezil (Aricept), en kolinesterasehemmer
- D Escitalopram (Cipralext), en selektive serotonin reopptakshemmer (SSRI)

000015cc28101ba3ac

18

Ved hvilken sykehusavdeling er det størst sjanse for å finne funksjonelle og somatoforme lidelser?

- A Kardiologisk avdeling
- B Reumatologisk avdeling
- C Hudavdeling
- D X Nevrologisk avdeling
Rett svar, forelest.

000015cc28101ba3ac

19

Kvinne, 22 år, kommer til legevaktslege for å få sydd et kutt etter selvskading. Legevaktslegen legger merke til at pasienten har mange arr fra før på samme arm. Hun sier at hun har tanker om å ta livet sitt. Hun virker urolig og engstelig. Hvordan er det riktig å vurdere suicidalfare?

- A Suicidalfare er forhøyet over tid men ikke i den aktuelle situasjonen
Aktuell selvskade, suicidaltanker og uro gjør at man må regne aktuelle suicidalfare også som forhøyet
- B X** Suicidalfare er forhøyet
9-10% av pasientene med emosjonelt ustabil PF dør av selvmord, og de aktuelle symptomene gjør at man må regne med at suicidalfare er klart forhøyet
- C Suicidalfare er umulig å vurdere
Man må gjøre en vurdering ut fra generelle faktorer og aktuelle symptomer
- D Suicidalfare er ikke forhøyet da pasienten har parasuicidal atferd
Gjentatt parasiidal atferd innebærer økt suicidalfare

000015cc28101ba3ac

20

En 19 år gammel tidligere frisk gutt ble begjært tvangsundersøkt av kommuneoverlegen da han hadde låst seg inne på rommet sitt over lengre tid. Foreldrene kunne opplyse at han hadde virket tyngre i humøret de siste månedene. Han hadde tidligere drevet mye mekking på biler og mopeder sammen med kamerater, dette hadde han nå mistet helt interessen for. Gutten hadde heller ikke møtt opp på skolen de siste tre ukene. Foreldrene hadde også merket at det var blitt vanskelig å føre en samtale med ham. Han svarte ofte på noe annet enn det de spurte om, og snakket som regel mer eller mindre usammenhengende. Foreldrene hadde også observert at blikket hans flakket mye. For fem dager siden hadde han sittet på kjøkkenet og sett på veggen, mumlet "hjelp, se de svære edderkoppene", og gått inn på rommet sitt. Legen som undersøker gutten tenker at schizofreni kan være en mulig årsak. Hvilken undertype schizofreni er mest sannsynlig?

- A Paranoid schizofreni
Kjennetegnes av tydelige vrangforestillinger ved klar bevissthet, ofte med hørselshallusinasjoner. Det forekommer vanligvis ikke desorganiserte symptomer, katatone symptomer eller tydelig affektavflatning. Vrangforestillingene tar ofte form av forfølgelses- eller forgiftningsforestillinger. Paranoid schizofreni starter ofte hos voksne personer, over 30 år eller senere.
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>
- B X** Hebefren schizofreni
Starter gjerne hos unge (15 – 25 år) og er kjennetegnet av tydelig desorganisering av tenkning og adferd sammen med tydelige negative symptomer i form av affektavflatning og apati. Klassiske psykosesymptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner er ikke det mest karakteristiske symptomet ved denne formen for schizofreni, selv om de som regel er tilstede.
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>
- C Enkel schizofreni
Har ikke psykose
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>
- D Kataton schizofreni
Preget av plutselige urofaser med psykomotorisk overaktivitet, preget av til dels meningsløse handlinger. Periodene med uro avløses av perioder hvor pasienten stivner til i ulike posisjoner over lengre tid.
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>

000015cc28101ba3ac

21

En 26 år gammel mann faller bakover slik at albuen hans kommer ut av ledd. Som legevaktslege får du trukket den på plass. Du legger på en gipslaske, deretter rekvirerer du en CT som viser at albuen igjen har gått ut av ledd. I røntgensvaret konkluderer røntgenlegen med at det kan foreligge en «Terrible Triad» skade av albuen. Hvilke kriterier må være oppfylt for at en sårn skade skal foreligge?

- A Albuen ute av ledd, brudd i prosessus coronoideus og ruptur av leddkapsel
- B Albuen ute av ledd, skade på membrana interossea og distal radius fractur.
- C Albuen ute av ledd, brudd i olecranon og distale humerus.
- D X** Albuen ute av ledd, brudd i prosessus coronoideus og brudd i caput radii.
Riktig. Dette er en helt definert skadetype der alle tre kriteriene må være oppfylt. Dette har behandlingsmessige og prognostiske konsekvenser.

000015cc28101ba3ac

22

Thomas 25 år velter på sykkel i stor fart. Innkommer Skadepoliklinikken med store smerter i venstre skulderområde. Ved undersøkelse ser man hevelse over midtre del av venstre krageben, men ingen truende hudperforasjon. God nevrovaskulær status distalt. Røntgen viser clavicalfraktur med moderat feilstilling. Hva er riktig behandling videre?

- A X** Smertelindrende og fatle. Reiser hjem med avtale om kontroll innen 1-2 uker med røntgen. Nøye informasjon om å bevege fingrene og håndledd.
Clavicalfrakturer kan i all hovedsak behandles konservativt dersom det ikke foreligger truende hudperforasjon, kar/nerveskade eller dersom frakturen er del av et større skadekompleks omkring skulderen.
- B** Pasienten henvises MR for videre utredning, behandlingen bestemmes etter dette er gjennomført
Feil, MR gir ingen tilleggsinformasjon. Vanlig røntgen er tilstrekkelig for å bestemme videre behandling.
- C** Innleggelse for operasjon da alle clavicalfrakturer bør opereres
Feil, se kommentar til A
- D** Smertelindring og fatle. Ingen avtale om kontroll, men henvisning til fysioterapeut for øvelser for bevegelse.
Bør ha en klinisk kontroll med røntgen etter 1-2 uker etter skade for å sjekke stilling av bruddet og huden over frakturstedet.

000015cc28101ba3ac

23

Ella 67 år kommer på legekantoret på grunn av en smertefri svulst hun har oppdaget lateralt på høyre lår. Hun synes ikke at den har vokst noe særlig siden hun oppdaget den for et halvt års tid siden. Ved undersøkelse finner du lateralt på låret en fast, litt uregelmessig tumor som er adherent til underlaget. Ca 6 cm stor. Hva gjør du videre?

- A** Henviser Ella til røntgen, kontroll hos deg etterpå
Feil svar. MR er førstevalget ved utredning av bløtvevstumores. Røntgen kan evt tas som supplement for å se etter benaffeksjon.
- B** Tar en celleprøve av tumor, i lokalbedøvelse, som du sender inn til vanlig undersøkelse. Kontroll hos deg når svar foreligger.
Feil svar. Biopsi skal tas på et tumorsenter. Se kommentar til A
- C X** Mistenker malign tumor og henviser pasienten til snarlig MR for videre utredning.
Riktig svar, se kommentar til A
- D** Setter Ella opp til kontroll om 6 måneder. Virker som en godartet tumor siden den vokser sakte
Feil svar. Denne tumor har karakteristika (størrelse > 5 cm, adherent til underlager, uregelmessig overflate) der man kan mistenke en malign bløtdelstumor. Bør henvises til snarlig MR

000015cc28101ba3ac

24

Eskil på 20 år er glad i å lage mat. Har fått ny kokkekniv til jul som han prøver ut på julaften. Kniven glir i hånden og han får et kutt ved basis av 3. finger volart. Såret blør slik at han tar kontakt med Skadelegevakten for behandling. Du finner nedsatt sensibilitet på en side av fingeren og han kan ikke bøye i fingeren. Hvordan behandler du ham?

- A** Såret renses godt og huden sutureres. Peroral antibiotika for å forebygge infeksjon. Henvises MR for utredning av sene/ nerveskade. Kontroll skadepoliklinikken etter dette
Feil behandling, MR vil bare forsinke behandlingen og har ingen plass i denne utredningen. Utredningen er kirurgisk eksplorasjon.
- B X** Såret renses godt og huden sutureres. Da han ikke klarer og bøye fingeren og fingeren er nummen ulnart mistenker du sene og nerveskade. Han henvises til ortopedisk avdeling for operasjon i løpet av 5 dager. Peroral antibiotika i påvente av operasjon.
Rett behandling. Pasientene kan vente hjemme
- C** Såret renses godt og huden sutureres. Han har vansker med å bøye fingeren, men oppfattes mer som smertebetinget. Forskrives peroral antibiotika. Bes om å kontakte fastlege ved infeksjonstegn ellers fjerning av sting etter 2 uker hos fastlege.
Feil behandling. Ved mistanke om sene- og nerveskade bør pasienten henvises til ortopedisk avdeling for vurdering og operasjon.
- D** Såret renses godt og huden stripes med steristrips. Oppfattes som et overflatisk sår. Informasjon om å holde såret tørt og rent til stripsene faller av selv. Ingen avtale om kontroll.
Se kommentar til A

000015cc28101ba3ac

25

Arnstein 71 år har nylig blitt behandlet for en udisloert distal radiusfraktur. Behandlingen besto av 5 uker med gips. Etter avgipsing har han gått til fysioterapi. Han synes han har god framgang, men får ikke til å ekstendere ytterleddet av tommelen. Han kommer derfor rehvist til deg på Skadepoliklinikken. Hva er sannsynlig diagnose og hvordan skal dette behandles videre?

- A Anser at den manglende ekstensjonsevnen skyldes stivhet etter gipsbehandlingen. Informerer pasienten om dette og konkluderer med at Arnstein ikke videre oppfølging av lege
Feil svar. Tommelen er ikke inkludert i gipsen. Ingen grunn til at bevegeligheten i tommel skal være påvirket.
- B Han har en ruptur av ekstensor pollicis longus. Han må opereres innen noen få dager med sutur av senen
Rett diagnose, men feil behandling. Det haster ikke med behandling. Senen kan ikke syes ende til ende. Blir for stor stramming. Må gjøre en senetransposisjon.
- C Han har en sannsynlig lammelse i tommelen på grunn av carpal tunnel syndrom. Må opereres for dette akutt.
Feil svar. Symptomene på CTS er ikke manglende bevegelse i tommel, men parestesier i medianusinnerverte fingre med eller uten tenaratrofi
- D X Han har en ruptur av ekstensor pollicis longus. Henvises til håndkirurg for vurdering av operasjon med senetransposisjon.
Rett svar. Se kommentar til B

000015cc28101ba3ac

26

Maja 18 år har fått kokende vann over seg under matlaging. Hun har fått brannskade i følgende områder:

- Rødme, med intakt hud, på dorsal og volarsiden av venstre underarm
 - Blemmedannelse og mulig blek hudfarge i venstre håndflate
 - Rødme og blemmedannelse på fremsiden av hele venstre lår
- Hvor stor utbredelse har brannskaden ut fra beskrivelsen over?

