

Kontinuasjonseksamen IIID 2015 (MD4062)
Eksamensdato: 2015-10-13

1

En 35 år gammel snekker skades i en arbeidsulykke. Han blir etter ulykken vurdert som 100 % varig ervervsmessig ufør.

Hvilken økonomisk ytelse i forbindelse med yrkesskaden vil i utgangspunktet være den mest betydelige?

- A X** Erstatning fra arbeidsgivers forsikringsselskap for tapt arbeidsfortjeneste framover
Ja, det kan dreie seg om betydelige beløp som utgjør forskjellen mellom det han får i trygd og beregnet arbeidsinntekt fram til 67 års alder.
- B** Tilleggstrygd fra NAV i forbindelse med yrkesskaden
Nei, det er ikke snakk om store beløp
- C** Ménerstatning for tort og svie fra NAV
Nei, ikke vesentlige beløp
- D** Erstatning fra NAV for tapt arbeidsfortjeneste framover
Nei, NAV gir ikke slike ytelser

0000156 1a11994da482

2

Du er fastlege for en 78 år gammel mann som har hypertensjon og nedsatt nyrefunksjon:

kreatinin 160 µmol/l (60-105 µmol/L)

eGFR 41 ml/min/1,73m² (>60 ml/min/1,73m²) .

Ved forrige kontroll ble det påvist økende albuminuri med albumin/kreatinin ratio 233 mg/mmol (<3 mg/mmol). Du kompletterte blodtrykksbehandlingen med en ACE hemmer, Lisinopril 10 mg x 1 for å redusere albuminuri og forbedre blodtrykket.

Ved neste kontroll er

BT 134/86

kreatinin 185 µmol/L (60-105 µmol/L)

eGFR 33 ml/min (>60 ml/min/1,73m²)

albumin/kreatinin ratio 100 mg/mmol (<3 mg/mmol)

kalium 4,7 mmol/L (3,5-4,4 mmol/L)

Hvilket tiltak er mest korrekt?

- A** Seponere ACE hemmeren (Lisinopril) og henvise pasienten til nyrepoliklinikken
- B X** Fortsette med uendret dose og ta ham inn til en ny kontroll om 1 til 2 uker
Riktig. En kreatinin stigning på 30% og/eller reduksjon av eGFR på 30% aksepteres så lenge albuminurien avtar, blodtrykket er bra og pasienten er i velbefinnende.
- C** Redusere ACE hemmeren (Lisinopril) pga kreatininstigningen
- D** Seponere ACE hemmeren (Lisinopril) pga kreatininstigningen og starte med en kalsiumantagonist (Amlodipin) istedet

0000156 1a11994da482

3

Hvordan risikostratifiseres pasienter med prostatakraft i forhold til videre radikalrettet behandling?

- A X** PSA, Gleason score, Klinisk stadie
- B** PSA, Gleason score, Arvelige faktorer
- C** PSA, Gleason score, MR prostata, biologisk alder
- D** Gleason score, komorbiditet, biologisk alder

0000156 1a11994da482

4

En kvinne er gravid i 3. trimester (7 mnd gravid) og får påvist lungeemboli. Hva er anbefalt behandling (det foreligger ikke spesielle kontraindikasjoner mot antikoagulasjonsbehandling)?

- A** Starte med Low-Molecular-Weight-Heparin (LMWH) og fortsette til minimum 3 måneder etter fødsel
Antikoagulasjonen anbefales kontinuert minst 6 uker etter fødsel, og en tilstreber vanligvis tilsammen 3 mnd behandling
- B X** Starte med Low-Molecular-Weight-Heparin (LMWH), kontinuere frem til fødsel og gi antikoagulasjon med enten Marevan eller LMWH til og med 6 uker etter fødsel (uavhengig av amming)
Marevan er kontraindisert i svangerskapet (spesielt første trimester og siste 4 uker før fødsel), og både Marevan og LMWH kan brukes etter fødsel (uavhengig av amming)
- C** Starte med Low-Molecular-Weight-Heparin (LMWH) og Marevan samtidig, avslutte LMWH når PT-INR er 2-3, og tilstrebe tilsammen 3 måneder antikoagulasjonsbehandling
Marevan er kontraindisert i svangerskapet (spesielt første trimester og siste 4 uker før fødsel)
- D** Starte med Low-Molecular-Weight-Heparin (LMWH) og Marevan samtidig, avslutte LMWH når PT-INR er 2-3, deretter Marevanbehandling frem til fødsel, hvoretter en seponerer antikoagulasjonsbehandlingen (grunnet amming)
Marevan er kontraindisert i svangerskapet (spesielt 1. trimester og 4 siste uker før fødsel), samt at behandlingen bør fortsette etter fødsel
-

00001561611994ds482

5

En 16 år gammel gutt blir lagt inn med uttalt dyspnoe. I uken før innleggelse har han vært febersyk med hoste og redusert allmenntilstand. Rtg thorax viser forstørret hjerte samt ikke sikkert definerbare infiltrater i begge lunger. EKG viser antydning ST-elevasjon i flere avledninger. Troponin T stiger til verdier til over 400 ng/L (referanseområde < 14 ng/L). Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A** Endokarditt
B X Myokarditt
C Pneumoni
D Kardiomyopati
-

00001561611994ds482

6

En 55 år gammel pasient får diagnostisert STEMI-hjerteinfarkt i framveggen av venstre ventrikel og får trombolyse 2 timer etter smertedebut ved lokalt sykehus. En time senere har pasienten fortsatt smerter tross flere nye doser morfin, og det er nærmest uforandret ST-segment elevasjon (maksimalt 6 millimeter). Hva er mest riktig å gjøre?

- A** Gi tillegg av blodplatehemmer av typen Glykoprotein IIb / III a reseptor hemmer
B Gi ny dose av trombolytikum
C X Flytte pasienten så raskt som mulig til sykehus som kan gi PCI-behandling.
D Avvente situasjonen siden trombolytisk behandling kan gi reperfusjon senere enn etter 60 minutter
-

00001561611994ds482

7

En 56 år gammel tidligere frisk dataingeniør kommer til sin nye fastlege (deg) og ber om en sjekk. Det framkommer at han har det "tøft på jobben" og er spesielt bekymret for blodtrykket, og for å få hjerteinfarkt, slik hans far fikk 62 år gammel. Etter den innledende samtalen måler du blodtrykket. Ettersom det er litt høyt første gang, gjentar du målingen tre ganger. Resultat: 185/98, 180/94 og 180/96 mmHg. Du observerer ellers ingen tegn på sykdom. Du snakker videre med pasienten, rekvirerer noen prøver, og avtaler oppfølgingstime.

Angi den mest adekvate måten å kode denne konsultasjonen på i klassifikasjonssystemet ICPC:

- A K24 Engstelig for hjertesykdom, K86 Hypertensjon ukomplisert
Du har ikke diagnostisert HYPERTENSJON, det forutsetter målinger ved flere besøk. Det du har funnet er et forhøyet BT i dagens konsultasjon. Dernest er pasienten engstelig for hjertesykdom, og det er rimelig å kode det
- B X K24 Engstelig for hjerte-karsykdom IKA; K85 Forhøyet blodtrykk IKA
Pas er engstelig og du måler forhøyet BT. Ikke grunnlag for noen endelig diagnose ennå.
- C K29 Hjerte-karsyst symptomer/plager IKA; K86 Hypertensjon ukomplisert
Han har ikke spesifikke plager, det er mer adekvat å fokusere på hans engstelse. Du har ellers ikke grunnlag for diagnosen hypertensjon her og nå.
- D P01 Følelse angst/nervøs/anspent; P25 Livsfaseproblem hos voksne
Denne kodingen blir diffus i forhold til det problem og de tanker pasienten presenterer, selv om pasienten forsåvidt er engstelig og kan sies å være inne i vanskelig livsfase

00001561d11994d3d482

8

En kvinne på 50 år deltar for første gang i rutinemessig mammografiscreening. På bakgrunn av funnet blir hun innkalt til etterundersøkelse med ultralyd og biopsi. Dernest får hun vite at hun ikke har kreft, og at hun kan vente rolig til neste innkalling.

Med henvisning til klinisk epidemiologisk terminologi, hva opplevde denne kvinnen?

- A X Hun ble utsatt for et falsk positivt testresultat ved screening
Rett. Screeningstesten ga falsk positivt resultat, dette lot seg dernest avkrefte ved supplerende us.
- B Hun ble utsatt for et falsk negativt testresultat ved screening
- C Hun ble utsatt for falsk positiv intervallcancer i tiden fra positiv screeningstest til cancer blir avkreftet
helt feil bruk av termer
- D Hun ble utsatt for overdiagnostikk ved screening
Feil - hun fikk ikke cancerdiagnosen - DET kunne i så fall ha representert enten en reelt invasiv/ truende sykdom eller overdiagnostikk (ufarlig tilstand som ikke lar seg skille fra en invasiv cancer som vil lede til sykdom)

00001561d11994d3d482

9

Perorale bisfosfonater har en rekke bivirkninger. Hvilke bivirkninger er hyppigst forekommende?

- A Skjelettsmerter
- B Atypisk femurfraktur
- C Kjevenekrose
- D X Gastrointestinale plager

00001561d11994d3d482

10

Du er turnuslege og det kommer en kvinne på 21 år med feber rundt 39 grad C og underlivssmerter med økende og blodtilblandet utflod i et par dager. Hun er para 0, men hadde en ab.prov. for et år siden. Nå har hun Implanon (gestagenfrigjørende subkutant implantat) som prevensjon. Hun har ny kjæreste som har fortalt at en tidligere seksualpartner for tre måneder siden fikk påvist gonoré med usikker smittekilde. Kjæresten hadde ingen symptomer og gikk ikke til lege. Du gjør en GU og tar prøver for chlamydia og gonoré. Du mistenker gonoré som årsaken til pasientens plager og starter behandling (blåreseptforskriften §4-2). Hvordan skal du i følge Smittevernloven forholde deg ved mistanke om gonoré?

- A X** Uten å avvente prøvesvar melder du snarest din mistanke med pasientens kjønn, bostedskommune, fødselsmåned og -år til Folkehelseinstituttet og kommunelegen på pasientens bo-/oppholdssted
Riktig.
- B** Du avventer prøvesvar og melder summarisk til Folkehelseinstituttet (MSIS) dersom positivt resultat
Gonoré regnes i sykdomsgruppe B i hht Smittevernloven. Klinisk/anamnestisk mistanke om sykdom skal meldes med fødselsmnd og -år, kjønn og kommune til MSIS
- C** Du avventer prøvesvar, og i tilfelle positivt svar må du innkalle pasienten til kontroll to uker etter avsluttet behandling. Du må også innkalle kjæresten til undersøkelse og behandling, evt. rapportere ham til kommunelegen. Laboratoriet er pålagt å melde positive prøveresultat til Folkehelseinstituttet (MSIS), så det trenger ikke du gjøre
Lege skal utføre smitteoppsporing av sykdommer i gruppe B, men pasienten må meldes til MSIS av legen basert på klinisk mistanke og anamnestiske opplysninger.
- D** Du avventer prøvesvar, men innhenter personopplysninger om pasientens seksualpartnere siste år (siden ab.prov). I tilfelle positivt svar rapporteres disse til kommunelegene på deres bosted for videre tiltak, men du melder pasienten og alle partnere summarisk til Folkehelseinstituttet (MSIS)
Smitteoppsporing er viktig, men foreløpig er det ikke tilstrekkelig mistanke om at alle seksualpartnere er smittet. Uansett ikke summarisk melding dersom det er klinisk mistanke
-

0000156 1c1194da492

11

En mann på 55 år har kjent KOLS grad 4 og er utskrevet fra sykehuset for tre dager siden. Han kommer nå på nytt til akuttmottaket med uttalt dyspne. Blodgass viser forhøyet pCO₂ og lav pO₂. Rtg. thorax tatt i mottaket viser pneumoni og mulig lungestuvning
Hvilken antibiotikabehandling er det mest riktig å gi?

- A X** Starte med bredspektret antibiotika intravenøst
- B** Starte med penicillin intravenøst
- C** Starte med penicillin tabletter
- D** Starte med bredspektret antibiotika i tablettform
-

0000156 1c1194da492

12

En mann på 55 år har i hele sitt voksne liv hatt tendens til litt flassing i hodebunnen vinters tid. Sist vinter har han også fått symmetrisk utslett i ansikt, se bilde. Du er hans fastlege og han spør deg om behandling.



Hvilken behandling vil være den beste for denne type utslett i ansikt?