- A X Ca 6 %
venstre underekstremitet er 18%, fremsiden er 9% og hele fremsiden av låret ca 5%. I tillegg kommer venstre håndflate som er ca 1%
- B ca 13%
se kommentar a og b
- C Ca 10 %
Feil svar. Kun områder med 2. grads forbrenning skal inn i beregningen. Her er også underarm tatt med
- D ca 3%
se kommentar på a og b

000015cc28101ba3ac

27

Per er kokk og har fått en brannskade på venstre lår da han sølte smult under matlaging. Det er et område på ca 10 cm i diameter, som er rødt i ytterkantene, men blekt i midten, ca 5 cm. Det er rester av sprukne blemmer rundt skaden. Når du stikker med en nål i det bleke området er det lett kapillærblødning, men han kjenner ikke noe. Hvilken dybde har denne brannskaden?

- A 3. grads
se kommentar c
- B Overfladisk 2. grads
blek farge og redusert følelse tyder på en dypere skade
- C 1. grads
Blemmedannelse tyder på en dypere skade
- D X Dyp 2. grads
Blemmedannelse, blekere hudfarge og redusert sensibilitet kan tyde på dyp 2. grads forbrenning. Det at det er kapillærblødning ved nålsetikk gjør 3. grads forbrenning mindre sannsynlig

000015cc28101ba3ac

28

Hva er den mest riktige uttalelsen for artrose i første carpo-metacarpalledd (CMC1)?

- A X** Kvinner er hardere rammet og opereres hyppigere for dette enn menn
 - B** Grinding og stukningstest er vanligvis negative ved denne tilstanden
De er positive.
 - C** Det er karakteristisk at det gjør mer vondt etter aktivitet enn under selve aktiviteten
Det er mest vondt ved aktivitet, mister ting og har redusert kraft.
 - D** Årsaken er vanligvis en tidligere skade
Primær atrose er den vanligste årsaken.
-

000015ce28101ba3ac

29

Du får besøk på legekantoret av en 35 år gammel mann. I løpet av 1 døgn har han utviklet sterke smerter i høyre underarm. Han føler seg ikke frisk. For en uke siden stakk han seg på en stor flis og fikk et sår i høyre pekefinger. Mannen har 37.6 i temperatur. Høyre underarm er hoven og svært palpasjonsømt. For å komme nærmere en diagnose kan du rekvirere supplerende bilde- eller laboratorie- undersøkelse.

Hva ville du velge av alternativene nedenfor?

- A** Blodutstryk med differentialtelling
 - B X** CRP
 - C** Røntgen av høyre underarm
 - D** Angiografi av høyre overekstremitet
-

000015ce28101ba3ac

30

En 40 år gammel kvinne falt forover og tok seg for med høyre hånd da hun landet på bakken. Hun fikk umiddelbart smerter i høyre håndledd. Ved klinisk undersøkelse finner du ingen feilstilling i håndledd eller håndrot. Det er noe hevelse over radialsiden av håndleddet. Hun er palpasjonsømt i det som oftestes benevnes 'snusdåsen'. Du mistenker at hun har en distal radiusfraktur og bestiller røntgenbilder av håndleddet. Bildene avkrefter denne mistanken, og viser ikke noe tegn til brudd andre steder i håndleddet heller.

Hva vil du foreta deg?

- A** Gi henne en støttebandasje i 3 uker og en mitella
En kunstfeil: Man kan overse en fraktur og setter iverk en misforstått immobilisering med fare for komplikasjoner
 - B X** Be om nye rtg bilder med spesialprosjeksjoner av håndrotsknoklene
Viktig å be om 'Rtg håndrotserie (scaphoid serie)' for å avdekke evt fraktur i os scaphoideum. Ikke alltid den vises på vanlige rtg bilder
 - C** Bestille en MRI undersøkelse av hånden
Vil nok avsløre en evt scaphoidfraktur, men er ikke førstevalget av bildediagnostikk
 - D** Gi henne smertestillende og oppfordre henne til å bruke hånden aktivt, ikke skåne den.
-

000015ce28101ba3ac

31

En "åpen bok" skade betegner en skade

- A** I clavicula.
 - B X** I bekken.
Åpen bok skade forekommer når bekkenringen åpner seg i symfyse. Disse skadene er ofte kombinert med skader baktil i sacrum.
 - C** I humerus.
 - D** I ryggen.
-

000015ce28101ba3ac

32

Hvilket utsagn er riktig?

- A Det er god dokumentasjon på at rekonstruktiv kirurgi av fremre korsbånd begrenser videre utvikling av posttraumatisk artrose i kneet.
 - B Et varuskne øker sjansen for tidlig utvikling av artrose i laterale leddavsnitt i kneet.
 - C Fremre korsbånd-ruptur med samtidig meniskskade minsker risikoen for artrose i kneet.
 - D X** Fjerning av deler av menisken medfører økt risiko for artroseutvikling i kneet.
-

000015cc28101ba3ac

33

En 35 år gammel mann kjører av veien med motorsykkel. Han blir raskt funnet og fraktet til nærmeste sykehus i luftambulansse. Turen til sykehuset tar 1 time. Ved innkomst har han følgende vital parametre: BT 100/70, P: 102 rgm RR 22. Han er våken og klar med GCS på 15. Når buksene taes av ser du umiddelbart at han har bilaterale åpne femurfracturer Hva vil du gjøre først i mottagelsen?

- A Reponere femurfracturene.
Feil. Fracturbehandling kommer i annen rekke etter ABCDE.
 - B Gi ham blod.
Feil. En må alltid først forsikre seg om at pasienten har frie luftveier (A), ikke har nedsatt respirasjon f.eks. som følge av pneumothorax (auskultasjon) dernest gjøre status på sirkulasjon (C). Dette er den prioriterte rekkefølgen.
 - C X** Undersøke ABCDE
Riktig. En pasient som ikke får puste har etterhvert lite nytte av annen behandling.
 - D Kjøre ham til en helkropp CT undersøkelse umiddelbart.
Feil. Ved direkte CT-undersøkelse uten å gjøre ABCD status først, risikerer en at pasienten har eller får ufrie luftveier (f.eks. som følge av oppkast, løse tenner etc.) evt. blir ustabil i CT maskinen og i verste fall dør der.
-

000015cc28101ba3ac

34

En 22 år gammel kvinne oppsøker legevakten der du jobber dagen etter at hun snublet på en joggetur og skadet ankelen. Hun kommer gående på krykker. Du undersøker henne og finner at hun er palpasjonsøsm både over mediale malleol og laterale malleol. Du tar et røntgenbilde av ankelen som ikke viser brudd.

Hva vil du gjøre med denne pasienten?

- A Gi henne rekvisisjon til fysioterapeut med beskjed om å trene uten restriksjoner.
Feil. Pasienten er ikke godt nok utredet. Hun har symptomer fra medialsiden av ankelen/mediale malleol noe som kan tolkes som et tegn på ligamentskade av ankelsyndesmosen. Med denne symptomatologien må en også ta røntgenbilde av leggen for å forsikre seg om at det ikke foreligger en skade høyere opp på fibula ("Weber C fractur"). Et brudd i fibula proksimalt er da patognomonisk for at det kan foreligge en syndesmoseskade og pasienten må opereres.
 - B Sette henne opp til kontroll hos overlege på traumeseksjonen ved første ledige time der.
Feil. Pasienten er ikke godt nok utredet.
 - C X** Ta røntgenbilde av leggen.
Riktig. Med denne symptomatologien må en utelukke at det ikke er brudd i fibula høyere opp enn hva ankelbildene viser. Brudd i proximale fibula med samtidig overtråkk av ankel er patognomonisk for syndesmoseskade, en skade som skal opereres.
 - D Gipse og be henne avlaste i 6 uker.
Feil, pasientene er ikke godt nok utredet. Med denne symptomatologien må en utelukke at at ikke er brudd i fibula lengre opp noe som tyder på skade av syndesmosen i ankelen, en skade som skal opereres.
-

000015cc28101ba3ac

35

En 42 år gammel kvinne kommer til deg som fastlege med smerter i venstre hånd. Smertene har kommet snikende de siste par ukene, men har ikke forstyrret nattesøvnen. Hun karakteriserer smertene som moderate og de er typisk til stede et par dager i uken. Noen ganger har hun følt at hånden er nummen med prikking i fingre. Hun er ellers frisk, bruker ingen medisiner og er ikke gravid. Det har ikke vært noe traume i anamnesen. BMI er 32. Ved klinisk undersøkelse finner du normal kraft og sensibilitet i hånden. Ingen atrofier. Ved banking over håndleddet og håndroten får kvinnen smerter og prikking i 1. 2. og 3. finger. Phalens test er positiv.

Du tror du vet diagnosen.

Hvilken behandling bør i så fall forsøkes her?

- A** Eksentrisk trening og eventuelt NSAIDs som smertelindring
Eksentrisk trening brukes ved særlig tendinopatii, noe det ikke er mistanke om her. NSAIDs har ikke vist effekt på disse smertene i kliniske studier. (Da smertene her er nevrologiske kunne det være tenkelig å forsøke behandling med f.eks. antidepressiva eller antiepileptika). Kortison p.o. kan også gi symptomlindring, men det er typisk at effekten avtar over noen uker.
- B X** Avlastning, vektreduksjon og skinne til håndleddet
Konservativ behandling skal være førstevalg. Særlig ved milde symptomer. For mer info, se under «terapi»: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nevrologi/tilstander-og-sykdommer/nevrologi/karpaltunnelsyndrom/#terapi>
- C** Henvise til kirurgisk spalting av carpaltunnelen
Vil være aktuelt dersom konservativ behandling ikke virker.

000015cc28101ba3ac

36

Du har akkurat begynt i turnus i en kommune der det har vært mange vikarer de siste årene og lite kontinuitet. En mann i sin beste alder oppsøker deg pga en kul på overarmen like ved arret der han for et par år siden fikk fjernet en pigmentert forandring som hadde endret seg. Han fikk aldri noe svar på prøven og trodde det var godartet. Du går gjennom forløpet fra den gangen. Det er histologisk beskrevet et melanom med Breslowdybde 0,7 mm uten mitoser/ulcerasjon og frie kanter etter eksisjonen. Du tar biopsi av kulen som bekrefter din mistanke om satellittmetastase. Hvordan kunne dette vært unngått?