- A Antiinfektivum topikalt - Finacea^(R) (azelainsyre) gel
- B Potent steroid topikalt - Betnovat^(R) (betametonvalerat) krem
- C X** Antimykotikum topikalt - Fungoral^(R) (ketokonazol) krem
- D Tetracykliner peroralt – Tetralysal^(R) (lymesyklin) tabletter

00001561c11954da482

13

En 79 år gammel kvinne legges inn ved Lungeavdelingen etter å ha vært febril med hoste og ekspektorat den siste uken. De siste dagene har hun av og til hatt respirasjonsavhengige, venstresidige brystmerter. Etter innkomst måles følgende verdier for troponin T: 28 ng/L - 26 ng/L - 31 ng/L - 27 ng/L.

Hva er korrekt tolkning av klinikk og lab.prøver?

- A X** Pasienten fyller ikke kriteriene for diagnosen akutt hjerteinfarkt
Riktig svar. Selv om troponin T er over 14 ng/L er det ingen stigning ("rise and fall") i infarktmarkøren troponin og det er ikke smerter som er typiske for infarkt.
- B Pasienten har et hjerteinfarkt, sannsynlig på grunn av en atherosklerotisk hendelse i forløpet av en infeksjon
Feil. Troponinverdier og smerteanamnese er ikke slik at infarktkriteriene er oppfylt.
- C Pasienten har sannsynlig et hjerteinfarkt. For å avklare dette må det tas tilleggsprøver med CK-MB
Feil CK-MB gir ikke noe mer i denne situasjonen. Troponin er mer sensitiv enn CK-MB.
- D Pasienten har et type 2 hjerteinfarkt sekundært til en infeksjons tilstand
Feil. Troponinverdiene fyller ikke kriteriene for hjerteinfarkt, heller ikke smertene.

00001561c11954da482

14

En 65 år gammel mann med kjent KOLS stadium 2 er innlagt med en høyresidig pneumothorax på 1,9 cm målt ved hilusnivå. Pasienten har ingen hviledyspne og blir behandlet konservativt på sengepost med 4 liter O₂. Du tilkalles nå fordi pasientens tilstand har blitt forverret. Ansvarlig sykepleier orienterer deg om pasientens diagnose og behandlingsplan. Pasienten er kald og klam, med svak puls på 130/min, regelmessig, BT 85/50 mmHg, med meget anstrengt respirasjon. Pulsoksymetri viser O₂ metning på 75% på tross av økt O₂-tilførsel, nå på 8L/min. Det er lite bevegelse av høyre hemithorax ved respirasjon, og det er hypersonor perkusjonslyd og opphør av respirasjonslyd på høyre side. Enkelte pipelyder på venstre side.

Hva er det riktigste behandlingstiltaket for denne pasienten?

- A** Du sender pasienten til rtg thorax som øyeblikkelig hjelp, tilkaller din bakvakt og ber om plass på operasjonsstua for innleggelse av thoraxdrain.
Trykk pneumothorax er en klinisk diagnose som krever straks tiltak
- B** Du flytter pasienten til lungeovervåkningsenheten for forstøverbehandling med Atrovent og Ventolin, og BiPAPbehandling
Dette er ike en forverring av KOLS utifra de kliniske funnene
- C** Du ringer AMK og utløser stansalarm
Pasienten kan dø mens teamet er på vei til tunet. Trykkpneumothorax er en klinisk diagnose som krever umiddelbar behandling med avlastning av trykk i pleurahulen
- D X** Du bruker en grov kanyler og stikker i 2. intercostalrom i midtklavikulærlinjen høyre side
Trykkpneumothorax krever umiddelbar avlastning av trykk i pleurahulen for å forbedre venøs tilbakestrømming

00001561c11994da482

15

En 18 år gammel kvinne har episoder der hun hovner opp forskjellige steder i kroppen. Første episode var opphovning i ansiktet, hun har også hatt hovne fingrer. Anfallet kan vare i 3-5 dager. Legen mistenker hereditært angioødem.

Hva er viktige immunologiske analyser ved mistenkt hereditært angioødem?

- A** ANCA (Anti-nøytrofilit cytoplasmatisk antistoff), anti-MPO og anti-PR3
- B X** C1 INH (C1 inhibitor), C3 og C4
- C** Anti-Cardiolipin, anti-beta-2 glykoprotein og lupus antikoagulant
- D** ANA (Autoantistoff mot nukleære antigen), anti-SSA og anti-DNA

00001561c11994da482

16

En type fotsår ved diabetes betegnes som makroangiopatisk. Hvilken lokalisasjon av såret er typisk ved denne typen?

- A X** Distalt på tær
- B** Under 5. metatarsalhode
- C** Dorsalt på fotryggen
- D** Under 1. metatarsalhode

00001561c11994da482

17

En 75 år gammel mann har kjent cancer prostatae med skjelettmetastaser. Han kommer til deg som fastlege grunnet økende lave ryggsmertor siste to uker. Han har brukt paralgin forte opp til 8 tabletter daglig uten optimal effekt. De siste par dager har han hatt litt ustø gange og problemer med å bevege seg i trapp. Ingen dyspnoe. Du finner lett nedsatt kraft og sensibilitet i begge underekstremiteter. Hva er riktig å gjøre videre?

- A** Rekvirere røntgen lumbosacralcolumna som halvøyeblikkelig hjelp
- B** Foreskrive NSAIDS i tillegg til paralgin forte.. Rekvirere MR columna. Kontroll om to uker
- C X** Henvise til øyeblikkelig hjelp innleggelse
Rett svar. Mistanke om truende medullakompresjon som er en øhj tilstand
- D** Foreskrive langtidsvirkende opiat og laxantia. Kontroll om en uke

00001561c11994da482

18

En 83 år gammel pasient er fulgt for en aortaklaffestenose i flere år. Det har nå vist seg at gradienten er økende og stenosen anses som signifikant, men ikke kritisk, med en gradient på 45mmHg og et åpningsareal på 0,9 cm². Det er foreslått å behandle pasienten for å lindre plagene. Pasienten har en del komorbiditet og ønsker grundig informasjon om mulige behandlingsalternativer. Hvilken metode er relevant å informere pasienten om i dette tilfelle.