- A X** Det burde vært utført en reeksisjon.
Reeksisjon gjøres rutinemessig ved påvist melanom for å redusere risiko for lokalt residiv. Margin til sidene avhenger av tykkelsen på melanomet og man går ned til fascie.
- B** Det burde blitt utført vaktpostlymfeknutediagnostikk
Ikke indikasjon for slik diagnostikk ved så tynne melanomer uten mitoser/ulcerasjon. Ved melanomer >0,8 mm gjøres det samtidig med reeksisjon
- C** Pasienten skulle blitt henviset til onkolog for adjuvant behandling.
Foreløpig gis adjuvant behandling kun i studier, og kun ved avansert sykdom (tykke melanomer, lymfeknutespredning)
- D** Pasienten burde fått immunterapi
Immunterapi brukes kun ved stadium 4 sykdom, dvs fjernmetastaser. Eneste behandling for primærtumor der det ikke påvises spredning til lymfeknuter er primæreksisjon med påfølgende reeksisjon.

000015cc28101ba3ac

37

En kvinne på 24 år er plaget med utflod og kløe nedentil. Ved gynekologisk undersøkelse finner du hvitlig cottage cheese-aktig utflod og du mistenker soppinfeksjon. Hvordan bør prøvetakingen utføres?

- A** Ta avskrap fra skjedeveggen og legg dette mellom to objektglass som sendes til mikrobiologen
Feil. Tørt preparat brukes ved prøvetaking av dermatofytter, ikke candida
- B** Ta gram-farget preparat som du mikroskoperer på kontoret
- C** Applisere litt utflod på et pH-papir som du har på kontoret
- D X** Ta penselprøve som sendes inn på flytende medium
Riktig. Candida taes som penselprøve

000015cc28101ba3ac

38

En gutt på 8 år kommer til deg på legekantoret sammen med sin mor. Bortsett fra litt atopisk eksem da han var mindre er han tidligere hudfrisk. De siste 4 ukene har det tilkommet en hårløs flekk på ca 3 cm i diameter i hodebunnen. Han har lite plager, men mor er bekymret for hva dette kan være og ønsker behandling. Du finner et hårløst område i bakhodet på ca 3 cm i diameter med litt flassing. Du skraper av litt flass og sender inn til mikrobiologen, og etter et par uker får du til svar at det er oppvekst av *Trichophyton rubrum*.

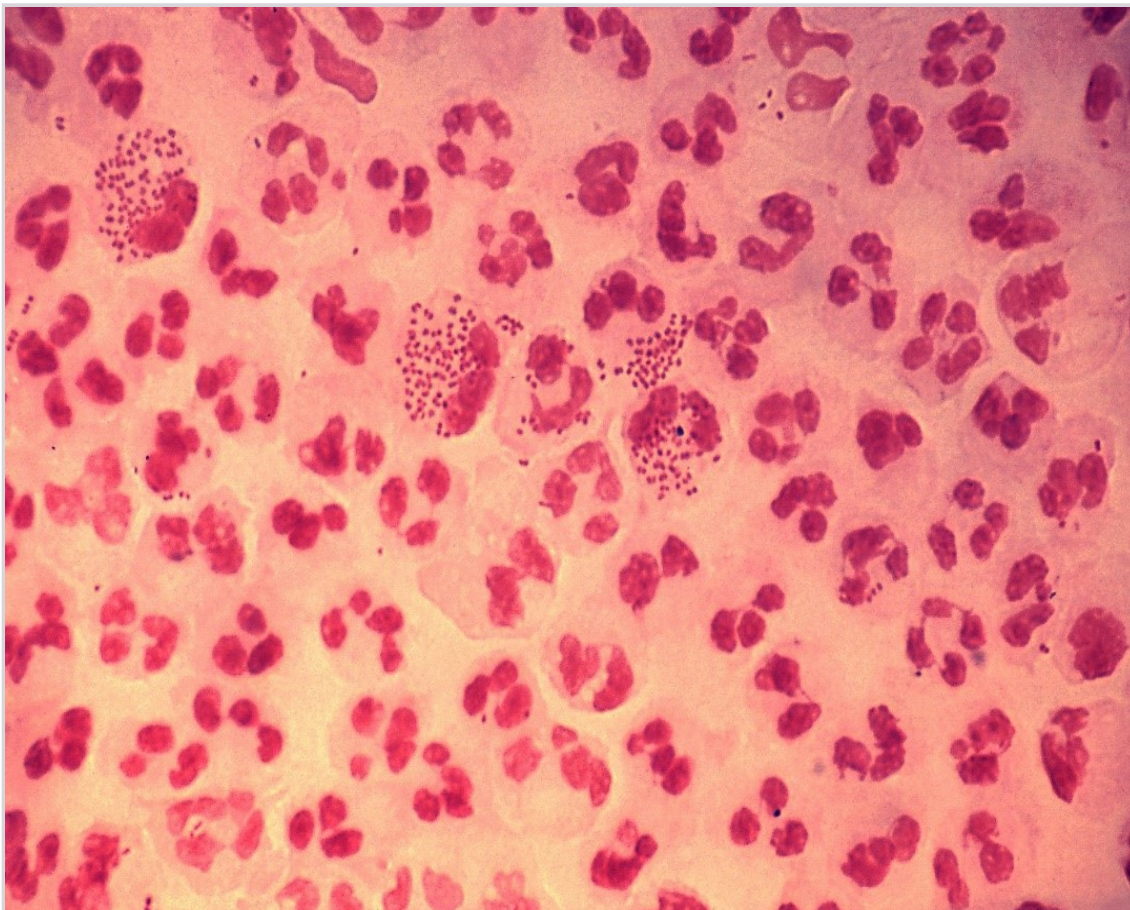
Hva slags behandling er best egnet å gi ved denne tilstanden?

- A X Systemisk antimykotikum i kombinasjon med topikalt antimykotikum
Riktig. Diagnosen er tinea capitis, og dette behandles med systemisk antimykotikum
- B Topikalt antimykotikum i kombinasjon med topikale steroider
Dette er som regel behandling av seborreisk dermatitt med endel inflammasjon. Ved påvisning av dermatofytter i hodebunn er som regel systemisk antimykotikum indisert.
- C Topikalt antibiotikum i kombinasjon med topikale steroider
- D Systemisk antibiotikum i kombinasjon med topikalt antimykotikum
Nei, dette er ikke en bakteriell infeksjon

000015oc2810ba3ac

39

En ung mann på 20 år har tatt kontakt pga plager med svie ved vannlating. Han er ikke i et fast forhold, har hatt ubeskyttet sex med fire norske jenter det siste halve året, siste gang for en uke siden. Ved undersøkelse finner du purulent utflod i uretra. Ingen sårdannelser, ikke hovne lymfeknuter i lysker. Du stryker litt utflod på et objektglass, og preparatet gramfarges. Dette ser du i mikroskopet:



Hvordan håndteres denne tilstanden best?

- A** Henvise til urolog grunnet funn av dysplasi
Nei, dette viser ikke dysplasi, men rikelig med nøytrofile granulocytter med diplokokker
 - B** Behandle med Pivmecillinam (Selexid) i 3 dager og kontrollere med urinprøve etter 2 uker
Nei, dette er ikke en ukomplisert cystitt. Dersom mistanke om cystitt: Tre dagers behandling er som regel nok til kvinner, mens menn må ha behandling i en uke.
 - C X** Henvise til venerolog for behandling
Riktig. Funn av intracellulære gramnegative diplokokker bekrefter diagnosen gonore. Dette skal behandles enten hos spesialist, eller etter konferering med spesialist
 - D** Behandle med Doxylin i en uke og kontrollere med urinprøve etter endt kur
Nei, her er diagnosen gonore, og ikke klamydia
-

000015cc28101ba3ac

40

Tidligere hudfrisk kvinne på 19 år har de fire siste ukene vært plaget av utslett rundt munnen og på haka. Utslettet svir og klør. Hun har forsøkt å smøre med fete fuktighetskremer og litt hydrokortison, men synes bare det har blitt verre.

Ved undersøkelse ser du små erytematøse papler lokalisert i et område rundt leppene og på haka med enkelte små pustler. Der er oppklaring nærmest lepperødt.

Hvilken behandling er mest aktuell?

- A** Kombinasjonspreparat med topikale steroider og antiseptika
Nei, ikke førstevalg av behandling ved perioral dermatitt
 - B** Topikal antimykotika
Nei, dette er ikke seborreisk dermatitt. Det har annen klinikk med fetlig flassing.
 - C X** Topikal metronidazol
Riktig. Diagnosen er perioral dermatitt. Førstevalg av behandling er topikal metronidazol eller azelainsyre
 - D** Topikale steroider gruppe 2
Nei, hun er allerede verre av topikale steroider gruppe I, og perioral dermatitt skal ikke behandles med steroider.
-

000015cc28101ba3ac

41

En 49 år gammel kvinne har det siste året fått noen forandringer i ansiktet som hun synes er skjjemende. Hun synes det forverres dersom hun drikker kaffe eller vin samt ved temperaturendringer. Hun er hudfrisk fra tidligere. Utslettet ser slik ut:



Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Discoid lupus erythematosus
Kan ligne sommerfuglutslett, men har da ikke papler og pustler. Rosacea mer sannsynlig.
- B X** Rosacea
Riktig. Teleangiektasier pluss papler og pustler bekrefter diagnosen, i tillegg til typisk sykehistorie.
- C Seboreisk dermatitt
Ofte lokalisert til ansikt, men mer typisk nasolabialt. Har da ikke papler og pustler, men erytem og flassing
- D Polymorf lysdermatose
Usannsyelig siden det har vært tilstede siste år. Ville kommet vår/tidlig sommer, og blitt bedre utover sommeren.

000015cc28101ba3ac

42

En gutt på 16 år er plaget med kviser. Han vasker ansiktet med vann morgen og kveld, men har ellers ikke forsøkt behandling for dette. Ved undersøkelse finner du lokalisert til hake og kinn ca 15 papler og pustler samt åpne komedoner lokalisert til nese og kinn. Bortsett fra noe fargeforandringer etter tidligere lesjoner kan du ikke se noen arr.

Hva slags behandling er mest aktuell å igangsettes?

- A X** Topikale retinoider og benzoylperoksid
Riktig. Har moderat akne. Dette er førstevalg av behandling
- B Systemisk antibiotika i form av tetrasykliner
- C Systemiske retinoider i form av isotretinoin
- D Topikal antibiotika i form klindamycin

000015cc28101ba3ac

43

En 21 år gammel ung mann kommer til deg med et generalisert utslett av 2 ukers varighet. Han er tidligere frisk. Etter en klinisk undersøkelse finner du at det mest sannsynlig dreier seg om et utbrudd av guttat psoriasis.

Hvilken tilleggsundersøkelse bør gjøres?