- A X** TAVI (Transkateter aortaventilimplantasjon)
Helt riktig
- B** Yacoub rekonstruksjon
Dette er en operasjon som brukes for å reparere en klaffe lekkasje hos yngre pasienter.
- C** PCI (Perkutan koronarintervensjon)
Perkutan kornoarintervensjon. Ikke en metode for klaffekirurgi
- D** TMVR (Transkateter mitralventilreparasjon)
Transkateter mitralklaffereparasjon handler om mitralklaffeinnngrep men ikke aortaklaffeinnngrep

00001561d1194d4482

19

Paracetamolforgiftning kan behandles med motgift. Hva heter den?

- A** Fomepizol
- B X** N-acetylcystein
- C** Atropin
- D** Naloxon

00001561d1194d4482

20

En 57 år gammel mann får etter en periode med dyspepsi endoskopisk påvist et ulcus ventriculi. Biopsi viser ulcus/inflammasjon, dyrkning og PCR i biopsier fra magesekkens slimhinne er positiv for Helicobacter pylori. Serotesting av pasienten før henvisning til gastroskopi viste forhøyet IgG titer i blod (sero positiv H. pylori test).

På hvilken måte skal du kontrollere effekt av en 2 uker trippelbehandling rettet mot bakterien?

- A** Gastroskopi med biopsidiagnostikk 2 uker etter endt behandling
Ktr diagnostikk er i utgangspunkt adekvat , men tidspunktet er altfor kort i relasjon til avsluttet kur , da selve ulcus har en viss latenstid for å kunne gro etter endt behandling . I tillegg , dersom trippelkuren rettet mot H. pyloriinfeksjon ikke var effekt evt pga resistensforhold eller dårlig pasientcompliance i utgangspunktet ville tilsi for lav bakteritetthet (bakteriemengde vil i utgangspunktet påvirkes av potensyrehemming og antimikrobiell effekt) slik at biopsiering med henblikk på å fange opp persistens av infeksjon vil ofte feile (falsk negativ test .
- B** Serotesting 3 mndr etter avsluttet behandling
Ikke adekvat testing av effekt da IgG nivå i blod vil ofte persistere i årevis og dermed ikke teste for aktiv , persisterende H. pyloriinfeksjon . I tillegg skal alltid et ulcus ventriculi kontrolleres endoskopisk for å sikre at såret er grodd og at fornyet biopsiering faller negativt ut mhp på en viss mulighet for malignitet da ca 2 % av ulcera ventriculi kan være maligne .
- C X** Gastroskopi minst 1 måned etter endt trippelbehandling
dette er en adekvat oppfølging av effekt av behandling . Endoskopi med biopsiering vil sikre at såret er grodd og med biopsibasert H pylori diagnostikk fastslå eradikering avt persistens av infeksjon .
- D** Oppfølging av pasienten klinisk, og dersom pasienten blir dyspepsifri observere ham videre klinisk ved kontroller
Ikke adekvat . Et ulcus ventriculi skal kontrolleres endoskopisk etter endt behandling for å sikre at såret er grodd , sikre at såret har benign karakter . Pasienter kan å magesår uten symptomer særlig etter en periode med syresekresjonshemmende medikasjon som en trippelkur bl annet innebærer i tillegg til antibiotika og det er viktig å få sanert infeksjonen med adekvat diagnostikk minst 1 måned etter endt behandling .

00001561d1194d4482

21

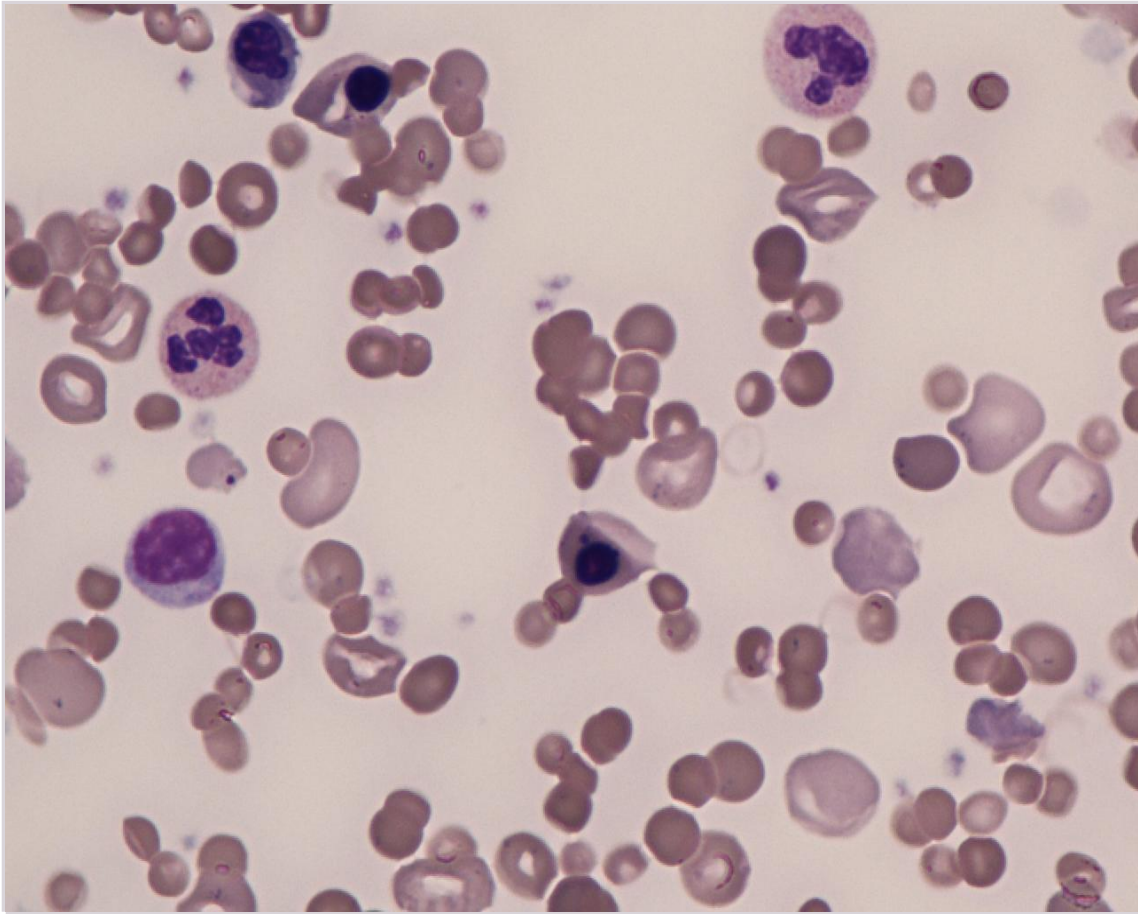
En ung kvinne kommer inn med uttalt slapphet.