- A Ta røntgen for å utelukke infeksjon i lungene
Nei, skal kun tas ved symptomer på luftveisinfeksjon.
 - B Ta urinprøve for å utelukke genital chlamydia infeksjon
Hører ikke hjemme i utredning av psoriasis
 - C X Ta dyrkningsprøve fra halsen for å utelukke streptokokkinfeksjon
Ja, streptokokkinfeksjon i hals er ofte årsak til utbrud av guttat psoriasis. Halsprøve med tanke på diagnostikk av dette bør derfor alltid gjøres.
 - D Ta urinprøve for å utelukke glomerulonefritt
Selv om streptokokker kan gi glomerulonefritt, er det ikke nødvendigvis sammenheng mellom psoriasis og glomerulonefritt. Nefriten er i så fall sekundær til halsinfesjonen.
-

000015cc28101ba3ac

44

Oppbluss av atopisk eksem skyldes som gjerne økt kolonisering med *Staphylococcus aureus* i huden. Hvordan håndteres dette best?

- A X Topikale steroider tilsatt antiseptika
Ja, dette er som regel god behandling
 - B Topikal antibiotika
Aldri i monoterapi
 - C Topikale steroider
KOMmer sjelden til målet med dette alene dersom det ikke legges til antiseptisk behandling
 - D Topikale antiseptika
Ikke i monoterapi, må ha eksembehandling i tillegg
-

000015cc28101ba3ac

45

En 54 år gammel kvinner har en lesjon på venstre overarm som gradvis har blitt større siste 1-2 år. Se bilde.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?



- A Dermatofibrom
Nei, ikke typisk klinikk
- B Seborrhoisk keratose
Nei, ikke typisk klinikk
- C X** Basalcellekarsinom
Tumour med infiltrasjon, stedvis elevert (vollforming) kantområde og lokalisert kruste
- D Keratoacanthom
Nei, ville da vært kortere sykehistorie

000015cc28101ba3ac

46

En kvinne på 62 er frustrert etter at hun har vært hos fotterapeut da hun mener terapeuten har skadet hennes høyre stortå. Det var jo bare litt hard hud der før, men nå et svært sår, klager hun. Hun kommer til deg som fastlege da hun vil få dette såret sjekket. Riktignok gjør det ikke vondt i det hele tatt, men sokkene blir skitne, og såret lukter.

Ved undersøkelse finner du et dypt sår plantart på høyre stortå som måler 1,1 cm i diameter, og som ved sondering går ned til ben. Det er en god del nekroser i såret, og blek, men hard hud i sårkanten. Du finner gode pulser distalt bilateralt, ingen pitting ødemer og normal hudstatus på begge legger forøvrig.

Du er ikke enig i at fotterapeuten kan klandres. Hva er mest sannsynlig bakenforliggende årsak?

A X Diabetes nevropati

Ja, mest sannsynlig i denne settingen. Det ingen smerter, og et distalt plantart sår som mest sannsynlig skyldes en nevropati. Diabetes nevropati ikke uvanlig, og her må man sjekke blodsukkerstatus hos pasienten.

B Venøs insuffisiens

Ingen ødemer. Venøse sår er som regel ikke så distale og dype, og som regel ikke nevropati.

C Arteriell insuffisiens

Det er gode pulser, og ingen smerter

D Leukocytoklastisk vaskulitt

Nei, dette gir som regel smerter og blålilla misfarging av sårkanter. I tillegg mer vanlig på fotrygg og legg.

000015cc28101ba3ac

47

En 31 år gammel mann kommer med et utslett på høyre legg. Han er tidligere hudfrisk, og har endel stress i jobben sin som selger. Han er bekymret over at ett av barna har problemer på skolen. Han trener en del og dusjer to ganger om dagen. Utslettet har vart i 2 år, og det klør mye. Kløen kan til tider forstyrre søvnen. Han bruker i perioder sterk kortisonkrem (gruppe 3) i 1-2 uker av gangen. Han synes at behandlingen hjelper, men blir ikke kurert. Kløen øker på med en gang han er ferdig med en kortisonrunde.

Ved undersøkelse finner du et relativt velavgrenset, erytematøst, cirka 5x8 cm stort lichenfisert og ekskoriert plaque lateralt og distalt på høyre legg.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A X Lichen simplex chronicus /nevrodermatitt

Ja, mest sannsynlig diagnose hos tidligere hudfrisk mann med stress. Vond kløesirkel gir lichenifisering. Trenger lengre kur med steroidbehandling, og best med DD-behandling initialt (Duoderm og Dermovat)

B Nummulat dermatitt/ mynteksem

Aktuell differensialdiagnose, men mindre sannsynlig enn lichen chronicus simplex. Ofte flere og mindre lesjoner samt gjerne bilateralt.

C Basalcellecarcinom

Nei, dette er ikke meste sannsynlige diagnose, og pleier ikke klø samt blir ikke tydelig bedre av topikale steroider.

D Psoriasis vulgaris

Nei, psoriasis er som regel symmetrisk med affeksjon av begge legger, og har som regel affeksjon av andre predileksjonssteder også. I tillegg vanlig med skjelling.

000015cc28101ba3ac

48

En 26 år gammel kvinne kommer til deg som fastlege med hevelse og nedsatt funksjon i venstre kne siste 3 uker. Hun har plagdes endel med smerter og hevelse i kneet i perioder tidligere også men nå fungerer hun såpass dårlig på hennes butikkjobb at hun trenger sykemelding. Hun har ellers god allmenntilstand. Ved undersøkelse finner du klinisk artritt i venstre kne og det kommer fram at kvinnen har hatt psoriasis de siste åtte årene.

Ved orienterende blodprøver er SR og CRP lett forhøyet, på henholdsvis 30 og 21. Ved spørsmål rapporteres det ikke om noen infeksjoner eller utenlandsreiser siste halvår. Testet negativ for Chlamydia tracomatis for en tid tilbake og har ikke hatt ubeskyttet sex etter det.

Du velger punktere kneet og får ut 15 ml klar gul lett viskøs leddvæske

Hvilken medikamentell behandling bør man starte med hos denne pasienten?

A X NSAIDs + Lokal steroidinjeksjon

Kvinnen har trolig en psoriasisartritt (monoartikulær) som kan behandles symptomatisk med NSAIDs og lokalinjeksjoner med kortikosteroider. Lokalinjeksjon vil ofte gi rask bedring. Ved alvorlige former (f.eks. dersom mange ledd er affisert, 1.linje-behandling fungerer ikke adekvat, eller tegn på leddestruksjoner) blir det aktuelt å behandle med DMARDs, (fortrinnsvis metotrexat og evt. TNFalfa-hemmer), men dette er en spesialistoppgave.

B NSAIDs + Lokal steroidinjeksjon + TNFalfa-hemmer

TNFalfa-hemmer kan være aktuelt ved manglende effekt av symptomlindrende behandling (se riktig svar), og ved alvorlig sykdom. Dette er spesialistoppgave og pasienten må screenes først for f.eks latent tuberkulose mm

C NSAIDs + Lokal steroidinjeksjon + Perorale kortikosteroider

Kvinnen har psoriasis og hudsymptomene fra psoriasis kan blusse opp ved behandling med perorale steroider (rebound-effekt) og vil trolig heller ikke være nødvendig all den tid hun har fått lokal behandling.

D NSAIDs

Leddvæskens utseende er forenlig med innflammasjon og gir ikke mistanke om infeksjon. Da kvinnen har mye smerter og betydelig funksjonsnedsettelse, bør man også behandle med lokalinjeksjon av kortikosteroid som kan gjøres i samme prosedyre som den diagnostiske tappingen av leddvæske

000015cc28101ba3ac

49

En 30 år gammel kvinne oppsøker deg som fastlege. I løpet av siste år har hun fått omtrent daglige Raynaudfenomener i hender og føtter. Den siste måneden har hun fått smerter og hevelser i flere MCP ledd og hevelse over begge hender diffust.

Ved undersøkelse ser du at hun har puffy hands. Du bestemmer deg for å henvise henne videre til revmatolog, men tar likevel revmaserologiske prøver. Når du mottar svar på disse ser du at det er positivt utslag på ANA (referanseområde negativt) og anti-RNP er 3,5 IA (referanseområde <1,0 IA). Hvilken diagnose tenker du det er mest sannsynlig at denne kvinnen har?

A Psoriasisartritt

Nyoppstått Raynaud og puffy hands er ikke spesifikt assosiert med PsA og heller ikke positivitet for ANA og anti-RNP.

B Systemisk lupus erytematosus (SLE)

Pasientene kan ha leddhevelser og Raynaudfenomener ved SLE, men puffy hands er ikke vanlig og heller ikke kun positivitet for anti-RNP. Ved SLE er antistoffene anti-DNA og anti-SM brukt i diagnostikk.

C X MCTD

Pasienten har antistoff anti-RNP, puffy hands, artritt i MCP ledd og nyoppståtte Raynaud fenomener, som alt passer godt med MCTD. Debut av sykdom rundt 30 års alder passer også inn i bildet.

D Revmatoid artritt

Symmetriske leddhevelser i MCP ledd sees ofte ved RA, men ikke puffy hands, og nyoppstått Raynaud er sjelden ved akutt RA. Pasientene er vanligvis ikke positive for ANA og anti-RNP ved RA.

000015cc28101ba3ac

50

En bekymret far kommer på legekantoret med sin lille sønn på 2 år. Han har hatt høy feber over flere dager som responderer dårlig på paracetamol, og har etterhvert fått utslett og en større hevelse på halsen.

Ved undersøkelse er det betydelig nedsatt allmentilstand, større glandelsvulst på halsen, normale auskultasjonsfunn over hjerte og lunge, sidelike pulser, utslett på truncus, bilateral konjunktivitt, rubor i munnslimhinnen og ildrød tunge. Det er ikke nakkestivhet.

Du mistenker skarlagensfeber, og da han virker alvorlig syk tar du kontakt med nærmeste barneavdeling for innleggelse.

En tid etterpå får du epikrisen. Der ser du at pasienten, tross antibiotika behandling, var blitt enda dårligere etter innleggelse. Det tilkom hevelse i hender og fotsåler, hypotensjon og nytilkommet systolisk bilyd. Det ble blant annet utført ekkokardiografi som viste kaliberveksling i koronararterie.

Diagnosen som var gitt var en svært sjelden tilstand som forekommer hos barn.

Hvilken diagnose er det mest sannsynlig den lille pasienten fikk?

A X Kawasaki syndrom

Sjelden vaskulitt som forekommer bare hos barn (20 pr million barne år) , rammer mellomstore kar , spesielt fryktet er vaskulitt i hjertets koronararterier som kan føre til hjerteinfarkt selv hos barn . Diagnosen stilles på grunnlag av kliniske kriterier: feber over 5 dager, konjunktivitt, utslett, lymfeglandelsvulst ,forandringer i munnslimhinner og på hender og føtter. I motsetning til andre vaskulitter responderer ikke så godt på steroider men prognosen er god for de som får behandling med immunglobulin

vaskulitt.no

https://tidsskriftet.no/2001/11/klinikk_og_forskning/kawasakis-syndrom

B Takayasu arteritt

Arteritt i aortabuen og dens avgangsarterier Rammer ofte yngre til middelaldrende kvinner. Kan starte med et influensaliknende bilde. Etterhvert symptomer på organiskemi, vanligst klaudikatio i overekstremiteter, forskjellig trykk og puls i høyre og venstre arm.

Vaskulitt.no

Jan Tore Gran:innføring i klinisk revmatologi

C Hashimoto thyreoditt

Thyreoditt, Kan få hevelse (struma) på halsen, utvikler seg vanligvis langsomt ,ofte ingen symptomer i begynnelsen. Rammer oftest middelaldrende

Nasjonale veileder i endokrinologi hypothyreose

D Kikuchi-Fujimoto sykdom

En sjelden , godartet lymfadenopati , mest på hals. Kan gi feber , utslett, artritt mm. Selvbegrensende, spontan tilheling. Rammer oftest unge kvinner, gjennomsnittlig debut alder 30 år

vaskulitt.no

000015cc28101ba3ac

51

En 68 år gammel kvinne blir lagt inn med nyoppstått hodepine.

Ingen FAST-symptomer (fjes, arm, språk, tale), men under anamnesen kommer det frem at hun de siste ukene ikke har følt seg helt vel, hun har vært stiv i kroppen spesielt om morgenen, slapp, dårlig matlyst og gått ned i vekt .

Du finner at hun er øm over tinningen på venstre side og pulsen i tempoarterien er noe svakere enn på høyre side .

Ingen utslett eller synsutfall, BT er innenfor normalen, auskultasjon ua, ingen artritt

SR 84 og CRP 62: det vil si begge forhøyet, og ellers lettgradig anemi og trombocytose.

Du mistenker tempoarteritt og henviser til temporalis biopsi, men første mulighet for utførelse er ikke før om 5 dager.

Hvilket tiltak iverksettes i mellomtiden?

- A i.v solumedrol 1000mg i påvente av biopsi
Sterk mistanke om temporalia arteritt men ukomplisert uten synsforstyrrelser, nekroser og p.o steroider i dosering 40-60 mg bør være tilstrekkelig (om en av ulike grunner vil gi i.v kunne en valgt lavere dosering)
- B X p.o prednisolon 50 mg i påvente av biopsi
*Sterk klinisk mistanke om temporalis arteritt og en vil starte behandling for unngå evt komplikasjoner .
P.o steroider vil ikke innvirke på resultatet om biopsien taes innen rimelig tid*
- C Ingen tiltak før biopsien er tatt
Da sterk klinisk mistanke om arteritt og fare for utvikle irreversibel synsaffeksjon vil en gjerne starte behandling selv uten sikker diagnose
- D i.v tocilizimumab i påvente av biopsi
Tocilizumab har indikasjon men er ikke førstevalg (i Norge har forøvrig Behandlingsforum bestemt at tocilizumab ikke skal brukes på denne indikasjonen). Før oppstart med biologisk behandling skal det uansett screenes for latent tuberkulose mm

Vaskulitt.no

000015cc28101ba3ac

52

Du er fastlegen for en 32 år gammel kvinnelig hjelpepleier som kommer til deg fordi hun det siste halve året har følt seg uvanlig slapp, trøtt, og har hatt mye vondt i muskler og ledd. Hun drikker ofte små slurker vann fordi hun føler seg tørr i munnen, og klager også over noe svie i øynene. Du gjør en biokjemisk utredning som blant annet viser positiv ANA (referanseområde negativ) med undergruppe anti-SSA52>8 AI (referanseområde <1,0 AI) og henviser henne deretter til revmatolog. Revmatologen stiller diagnosen primært Sjøgren syndrom.

To år senere blir kvinnen gravid.

Hvilken mulig komplikasjon hos fosteret må man være observant på?

- A Medfødt nyresvikt
Er ikke spesifikt assosiert med tilstedeværelse av anti-SSA/SSB antistoffer
- B X Medfødt AV-blokk
*Pasienten er positiv for anti-SSA antistoff. Transplacental passasje av antistoffer mot SSA og SSB øker risikoen for neonatalt lupus syndrom og kongenital hjertebløkk. Antistoffene påvirker ikke selve svangerskapet
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Inflammatoriske-revmatiske-sykdommer-og-kollagenoser/>*
- C Medfødt atrieflimmer
Er ikke spesifikt assosiert med tilstedeværelse av anti-SSA/SSB antistoffer
- D Medfødt perikarditt
Er ikke spesifikt assosiert med tilstedeværelse av anti-SSA/SSB antistoffer

000015cc28101ba3ac

53

Revmatoid artritt er en kronisk inflammatorisk leddsykdom med ukjent etiologi. Selv om årsaken til revmatoid artritt er ukjent har studier identifisert enkelte risikofaktorer for utvikling av sykdommen. Hvilken miljømessig eller ernæringsmessig faktor har blitt vist å være en risikofaktor for utvikling av sykdommen revmatoid artritt?

- A Snusing
- B X** Røyking
Røyking er vist å øke risikoen for utvikling av revmatoid artritt
- C Høyt inntak av Vitamin C
- D Lavt inntak av Vit D

000015cc28101ba3ac

54

En mann i 30 årene har bestilt time til deg på legekantoret. Han forteller at han de siste 2-3 årene har fått smerter i flere ledd, er morgenstiv og klager over mer tretthet. Han er noe overvektig: BMI 28 kg/m². Du undersøker pasienten og finner at hans 4. tå som er øm virker generelt noe tykkere enn de andre tærne. Du finner at han har klinisk leddhevelse til 5 PIP ledd i hendene (2 venstre hånd og 3 i høyre hånd). Du gjør undersøkelse av huden uten å avdekke noen funn. På neglene finner du forandringer som minner om «pitting» og «onycholyse» forandringer. Hvilke diagnose stilles på bakgrunn av disse symptomene og funnene?

- A Revmatoid artritt
- B Polyartikulær arthritus urica
- C Polyartrose
- D X** Psoriasisartritt
Dette passer best med opplysningene: overvekt, polyartitt, mulig "pølsetå" og negleforandringer forenlige med psoriasis.

000015cc28101ba3ac

55

En studie undersøkte om personer som var utsatt for preeklampsi i fosterlivet, hadde forhøyede risikofaktorer for hjerte-/karsykdom i voksen alder. Fra et nasjonalt fødselsregister identifiserte man 1000 personer født etter svangerskap med preeklampsi og 1000 alders- og kjønnsmatchede personer født etter svangerskap uten preeklampsi. Disse ble invitert til undersøkelse i voksen alder, og hjerte-/kar-risikofaktorer ble sammenliknet mellom de to gruppene. Hva slags studie er dette?

- A X** Kohortstudie
Det stemmer. Her ble personer med og uten eksponering for preeklampsi i fosterlivet identifisert ved hjelp av fødselsregistrering og fulgt opp til voksen alder.
- B Matchet tverrsnittsstudie
Det er feil. Deltakerne ble fulgt opp fra fødsel til voksen alder, så det kan ikke være en tverrsnittsstudie.
- C Kasus-kontroll-studie
Det er feil. I en kasus-kontroll-studie velger man kasus som har fått utfallet (i dette tilfellet: for eksempel høyt nivå av hjerte-kar-risikofaktorer) og kontroller som ikke har fått utfallet, og så sammenlikner man eksponeringen (her: preeklampsi i fosterlivet) mellom de to gruppene.
- D Randomisert kontrollert studie
Det er feil. Deltakerne ble ikke randomisert til å bli utsatt for preeklampsi i fosterlivet (det er ikke mulig).

000015cc28101ba3ac

56

En systematisk oversikt og metaanalyse av effekten av betakarotentskudd på kardiovaskulær mortalitet fant at relativ risiko for kardiovaskulær død var 1,2 blant dem som fikk betakarotentskudd, sammenliknet med placebo.
Hva betyr det?

- A X** Risikoen var 20% høyere blant dem som fikk betakarotentskudd sammenliknet med placebo
Det stemmer. 1,2 er 20% høyere enn 1, som ville vært relativ risiko dersom risikoen var lik i begge grupper.
- B** Risikoen var ikke signifikant forskjellig mellom de to gruppene
- C** Risikoen var 120% høyere blant dem som fikk betakarotentskudd sammenliknet med placebo
- D** Risikoen var 20% lavere blant dem som fikk betakarotentskudd sammenliknet med placebo

000015cc28101ba3ac

57

En metaanalyse undersøkte effekten av to nye medikamenter mot hyperkolesterolemi. Medikament A førte til en gjennomsnittlig reduksjon i serum-kolesterol på 1,0 mmol/l (95% konfidensintervall: 0,5-1,5 mmol/l). Medikament B førte til en gjennomsnittlig reduksjon i serum-kolesterol på 2,0 mmol/l (95% konfidensintervall -0,5 til 4,5 mmol/l).
Hva er sant om disse resultatene?

- A** Medikament A og B har samme effekt på serum-kolesterol
- B** Medikament A har større effekt på serum-kolesterol enn medikament B
- C X** Effekten av medikament B er beregnet mindre presist enn effekten av medikament A
Det stemmer. Konfidensintervallet er mye bredere.
- D** Medikament B har ikke effekt på serum-kolesterolnivået

000015cc28101ba3ac

58

Du er fastlege og har fjernet en suspekt pigmentert melanocytær nevus på ryggen hos en 84 år gammel mann. Han bruker Marevan på grunn av atrieflimmer.
Patologen gir deg følgende histologisvar: Hud med malignt melanom, superfisiell spredningstype. Breslows tumortykkelse: 1,6 mm. Clarks nivå 3. Minsteavstand til reseksjonrand: 3,0 mm. Mitoseaktivitet: 2 pr mm². Ingen vaskulær infiltrasjon påvist.
Hva er best håndtering av denne pasienten videre?