Lab. viser: Hgb 5,8 g/dl (11,5-15,5),

MCV 82 fl (80-10),

LD 680 U/l (105-205).

Blodutstryket ser slik ut:



Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Mononukleose
Nei. Da ville man forvente lymfocytose med aktiverte lymfocytter.
- B Kronisk lymfatisk leukemi
Nei, da ville man vente lymfocytose med små modne lymfocytter.
- C X** Autoimmun hemolytisk anemi
Billedet viser kjerneholdige røde og polykromasi forenlig med økt margproduksjon av erythrocytter, som kan passe med kompensasjon for hemolyse. Høy LD passer med hemolyse. Det er erythrocyttaggregater i utstryket, som kan være antistoffmediert. Mange røde er svært små og hyperkrome, forenlig med sfærocyttdannelse.
- D Pernisiøs anemi pga vitamin B12 mangel
Nei. Anemien er ikke makrocytær, og mange av de røde er svært små. Ved B12 mangel vil ikke margaen kunne svare med økt nyproduksjon av røde som det er tydelige tegn til her, med kjerneholdige røde og retikulocytter.

00001561c1194da4b2

22

En 68 år gammel mann med tungpust ved lett anstrengelse skal utredes videre.

Blodprøvene viser:

Hb 8,1 (ref.omr. 13,4-17,9 g/dl)

MCV 68 (ref.omr. 82-98 fL)

ferritin 12 (ref.omr. 32 - 355 mikrogram/L)

negativ hemofec.

Hva er den mest sannsynlige tilstand, og hvilken undersøkelse skal du prioritere?

- A** Han har sannsynligvis en kronisk gastrointestinal blødning og utredes først med CT abdomen
CT ikke sensitiv nok for å påvise blødninggivende lesjoner i GI tractus
- B X** Han har sannsynligvis kronisk lettgradig gastrointestinal blødning og henvises til gastroskopi
Hemofec er langt fra en sensitiv / spesifikk nok test til utelukke en blødninggivende lesjon i denne sammenheng som klart indiserer en jernmangel / sannsynlig gastrointestinal blødning (sivblødning / okkult blødning) , man begynner da med øvre endoskopi og fortsetter evt med koloskopi dersom gastroskopi er negativ .
- C** Pasienten har klare tegn til akutt gastrointestinal blødning og utredes med akutt gastroskopi
Ikke riktig , selvforklarende i tekst . Intet i opplysninger gir indikasjon på akutt blødning (hematemese / melena evt sort til frisk blødning per rectum
- D** Pasienten har negativ hemofec og sannsynligvis ikke gastrointestinal blødning. Han bør først utredes med tanke på eventuell hematologisk sykdom
Se kommentarer tidligere , grav anemi med denne jernmangel bør klar prioritere frem gastroenterologisk diagnosikk .

00001561d11994da482

23

En mann på 25 år har vært i Kenya i 1 måned. Han brukte malariaproylakske kun sporadisk. Nå legges han inn med høy feber.

Hvilke prøver skal du ta først for å finne årsaken til hans feber?

- A X** Blodutstryk og malaria-antigentest
- B** Blodkultur og malaria PCR
- C** Blodkultur og malaria-serologi
- D** Urinkultur og malaria-antigentest

00001561d11994da482

24

En kvinne hadde som barn atopisk eksem og jobber nå som frisør. Etter tre år i yrket begynte hun å utvikle håndeksem med utslett mellom fingrene og på håndryggene. Hun har vært til hudlege og fått påvist nikkelallergi. Hun har fått behandling med kortisonsalver og vært sykemeldt, men plagene kommer tilbake straks hun er på jobb igjen. Hun vurderer nå å slutte som frisør og skaffe seg annen type arbeid eller søke omskolering.

Ifølge Arbeidsmiljølovens § 22 skal leger melde all yrkessykdom.

Skal dette tilfellet meldes som yrkessykdom, og i tilfelle hvor skal melding sendes?

- A** Skal ikke meldes som yrkessykdom
- B** Skal meldes som yrkessykdom til Trygdekontoret
- C** Skal meldes som yrkessykdom til bedriftslegen
- D X** Skal meldes som yrkessykdom til Arbeidstilsynet

00001561d11994da482

25

En 65 år gammel mann er innlagt og operert for kolecystitt. Han får antibiotikabehandling med cefotaxim (3. gen. cefalosporin). Femte postoperative dag utvikler han vandig diaré uten blod. Ingen andre på avdelingen har diaré .
Hva er mest sannsynlige årsak til diaréen?

- A Enterovirus
Finnes i tarmen, men gir vanligvis ikke gastroenteritt, selv om det i enkelte tilfeller muligens kan gi slik sykdom.
- B Norovirus
Sammen med C difficile hyppigste årsak til infeksjøs gastroenteritt, men svært smittsomt med kort inkubasjonstid, slik at en ofte får utbrudd hos både pasienter og ansatte ved Norovirusinfeksjon i helseinstitusjoner. Gir dessuten vanligvis også oppkast.
- C Campylobacter jejuni
Hyppigste påviste årsak til infeksjøs gastroenteritt oppstått utenfor sykehus, men sjelden årsake til infeksjoner oppstått i helseinstitusjon.
- D X Clostridium difficile
Dette er hyppigste bakterielle årsak til diare oppstått i sykehus, med både forutgående antibiotikabehandling, økende alder, og gastrokirurgi som kjente risikofaktorer.

00001561e11994da482

26

En 62 år gammel kvinne oppsøker fastlegen. Hun er tidligere frisk, men angir å drikke ca to enheter alkohol daglig. Hun har vært på ferie på Kypros for 4 uker siden. De siste to døgn har hun hatt feberfølelse og smerter med betydelig varierende intensitet i øvre del av abdomen, men er i relativt god allmenntilstand. Blodprøver tatt dagen før viser:

CRP 45 (< 5 mg/L)
ALAT 110 (15-70 U/L)
ASAT 98 (10-45 U/L)
ALP 724 (35-105 U/L)
bilirubin 51 (5-25 µmol/L).

Hva er mest sannsynlige diagnose, og hva bør gjøres videre?