- A** Du opererer på nytt, fjerner arret med 1 cm fri margin, og henviser så pasienten til hudlege for oppfølging.
Nei, reeksisjon skal gjøres av kyndig kirurg.
- B X** Du henviser til kirurgisk avdeling slik at pasienten kan reopereres av kvalifisert kirurg som så henviser videre til hudlege
Riktig svar da kyndig kirurg vet best hvordan re-eksisjon skal utføres i henhold til histologisvar. Hudlegen vil så gjøre en vurdering hvordan pasienten skal følges opp i henhold til nasjonalt handlingsprogram for maligne melanomer.
- C** Da melanomet ble fjernet i sin helhet med god margin rekvirerer du bildediagnostikk i form av ultralyd, og følger pasienten opp med kontroller med hyppighet anbefalt av nasjonalt handlingsprogram for maligne melanomer.
Galt svar. Frie reseksjonskanter er ikke nok. Pasienten må også til re-eksisjon om mulig.
- D** På grunn av Marevanbehandling og høy alder avtaler du i samråd med pasienten ingen reeksisjon, men hyppigere kliniske kontroller enn det nasjonalt handlingsprogram for maligne melanomer anbefaler
Galt svar. Han kan godt følges av fastlegen, men må uansett til re-eksisjon om det er mulig.

000015cc28101ba3ac

59

Ved sepsis aktiveres ofte koagulasjonssystemet og enkelt pasienter utvikler disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC). Vi bruker ofte blodprøver som INR, trombocytter, fibrinogen og D-dimer til å vurdere om pasienten har utviklet DIC.

Hvilke av forandringene i disse blodprøvene vil du forvente å finne hos en pasient med DIC?

- A INR synker, trombocytene synker, fibrinogen synker, D-dimer stiger
- B X** INR stiger, trombocytene faller, fibrinogen faller, D-dimer stiger
DIC er en forbrukskoagulopati hvor koagulasjonsfaktorer forbrukes (INR stiger), trombocytter og fibrinogen forbrukes også så begge synker. D-dimer som stiger grunnet økt fibrinolyse.
- C INR stiger, trombocytene stiger, fibrinogen faller, D-dimer stiger
- D INR synker, trombocytene stiger, fibrinogen synker, D-dimer stiger

000015cc28101ba3ac

60

En 65 år gammel mann med feber (over 39 grader om kveldene) av ukjent årsak over 3-4 uker legges inn til videre utredning. Han har hatt nattesvette og 6 kg vekttap. Ut over det har han ingen symptomer eller funn. Blodprøver viser Hb: 9,8 g/dl (normalområde 13,4 - 17,0 g/dl), SR: 70 mm/time (normalområde \leq 17 mm/time), CRP: 210 mg/L (normalområde $<$ 5 mg/L).

Hvilken billedundersøkelse bestiller du først i utredningen av denne pasienten?

- A MR-coulmna for å se etter spondylodiskitt
Tidlig bare ved ryggsmertes
- B X** CT-abdomen for å se etter intraabdominal abscess eller malignitet
CT-abdomen er den viktigste undersøkelsen i begynnelsen av utredningen av feber av ukjent årsak da intraabdominale abscesser, levermetastaser og koloncancer er hyppige underliggende årsaker.
- C PET-scan for å se etter lymfom
Kommer betydelig senere i utredningen
- D Ekkokardiografi for å se etter endokarditt
Først ved bilyd eller positiv blodkultur

000015cc28101ba3ac

61

Sepsis er en alvorlig tilstand med høy dødelighet spesielt hos de med septisk sjokk. Ofte er dette en alvorlig sepsis forbundet med utvikling av flerorgansvikt.

Hvilke patofysiologiske prosesser er viktigst for utviklingen av septisk sjokk?

- A Redusert organgjennomblødning grunnet uttalt systemisk vasokonstriksjon
- B Utvikling av resistens mot vanlig forekommende antibiotika
- C X** Sirkulasjonssvikt på grunn av generell vasodilatasjon og kapillærlekkasje
Det uttalte blodtrykkfallet og den reduserte gjennomblødningen av vitale organer skyldes i hovedsak en ukontrollert vasodilatasjon og en uttalt kapillærlekkasje som leder til hypovolemi.
- D Immunologisk anergi eller manglende T-cellerespons på bakterieantigener

000015cc28101ba3ac

62

Du er lege i akuttmottaket på sykehus. Ambulansen kommer inn med en 72 år gammel mann som viser følgende symptomer: kvalme, oppkast, forvirring, myoklonier, nystagmus, uforutsigbar og tilsynelatende meningsløs oppførsel. Pasienten har i mange år brukt følgende legemidler fast og uten noen bivirkninger: zopiklon (mot søvnvansker), tamsulosin (mot prostatahyperplasi), litium og citalopram (mot bipolar lidelse), tyroksin (mot hypotyreose) og metoprolol (mot hypertensjon). Han bruker også omega 3-kapsler som kosttilskudd. Symptomene skal ifølge pårørende som var med i ambulansen ha kommet nokså overraskende og pasienten skal ha vært helt upåfallende inntil nylig. **Hvilken tentativ diagnose bør du jobbe ut fra?**

- A X** Litium-intoksikasjon
Riktig svar. Litium kan forårsake alle de nevnte symptomene ved overdosering/intoksikasjon. Det er heller ikke uvanlig at man med økende alder får høyere serumkonsentrasjon, selv om dosen har vært uendret i årevis. Dette skyldes ofte redusert nyrefunksjon som følge av høyere alder.
- B** Antikolinerg krise
Nei, dette ville gi andre symptomer, og ingen av legemidlene har vesentlige antikolinerge effekter.
- C** Hjerneslag
Nei, dette er ikke den mest sannsynlige diagnosen ved denne symptomatikken
- D** Akutt manisk episode
Nei, da ville man ikke ha slike somatiske symptomer

000015cc28101ba3ac

63

Citalopram, mirtazapin, nortriptylin og sertralin er alle antidepressive legemidler. **Hvilke av midlene kan også brukes mot panikkangst?**

- A** Mirtazapin og nortriptylin
- B** Citalopram og mirtazapin
- C** Nortriptylin og sertralin
- D X** Citalopram og sertralin
Det er kun legemidler med kraftige serotonerge effekter som kan brukes mot panikkangst. Begge disse midlene er SSRI-preparater.

000015cc28101ba3ac

64

Antipsykotika kan gi metabolske bivirkninger som økte nivåer av kolesterol, triglyserider og glukose, samt vektøkning.

Hvilken undergruppe av antipsykotika gir denne typen bivirkninger i størst grad?

- A** Førstegenerasjons høydoseantipsykotika
- B** Førstegenerasjons lavdoseantipsykotika
- C X** Annengenerasjons antipsykotika
Mange legemidler i denne gruppen gir kraftig metabolsk påvirkning. De to midlene som gir det i aller størst grad er olanzapin og klozapin, som begge tilhører denne gruppen.
- D** Tredjegerasjons antipsykotika

000015cc28101ba3ac

65

Det kolinerge systemet er et viktig angrepspunkt for antidemens-legemidler.

Hva er disse legemidlenes virkningsmekanisme?

- A** Hemming av presynaptisk reopptak av acetylcholin
- B X** Hemming av kolinesterase-enzymet
Riktig svar - de virker kolinergt ved å hemme kolinesteraseenzymer og derved øke kolinerge transmisjon i CNS.
- C** Antagonisme av acetylcholinreseptorer av muskarintypen
- D** Antagonisme av acetylcholinreseptorer av nikotintypen

000015cc28101ba3ac

66

En mann på 57 år gjennomgikk nyretransplantasjon for 3 år siden på bakgrunn av kronisk glomerulonefritt med utvikling av terminal nyresvikt. Han behandles med en grunn dose prednisolon (5 mg x 1) og kalsinevrinhemmeren takrolimus (Prograf) i en vedlikeholdsdose på 4 mg x 2. På denne behandlingen har han hatt en stabil konsentrasjon av takrolimus i blod på rundt 6 ng/ml. Pasienten har nå vært på reise i India og pådro seg der en hissig gastroenteritt, som han fikk forskrevet amoksisillin for av en lokal lege. Han oppsøkte sin egen lege da han kom hjem, og fikk målt en konsentrasjon av takrolimus i blod på 20 ng/ml.

Hva er sannsynligvis forklaringen på den økte konsentrasjonen av takrolimus?

- A Gastroenteritt i varmt klima medfører dehydrering, som gir midlertidig redusert nyrefunksjon og redusert nyreutskillelse av takrolimus og dermed høyere konsentrasjon i blod
Takrolimus elimineres ved levermetabolisme, og skilles ikke ut uendret i urinen
- B Amoksisillin hemmer metabolismen av takrolimus ved å hemme enzymet CYP3A4, og øker dermed konsentrasjonen i blod
Amoksisillin er ikke en enzymhemmer, har ingen interaksjoner med takrolimus
- C X** Gastroenteritt reduserer p-glykoprotein i tarmveggen, noe som gir økt biotilgjengelighet av takrolimus og dermed høyere konsentrasjon i blod
Riktig
- D Gastroenteritt gir redusert absorpsjon av takrolimus, ikke økt. Pasienten må ha overkompensert for dette ved å innta alt for mye medisin.

000015cc28101ba3ac

67

En 31 år gammel kvinne har den siste tiden blitt behandlet med citalopram (SSRI) og psykoterapi grunnet en depresjon av moderat alvorlighet. Dette var den første depressive episoden i kvinnens liv. Omtrent to måneder etter behandlingsstart følte pasienten seg langt bedre, og hun valgte etter totalt 12 ukers behandling å avslutte medisineringsen. Tre dager senere kontakter hun deg som fastlege. Hun forteller at hun nå føler seg helt elendig, med blant annet kraftig hodepine, kvalme og svimmelhet.

Hvilket tiltak vil trolig være mest gunstig for pasienten?

- A Å bytte til et antidepressivt legemiddel som ikke hemmer reopptak av serotonin
Det finnes ingen grunn til å gjøre dette, siden pasienten trenger et legemiddel som øker nivåene av serotonin i synapsen for at seponeringssymptomene skal gå tilbake.
- B Å måle serumkonsentrasjonen av citalopram og velge det mest hensiktsmessige tiltaket ut fra prøvesvaret
Dette er meningsløst. Man kan selvsagt forvente seg meget lav konsentrasjon da pasienten har seponert behandlingen.
- C X** Å anbefale pasienten å fortsette med den tidligere medisineringsen for deretter å trappe ned gradvis på et senere tidspunkt
Symptomene skyldes trolig den brå seponeringen, og vil bedres snarlig om pasienten begynner å ta legemidlet. Når man faktisk skal seponere SSRI, bør dette skje gradvis (f.eks. ved å minske døgndosen gradvis over noen uker) Se veileder, s. 42: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- D Å avvente gradvis symptombedring i løpet av de neste 1-2 ukene
Dette er i prisnipp ikke feil, men pasientens plager er så uttalte at det virker lite rasjonelt å avvente spontan bedring. En annen sak er at man ved medikamentell behandling av depresjon bør vedlikeholdsbehandle i minst 6 mnd. for å minske risiko for residiv. Det vil dermed ikke være beste løsning å bare se an situasjonen, selv om symptomene (som trolig skyldes seponeringen) gir seg etter noe tid. Se veileder, s. 42: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

000015cc28101ba3ac

68

Z-hypnotika er de overlegent mest solgte sovemidler i Norge i dag. De er virkningsmessig nært beslektet med benzodiazepinene.

Hva er den mest framtreddende, praktisk viktige forskjellen mellom disse to gruppene?

- A Z-hypnotikas manglende affinitet til BZ₃-reseptorer, som gir mindre bivirkninger enn det som ses med bruk av benzodiazepiner
- B Z-hypnotikas mangel på aktive metabolitter, som generelt fører til en kortere virketid enn det som ses med bruk av benzodiazepiner
- C X** Z-hypnotikas kortere halveringstider, som gir fravær eller reduksjon av residualeffekter neste morgen sammenliknet med benzodiazepiner
Korrekt svar.
- D Z-hypnotikas affinitet til GABA_B-reseptorer, som er assosiert med redusert dødelighet ved overdose sammenliknet med benzodiazepiner

000015cc28101ba3ac

69

Du er turnuslege i psykiatrisk akuttmottak og tar i mot en mann på 32 år som tvangsinnlegges på grunn av akutt psykose med paranoide vrangforestillinger og aggressiv og truende atferd overfor tilfeldige personer på gata. Han er ikke i stand til å gi noen opplysninger, men innleggende lege har opplyst at han skal være rusmisbruker. Han har ingen kjent psykoselidelse fra tidligere.

Hvilken rusrelatert tilstand er en sannsynlig bakenforliggende årsak til pasientens psykose?

- A Abstinensreaksjon etter langvarig opioidmisbruk
Gir ikke psykotiske symptomer
- B X** Akutt intoksikasjon med sentralstimulerende middel
Alvorlige paranoide reaksjoner med vrangforestillinger og aggressiv atferd er ikke sjelden ved f. eks. intensiv bruk av amfetamin. Ref: Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet.
- C Akutt alkoholintoksikasjon
Gir svært sjelden psykotiske symptomer
- D Akutt cannabisintoksikasjon
Akutt cannabisrus gir sjelden en akutt paranoid psykotisk reaksjon som beskrevet i dette tilfellet. Langvarig cannabismisbruk har vært satt i sammenheng med økt risiko for utvikling av schizofreni.

000015cc28101ba3ac

70

Du skal ta en venøs blodprøve av en pasient for å avklare om pasienten har hyperkalemi.

Hvilken type blodprøverør kan du ikke benytte når du tar prøven?

- A Litiumheparinrør
ok
- B Rør uten tilsetning
ok
- C Rør tilsatt separasjonsgel
ok
- D X** EDTA-rør
inneholder kalium

000015cc28101ba3ac

71

¹⁸F-FDG er det vanligste radiofarmaka i PET-undersøkelser og brukes i diagnostikk av eksempelvis lungecancer og lymfomer.

Hvilken metabolisme benytter dette radiofarmaka seg av?

- A Oksygenmetabolisme
- B X** Glukosemetabolisme
glukose
- C Tyrosinmetabolismen
- D Aminosyremetabolisme

000015cc28101ba3ac

72

En 50 år gammel mann oppsøker deg som fastlege. Han er svært idrettsaktiv og kommer på grunn av økende hoftesmerter. Disse er værst ved oppstart av aktivitet, men er tilstede i noe mindre grad hele tiden. Han mener dette må skyldes en gammel idrettsskade. Du får svar på røntgenundersøkelsen om at det foreligger en betydelig avsmalnet leddspalte i hofteleddet, økt subchondral sklerose og leddnære osteofytter.

Hva passer dette best med?

- A Hofteleddsartritt
- B Labrumruptur
- C X** Hofteleddsartrose
Typiske sykehistorie med startsmarter og røntgenfunn som ved artrose
- D Stressfraktur

000015oc28101ba3ac

73

En 55-årig dame møter deg på fastlege-kontoret. Hun er tidligere frisk, men har i løpet av det siste året vært plaget av smerter i begge håndledd. Smertene er verst på morgenen. Etter en klinisk undersøkelse ser du at begge håndledd devierer i ulnar retning. Du mistenker at pasienten kan ha en reumatologisk tilstand. Du ønsker å kartlegge om det allerede foreligger skader i håndleddene. Hvilken bildediagnostisk undersøkelse henviser du pasienten til?

- A X** Røntgen av begge håndledd og hender.
Anamnese og kliniske funn gir mistanke om reumatoid artritt, selv om også andre reumatologiske tilstander kan foreligge. Konvensjonell røntgen av håndledd og hender er anbefalt som primær undersøkelse ved mistenkt reumatoid artritt. Røntgen gir et reproducerbart og spesifikt svar på hvorvidt det foreligger strukturelle skader i og rundt leddene. MR er et godt valg ved tvil om den reumatologiske diagnosen, men først etter at røntgen er gjennomført. Når MR utføres er det anbefalt å bruke intravenøs kontrast for å få høyest mulig sensitivitet for synovitt. Ultralyd brukes noen steder for å vurdere aktiv inflammasjon, men er ikke godt egnet for å kartlegge strukturelle skader. CT gir et adekvat bilde av strukturelle skader, men gir lite tilleggsverdi sammenlignet med røntgen og kan ikke forsvare den høyere kostnaden og stråledosen.
- B** Du gjennomfører selv en ultralydundersøkelse av begge håndledd.
Anamnese og kliniske funn gir mistanke om reumatoid artritt, selv om også andre reumatologiske tilstander kan foreligge. Konvensjonell røntgen av håndledd og hender er anbefalt som primær undersøkelse ved mistenkt reumatoid artritt. Røntgen gir et reproducerbart og spesifikt svar på hvorvidt det foreligger strukturelle skader i og rundt leddene. MR er et godt valg ved tvil om den reumatologiske diagnosen, men først etter at røntgen er gjennomført. Når MR utføres er det anbefalt å bruke intravenøs kontrast for å få høyest mulig sensitivitet for synovitt. Ultralyd brukes noen steder for å vurdere aktiv inflammasjon, men er ikke godt egnet for å kartlegge strukturelle skader. CT gir et adekvat bilde av strukturelle skader, men gir lite tilleggsverdi sammenlignet med røntgen og kan ikke forsvare den høyere kostnaden og stråledosen.
- C** Du henviser til CT av begge håndledd og hender
Anamnese og kliniske funn gir mistanke om reumatoid artritt, selv om også andre reumatologiske tilstander kan foreligge. Konvensjonell røntgen av håndledd og hender er anbefalt som primær undersøkelse ved mistenkt reumatoid artritt. Røntgen gir et reproducerbart og spesifikt svar på hvorvidt det foreligger strukturelle skader i og rundt leddene. MR er et godt valg ved tvil om den reumatologiske diagnosen, men først etter at røntgen er gjennomført. Når MR utføres er det anbefalt å bruke intravenøs kontrast for å få høyest mulig sensitivitet for synovitt. Ultralyd brukes noen steder for å vurdere aktiv inflammasjon, men er ikke godt egnet for å kartlegge strukturelle skader. CT gir et adekvat bilde av strukturelle skader, men gir lite tilleggsverdi sammenlignet med røntgen og kan ikke forsvare den høyere kostnaden og stråledosen.
- D** MR av begge håndledd uten intravenøs kontrast
Anamnese og kliniske funn gir mistanke om reumatoid artritt, selv om også andre reumatologiske tilstander kan foreligge. Konvensjonell røntgen av håndledd og hender er anbefalt som primær undersøkelse ved mistenkt reumatoid artritt. Røntgen gir et reproducerbart og spesifikt svar på hvorvidt det foreligger strukturelle skader i og rundt leddene. MR er et godt valg ved tvil om den reumatologiske diagnosen, men først etter at røntgen er gjennomført. Når MR utføres er det anbefalt å bruke intravenøs kontrast for å få høyest mulig sensitivitet for synovitt. Ultralyd brukes noen steder for å vurdere aktiv inflammasjon, men er ikke godt egnet for å kartlegge strukturelle skader. CT gir et adekvat bilde av strukturelle skader, men gir lite tilleggsverdi sammenlignet med røntgen og kan ikke forsvare den høyere kostnaden og stråledosen.

000015oc28101ba3ac

74

Du har akkurat begynt i LIS1-stilling, men har fri i dag og benytter anledningen til å dra i familieselskap. Der treffer du din bestefar, en sprek og oppegående 82 år gammel mann, som fra tidligere stort sett er frisk, men som nylig har fått påvist prostatakreft. Urologen som utreder bestefaren din ønsker at han skal gjennomføre en skjelettscintigrafi. Bestefaren din har aldri hørt om denne undersøkelsen, og spør derfor deg hva det er for noe.

Hva vil du svare din bestefar?

- A X** Du får en intravenøs injeksjon av et radioaktivt legemiddel. Etter noen timer blir du lagt under et gammakamera som detekterer den radioaktive strålingen du sender ut.
Ved en skjelettscintigrafi injiseres pasienten med ^{99m}Tc bundet til en fosfatforbindelse, som deretter tas opp i skjelettet. ^{99m}Tc sender ut gammastråler. Et gammakamera detekterer disse gammastrålene, og gir oss planare bilder (evt. SPECT/CT) av pasienten.
- B** Utredning av skjelettmetastaser er en dårlig indikasjon for skjelettscintigrafi. Du fraråder bestefaren din å gjennomføre undersøkelsen.
Skjelettscintigrafi er en sensitiv metode for tidlig å påvise sklerotiske skjelettmetastaser. De fleste skjelettmetastaser fra prostatacancer er sklerotiske.
- C** Du får en intravenøs injeksjon av et radioaktivt legemiddel. Etter noen timer blir du lagt under et PET-kamera som detekterer den radioaktive strålingen du sender ut.
Ved en skjelettscintigrafi injiseres pasienten med ^{99m}Tc bundet til en fosfatforbindelse. ^{99m}Tc sender ut gammastråler. Et PET-kamera detekterer radioaktivitet sendt ut fra positronemittere.
- D** En skjelettscintigrafi er akkurat det samme som en røntgenundersøkelse, bortsett fra at man avbilder hele skjelettet.
Ved en røntgenundersøkelse sendes stråler gjennom pasienten fra en ekstern strålekilde. Ved nukleærmedisinske undersøkelser er det pasienten selv som sender ut stråler på grunn av det tilførte radioaktive stoffet.

000015cc28101ba3ac

75

PET (Positron Emisjons Tomografi) er en viktig undersøkelsesmodalitet innen nukleærmedisin. Den mest vanlige PET-undersøkelsen i verden i dag er ^{18}F -FDG-PET/CT (^{18}F fluor-fluor-deoksy-glukose-PET/CT / «sukker-PET»).