- A X Symptomer og avvik i blodprøver skyldes stein i ductus choledocus som obstruerer og disponerer for bakteriell cholangitt. Pasienten må innlegges på sykehus samme dag
- B Pasienten har mest sannsynlig blitt smittet med hepatitt A eller B under sin ferie på Kypros. Man bør rekvirere hepatitt A og B serologi og pasienten settes opp til ny time om 2 uker
- C Sykehistorie og blodprøver forklares best av en kolecystitt og pasienten innlegges på kirurgisk avdeling
- D Pasienten drikker 2 enheter alkohol pr dag og har mest sannsynlig akutt alkoholisk hepatitt som kan behandles med Prednisolon. Kontroll av blodprøver om noen dager

00001561e11994da482

27

Du går visitt hos en pasient som har kommet inn dagen før med feber, frysninger og hvor CRP er 200. Pasienten har hatt en mekanisk aortaklaff i 1 år. Det er gjort røntgen thorax og transthorakal ekkokardiografi uten patologiske funn. Så langt har du heller ikke annet fokus for en infeksjon. Senere på dagen ringer mikrobiolog og sier at det vokser Staphylococcus aureus i 3 av 4 blodkulturer. Hva er ditt første valg for videre utredning av denne pasienten?

- A CT-thorax for å se etter postoperativ abscess etter sternotomi
- B Skjellettscintigrafi for å se etter osteomyelitt
- C X Transøsofagal ekkokardiografi for å se etter paravalvulær abscess
- D MR-cerebrum for å se etter intracerebral abscess

00001561e11994da482

28

En ung mann på 19 år som har deltatt på russefeiring legges inn med tegn på bakteriell meningitt. Du starter antibiotika for å dekke mot de vanligste bakteriene som forårsaker meningitt. Hvilke antibiotika skal du velge?

- A X Pencillin + 3. generasjons cefalosporin
- B Penicillin + gentamicin + metronidazol
- C Penicillin + 3. generasjons cefalosporin + metronidazol
- D Penicillin i.v. + gentamicin i.v.

00001561d11994da482

29

En 50 år gammel kvinne har hatt hevelse og smerter i venstre legg i 3 dager. Du finner rubor i huden i et 10x5 cm stort, skarpt avgrenset område over tykkleggen. Hun har temperatur 39,1, CRP 62 (normalt <5) og d-dimer 0,9 (normalt <0,5).

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A X Erysipelas
Skarp avgrensing av rubor er karakteristisk, tp og CRP er litt høyere enn vanlig ved DVT. Lett forhøyet d-dimer er lett økt, men de andre funnene favoriserer likevel erysipelas sterkere
- B Overflatisk tromboflebitt
Passer ikke. Det palperes ofte en hard, øm streng ved overflatisk tromboflebitt
- C Rumpert Bakercyste
Passer ikke. Smerten kommer ofte plutselig ved rumpert Bakercyste
- D Dyp venetrombose

00001561d11994da482

30

En 75 år gammel mann innlegges i kirurgisk avdeling pga. melena som har pågått i vel ett døgn. Han er blek og avføringen er svart i et bekket han har måttet benytte i mottagelsen. Hva skal du først sjekke når du tar imot pasienten i mottagelsen?

- A Om han bruker medikamenter som kan gi eller forverre hans blødning, så som ASA, Marevan, steroider eller NSAIDS
Nei, man sjekker sirkulasjonsstatus først.
- B Tar blodprøve til undersøkelse av INR
Nei, man sjekker sirkulasjonsstatus først
- C X Puls og blodtrykk
Ja, det er viktigst å kartlegge sirkulatorisk tilstand ved melena som har gjort ham blek i huden.

00001561d11994da482

31

En 75 år gammel mann med prostatahyperplasi og som kateteriserer seg selv for urin, legges inn med feber, nedsatt bevissthet og hypotensjon (blodtrykk: 80/50). Hvilke antibiotika skal du starte med hos denne pasienten?

- A Kloxacillin+gentamicin i.v.
- B X Ampicillin+gentamicin i.v.
- C Trimetoprim-sulfa (Bactrim) i.v.
- D Mecillinam (Selexid) i.v.

00001561d11994da482

32

En kvinne som er gravid i 1. trimester kommer til ditt legekantor med symptomer på urinveisinfeksjon. Urin stix viser 3+ på leukocytter. Du sender inn urinprøve til dyrkning. Hvilket antibiotikum skal du velge i påvente av dyrkningsvar?

- A X Pivmecillinam
- B Ciprofloxacin
- C Trimetoprim-Sulfa
- D Gentamicin

00001561d11994da482

33

Mann, 21 år, har sett flere mindre lesjoner på penis. Han har vært i et fast forhold med en mann i ett år. Partner har ikke slike lesjoner. Når du som lege undersøker ham ser du flere små hudfargede til lett erythematøse papler på 3-5 mm med litt ru overflate på penisskaft og innenfor preputiet. En lesjon er plassert ved frenulum. Ingen kløe eller plager. Se bilde.



Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A X** Condyloma accuminata
Ja, lesjonene er litt ru og tilfeldig spredt på penis. Utseende er klassisk.
- B** Molluscum contagiosum
God differensialdiagnose, men mollusker er som regel glattere, og har ofte en søkk sentral (umbilisering). Mer sannsynlig at det foreligger condylomer her.
- C** Herpes Simplex type 2
Nei, HSV gir vesikler, sår og svie
- D** Penile papler
Nei, penile papler er en normalvariant som gir symmetriske hudfargede papler i en ring langs sulcus coronarius.

00001561c1194da4b2

34

En beruset ung mann på 24 år kommer i akuttmottaket og forteller at han har kastet opp store mengder blod for 5 minutter siden. Du tar en venøs blodprøve og analyserer på blodgassapparatet i mottaket, og får en normal Hgb på 14, 2 g/dl (13,5-17).
Hvilken tolkning av dette prøveresultatet er best?

- A Hemoglobinmåling på blodgassapparat er så unøyaktig at prøven er verdiløs
Feil
- B Normal Hgb utelukker betydelig blødning
Feil.
- C X Kort tid siden blødningen gjør at Hgb ikke reflekterer reelt blodtap
Plasmavolumet må reguleres opp ved interne væskeskift eller væsketilførsel før hgb synker etter en akutt blødning, og det tar litt tid (mer enn 5 minutter). Puls, blodtrykk og klinisk bedømmelse vesentlig for å estimere eventuell hypovolumi.
- D Alkoholinntaket har medført dehydrering som gjør at Hgb er falsk forhøyet
Feil.

00001561d11994da482

35

En pasient søker lege på grunn av slapphet. Pasienten har kjent leddgikt, men denne er nå inaktiv. Ved undersøkelse har han normale ledd og ingen leddsmerter. Øvrige kliniske undersøkelser viser ingen spesielle funn. Blodtrykk, puls og vekt er normalt.

Laboratorieutredning viser følgende:

Hgb 14,3 (ref.omr. 13,4-17,9 g/dl),
hvite 6,0 (ref.omr. 3,7-10 x 10e9),
trombocytter 235 (ref.omr. 145-390 x 10e9),
CRP <5 (ref.omr. <5 mg/l),
ferritin 963 (ref.omr. 29-383 mikrogram/L),
serum jern 28 (ref.omr. 9-34 mikromol/L),
TIBC 48 (ref.omr. 47-83 mikromol/L),
ALAT 35 (ref.omr. ALAT 10-70 U/L),
ALP 90 (ref.omr. 35-105 U/L),
LD 120 (ref.omr. 105-205 U/L),
fastende blodsukker 4,7 (ref.omr. 4,0-6,0 mmol/l).

Hva er den rimeligste fortolkningen av det kliniske bilde og blodprøvesettet?

- A X Han har hemokromatose
mest sannsynlig
- B Han har leversykdom
nei, ALAT, ALP er normal
- C Han har gallegangsstase
nei, ALP er normal
- D Han har en biokjemisk påvist akutfasereaksjon
nei, CRP er normal

00001561d11994da482

36

Du er fastlege for en 35 år gammel kvinne med kronisk glomerulonefritt. Du har ved 3 forskjellige kontroller målt blodtrykk 155/95-140/100-145/95. Hun har det bra og bruker ingen medisiner.

Lab: Kreatinin 90 µmol/L (45-90 µmol/L)

eGFR 72 ml/min/1,73m² (>60ml/min/1,73m²)

kalium 4,0 mmol/L (3,5-4,4 mmol/L)

albumin 39 g/L (36-48 g/L)

Urin stix + blod ++ albumin

albumin/kreatinin ratio 45 mg/mmol (<3 mg/mmol).

Hvilken behandling er riktig å gi pasienten?

- A** Du starter behandling med en kalsiumblokker, Adalat Oros 30 mg x 1, og gir henne ny time om 10 dager
Bra blodtrykksbehandling, men ikke samme effekt på proteinuri
- B X** Du starter behandling med en angiotensinreseptorblokker, Diovan 80 mgx1, og gir henne ny time om 10 dager
Riktig. Det medikamentet som reduserer albuminurien best og virker renoprotektivt samt bra blodtrykksbehandling.
- C** Du starter behandling med et kombinasjonspreparat med kalsiumblokker og angiotensinreseptorblokker, ExForge 10 mg/80mg 1 tbl x 1 og gir henne ny time om 10 dager
Starter ikke kombinasjonsbehandling i høye doser på en ukomplisert hypertensjon
- D** Du starter behandling med et tiazid diuretikum, Centyl med kaliumklorid 2,5mg/573 mg, 1 tbl x 1 og gir henne ny time om 10 dager
Bra blodtrykksbehandling, men har ikke vist reduksjon av albuminuri.

00001561d11954da482

37

En mann ble operert for cancer recti for tre dager siden da det ble utført lav fremre reseksjon. På morgenvisitten er han i betydelig redusert allmenntilstand i forhold til dagen før. Han har temperatur 39,0, har dårlig perifer sirkulasjon, puls 95 og blodtrykk 105/75. Ved auskultasjon over lungene er det ingen fremmedlyder. Operasjonssåret ser normalt ut. Timediuresen har vært ca. 20 ml den siste natten. CRP 350 (normalt < 5), LPK 17.5 (normalt 3.5-10).

Hva er den mest sannsynlige årsaken til hans sykdomsbilde?

- A X** Anastomosesvikt
Vanlig tilstand, ca. 5-10% etter lav fremre reseksjon
- B** Vaskulær katastrofe av tynntarm
Svært sjelden forekommende tilstand
- C** Intern herniering av tynntarm
Meget sjelden forekommende
- D** Lungeemboli
Gir ikke slik feber, og heller ikke slike laboratorieverdier

00001561d11954da482

38

En 43 år gammel kvinne behandles med cellegift adjuvant etter operasjon for cancer mammae. Hun fikk cellegift for 10 dager siden og kontakter lokalsykehuset hvor du har vakt. Hun har målt temp 38,3. Hun kjenner seg i fin form og har ingen spesifikke infeksjonssymptomer. Hun er på hytta med mann og barn, og er lite lysten på å komme til sykehuset. Hun spiser og drikker normalt. Hva skal du gjøre?

- A** Foreskrive penicillin peroralt. Faxe resept på antibiotika til nærmeste vaktapotek slik at hun kan starte behandling i løpet av helga.
- B** Be henne ta kontakt dersom hun får symptomer eller temperaturen går over 39 grader
- C X** Be henne komme snarlig for blodprøvetakning da dette kan være en alvorlig tilstand
|Hun kan ha nøytropen feber som er en øhj tilstand. Dettemå avklares snarlig med diffelling/måling av nøytrofile granulocytter.
- D** Gi generelle råd om rikelig væske og paracet ved høy feber, da dette sannsynligvis er viralt betinget pga. manglende symptomer.

00001561d11954da482

39

Du er på vakt på akuttmottaket og en 80 år gammel kvinne blir innlagt på medisinsk avdeling med akutt gastroenteritt. Hun har ikke fått i seg mat, men drukket litt de seneste dagene. Hun har brukt blodtrykksmedisiner i 20 år og bruker nå en kalsiumblokker (Amlodipin 10 mgx1) og en angiotensin reseptorblokker (Atacand 16 mg x 1).

Status ved innkomst: Nedsatt allmenntilstand. BT 105/60, puls 102, regelmessig.

Lab: Hb 16,3 g/dL (11,7-15,3 g/dL)

CRP 34 mg/L (<5mg/L)

kreatinin 450 µmol/L (45-90µmol/L)

natrium 147 mmol/L (137-145 mmol/L)

kalium 5,9 mmol/L (3,5-4,4 mmol/L)

standard bikarbonat 18 mmol/L (22-30 mmol/L)

Hva gjør du først i denne situasjonen?