Hva avbilder vi ved en ^{18}F -FDG-PET/CT?

- A** Positroner som finnes naturlig i pasienten.
Begrunnelse: Ved ^{18}F -FDG-PET/CT tilfører vi pasienten ^{18}F -FDG intravenøst. ^{18}F -FDG er en positronemitter, og det er disse positronene vi avbilder ved en ^{18}F -FDG-PET/CT. ^{22}Na og ^{40}K er to eksempler på positronemittere som finnes i naturen, og disse vil finnes i kroppen i veldig små mengder, men dette er for små mengder til å avbilde med et PET/CT-kamera.
- B** Positroner produsert i en generator, som deretter gis pasienten intravenøst.
Begrunnelse: ^{18}F til klinisk bruk kan ikke produseres i en generator slik som for eksempel ^{68}Ga .
- C X** Positroner produsert i en syklotron, som deretter gis pasienten intravenøst.
Begrunnelse: ^{18}F til klinisk bruk kan bare produseres i en syklotron, det finnes ikke naturlig i menneskekroppen. En syklotron er en partikkelakselerator som akselererer ladde partikler til veldig høye hastigheter. Disse partiklene vil, fordi de har så høy hastighet, ha mye energi. De høyenergetiske partiklene vil deretter kolliderer med et target og lage positronemittere (for eksempel ^{18}F). Ved ^{18}F -FDG-PET/CT ser vi hvordan radioaktivt sukker fordeler seg i kroppen. Vi får en opphopning av radioaktivitet i celler med høy metabolisme. Eksempler på celler med høy metabolisme er tumorceller og inflammatoriske celler.
- D** Positroner produsert av PET-kameraet som PET-kameraet sender gjennom pasienten.
Begrunnelse: PET-kameraet produserer ikke positroner, det detekterer positroner.

000015cc28101ba3ac

76

Hva er de to vanligste inkomplette frakturer hos barn og hva kjennetegner disse?

- A Epifysiolysefraktur er frakturer som affiserer vekstsonen. Greenstickfraktur har brutt kortikalis på tensjonssiden, men intakt kortikalis på kompresjonssiden.
- B Plastisk bøyefraktur er mikrofrakturer langs knokkelen med buet deformitet og ingen synlig fraktur på røntgen. Epifysiolysefraktur er frakturer som affiserer vekstsonen.
- C X Greenstickfraktur har brutt kortikalis på tensjonssiden, men intakt kortikalis på kompresjonssiden. Bucklefraktur har kompresjon av kortikalis, men ingen diskontinuitet.
Hos barn er skjelettet mykt og elastisk og korteks tynnere, noe som disponerer for inkomplette frakturer. Det finnes tre typer inkomplette frakturer; greenstick-, buckle- eller torusfraktur og plastisk bøyefraktur. Epifysiolysefraktur er ingen inkomplett fraktur. Inkomplette frakturer har ulik stabilitet og derfor ulik behandling og prognose, og det har klinisk konsekvens å skille mellom disse. En bucklefraktur er kompresjon av korteks, men ingen diskontinuitet og er derfor stabil. Krever ikke kontroll. Dette er den absolutt vanligste fraktur hos barn. Ved greenstickfraktur er det diskontinuitet i korteks på tensjonssiden av bruddet, men intakt korteks på kompresjonssiden. Nest vanligste fraktur hos barn, men langt mindre vanlig enn bucklefraktur. Den er potensielt ustabil og bør kontrolleres etter ca 7 dager for å se etter glidning. Ved reponering og pinning kan det være aktuelt å gjøre frakturen komplett før reponering. Plastisk bøyefraktur eller –deformitet er egentlig begynnelsen på en greenstickfraktur, men der kreftene ikke er sterke nok til å bryte korteks. Det skaper en rekke mikrofrakturer langs hele knokkelen som gir permanent deformitet uten synlig bruddlinje på røntgen. Oftest sett i radius og ulna, og er relativt sjelden.
- D Bucklefraktur har kompresjon av kortikalis, men ingen diskontinuitet. Plastisk bøyefraktur er mikrofrakturer langs knokkelen med buet deformitet og ingen synlig fraktur på røntgen.

000015cc28101ba3ac

77

2 år gammel jente kommer til deg på legevakt etter å ha hoppet på trampoline og landet på høyre arm. Hoven og misfarget albue, men ellers er pasienten vanskelig å undersøke. Angir smerte ved palpasjon både av albue og håndledd. Hånden er varm og med normal farge. Hva gjør du nå?

- A Henviser til MR albue og håndledd som ø-hjelp neste dag med spørsmål om skjelett- eller bløtvevsskade.
- B Pasienten får paracet og fatle, med beskjed om å kontakte fastlege neste dag siden det kan være enklere å undersøke når hevelsen har gått ned.
- C Henviser til CT underarm med spørsmål om skjelettskade og ortopedisk avdeling siden pasienten er vanskelig å vurdere.
- D X Henviser til røntgen albue front og side og håndledd front og side med spørsmål om skjelettskade.
Førstevalget ved spørsmål om skjelettskade er alltid røntgen. Lett tilgjengelig, billig og med akseptabel strålebelastning, samt avklarende i mange tilfeller. MR er ressurskrevende og lite tilgjengelig, særlig for små barn som muligens må sederes for å kunne samarbeide. CT bør unngås så langt mulig jo yngre barna er på grunn av økt strålefølsomhet.

000015cc28101ba3ac

78

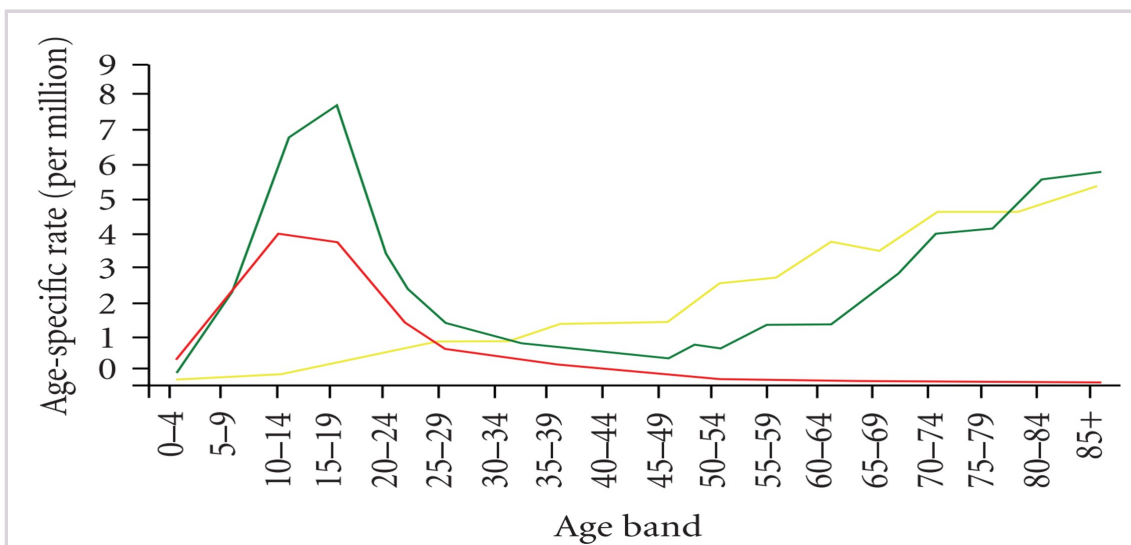
En middelaldrende kvinne fra Afghanistan, ankommet til Norge for ett år siden, ble oppfordret til å gå til legen på grunn av slapphet og skjelettsmerter, især ryggplager. Røntgen columna viste noe tap av benvev. Det ble tatt en del blodprøver som viste bl.a. lavt kalsium og fosfat og forhøyet alkalisk fosfatase, nivået av paratyreoideahormon (PTH) var innenfor normalområdet mens vitamin D var lavt. **Hvilken sykdom er det mest sannsynlig denne kvinnen har?**

- A X Osteomalasi
Klinikk med blodprøver er forenlig med osteomalasi. Lave nivåer av D-vitamin forekommer blant en del immigranter grunnet lavt inntak og/eller lite soleksponering. Mangel på D-vitamin kan gi rakitt/osteomalasi.
- B Hyperparatyroidisme
Hyperparatyroidisme er ledsaget av høy PTH.
- C Renal osteodystrofi
Pasienter med kronisk nyresvikt kan utvikle renal osteodystrofi.
- D Osteoporose
Pasienter med osteoporose har vanligvis normale blodprøver

000015cc28101ba3ac

79

Forekomsten av maligne svulster varierer med alder, og noen forekommer hyppigst hos barn og unge. Hvilken gruppe av maligne svulster representerer sannsynligvis grønn og rød graf?



- A Grønn og rød graf viser sannsynligvis forekomsten av de to vanligste typene brystkanser. *Brystkanser øker med økende alder, som de fleste andre maligne svulster.*
- B Grønn og rød graf viser sannsynligvis forekomsten av de to vanligste typene prostatakanser. *Prostatakanser øker med økende alder, som de fleste andre maligne svulster.*
- C Grønn og rød graf viser sannsynligvis forekomsten av de to vanligste typene kondrosarkomer. *Kondrosarkomer øker med økende alder, som de fleste andre maligne svulster.*
- D X Grønn og rød graf viser sannsynligvis forekomsten av de to vanligste typene beinsarkomer. *Grønn og rød graf viser forekomsten av osteosarkom og Ewing sarkom, som begge er maligne beinsvulster med økt forekomst hos barn og unge i skjelettvekst, mens de fleste maligne svulster forøvrig (med få unntak) øker med økende alder. Svaralternativene krever ikke at studentene kan skille forekomstkurven for osteosarkom fra Ewing sarkom, og krever kun kunnskap om at maligne beinsvulster forekommer hyppigst hos barn og unge.*

000015ce28101ba3ac

80

Mange tilstander i huden kan danne blemmer (bulla eller vesikler) i huden. Hvor i huden blemmen oppstår kan gi et hint om diagnosen.

Hvilken av de følgende tilstandene er typisk assosiert med subepidermal blemme (bulla)?

- A Impetigo
- B Pemfigus vulgaris
- C X Bulløs pemfigoid
Impetigo danner typisk blemmer subkornealt, og pemfigus vulgaris danner blemmer suprabasalt. Bulløs pemfigoid danner typisk blemmer subepidermalt, altså er bulløs pemfigoid riktig. Nevuscellesvulster danner vanligvis ikke blemmer.
- D Nevuscelletumor

000015ce28101ba3ac

Testen har 80 oppgaver. På utskriftstidspunktet var 0 oppgaver blitt trukket og det var gjort fasitendringer på 0 oppgaver.