- A Bestiller innleggelse av dialysekateter i lysken slik at en kan komme raskt igang med dialysebehandling.
Ingen akutt dialyseindikasjon foreligger på det nåværende tidspunkt.
- B Starter høydose steroider og gir 1-2 l saltvann iv.
Sykehistorien og de funn vi har gir ikke noen mistanke om en raskt forløpende glomerulonefritt.
- C X Legger inn urinkateter for å overvåke diurese.
Det å vurdere om pasienten er anurisk er viktig for videre håndtering av denne pasienten.
- D Bestiller ultralyd urinveier.
Bestilles etter at en har fått undersøkt om pasienten er anurisk.

00001561r11994da492

40

En 75 år gammel kvinne innlegges kirurgisk avdeling med diffuse mavesmerter av to dagers varighet. Hun er kvalm og har kastet opp. Hun har ikke hatt luftavgang eller avføring på to døgn, og buken er noe oppblåst. Hun har tidligere fått fjernet galleblæren og er hysterektomert pga. myomer. For øvrig har hun stort sett vært frisk. Ved innleggelsen er hun afebril.

Laboratorieprøvene viser

LPK 14.0 (normalt 3.5-10)

CRP 35 (normalt < 5)

kreatinin 125 (normalt 45-90)

forøvrig er alle verdier normale.

Hvilken utredning er det mest riktig å starte med?

- A X Rtg. oversikt abdomen
Denne undersøkelsen avklarer tilstanden med stor nøyaktighet uten bruk av kontrast som er nyretoksisk. Hennes kreatinin er jo forhøyet.
- B CT abdomen
Kan benyttes, men passer dårlig initialt pga. forhøyet kreatinin da den intravenøse kontrasten er nyretoksisk.
- C MR abdomen
Rtg. oversikt er langt raskere, koster mindre og er langt mer effektivt for en rask kartlegging av tarmens tilstand
- D UL abdomen
Passer dårlig for kartlegging av ileus pga. mye gass i tarmen

00001561r11994da492

41

En tidligere frisk 17 år gammel gutt innlegges kirurgisk avdeling pga diffuse mavesmerter som har bygd seg opp i løpet av de siste par måneder. Han har vært litt kvalm, men har ikke kastet opp og han har litt løs avføring, men ikke diarè. Ved undersøkelse ved innleggelsen har han temperatur 38.5, puls 80 og BT 125/75. Blodprøvene viser CRP 75 (normalt < 5), LPK 16.0 (3.5-10), ellers normal kreatinin, elektrolytter, amylase og leverprøver. Ved undersøkelse av abdomen er det normale tarmlyder. Abdomen er bløt, men han er øm i høyre fossa iliaca. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Pyelonefritt
Lite sannsynlig hos tidligere frisk gutt og symptomer på redusert passasje gjennom tarm og ømhet ved palpasjon av abdomen
 - B Ulcerøs colitt
Lite sannsynlig pga. symptomer på tramobstruksjon, og dessuten manglende diare.
 - C Appendicitt
Lite sannsynlig pga. lang tids sykdom
 - D X Crohns sykdom
Svært sannsynlig pga. symptomer, varighet av sykdom, funn og laboratorieverdier
-

00001561d1994da482

42

En mann er operert for cancer coli. Etter operasjonen fant patologen som undersøkte operasjonspreparatet at det var innvekst av svulsten i pericolisk fettvev. Det var spredning til 2 av 18 lymfeknuter. Hvilket T-stadium og N-stadium er dette?

- A T2N1
Nei, T2 svulster vokser bare inn i muscularis propria, ikke gjennom tarmveggen til pericolisk fettvev.
 - B T2N2
Nei, ved N2 er det mer enn tre maligne lymfeknuter, og T2 vokser bare til muscularis propria
 - C X T3N1
 - D T3N2
Nei, ved N2 er det mer enn tre maligne lymfeknuter
-

00001561d1994da482

43

En 24 år gammel student oppsøker legevakten. I konsultasjonen forteller hun til legen at hun begynner å få ganske sår hals og har hatt litt hoste de siste to dagene. Hun er redd skal bli skikkelig syk, og det har hun ikke tid til. Hun vil derfor få en sjekk "for sikkerhets skyld." Hun er en anelse forkjølet, men afebril. Du finner litt rubor bak i svelget. Allmenntilstanden er bra. Det blir tatt en CRP som er negativ og en hurtigtest for streptokokker ("Streptest"), som er positiv. Det er ingen epidemisk forekomst av streptokokksykdom for tida. Hva er diagnostisk mest sannsynlig?

- A Pasienten har antakelig streptokokkinfeksjon i relativt tidlig fase. Det er fare for utvikling av komplikasjoner fra indre organer, og derfor umiddelbar indikasjon for antibiotikaterapi
Komplikasjoner lite aktuelt i vår del av verden slik situasjonen er nå, men behandling med penicillin kan være aktuelt hvis pasient har kjent klaffefeil ell.l.
 - B X Pasienten har sannsynligvis en viral infeksjon og falsk positiv strep-test. Alternativt har hun i tillegg til virusinfeksjon også en asymptomatisk streptokokk-bærertilstand som forklarer den positive strep-testen
Pretest sannsynlighet for streptokokkinfeksjon er lav (epidemiologisk situasjon og kliniske funn) Derfor kan svaret være falsk positivt selv om testen i seg selv har bra egenskaper. Bærertilstand for streptokokker er ganske vanlig blant unge mennesker (behøver i seg selv ikke behandling, ihvertfall ikke under vanlige omstendigheter)
 - C Det dreier seg mest sannsynlig om en Ebstein-Barr-virusinfeksjon (mononukleose) i tidlig fase. Da er klinikken ofte identisk med en lettere øvre viral luftveisinfeksjon, og strep-testen vil som regel være positiv på grunn av flere felles antigener hos EB-virus og streptokokker
 - D Det dreier seg her om en virusinfeksjon og et falsk positivt Strep-test-svar. Begrunnelsen for dette er lav pretest sannsynlighet basert på epidemiologisk situasjon og kliniske funn
Man kan ikke være sikker - jfr svar alternativ 1 som gir to muligheter
-

00001561d1994da482

44

En 72 år gammel tidligere stort sett frisk kvinne ble innlagt på hjertemedisinsk avdeling for brystmerter. Hjerteinfarkt ble ikke påvist. Sykkelerometri konkluderte med sannsynlig angina pectoris. Hun venter på koronar angiografi og mulig intervensjon. EKG viser rask atrieflimmer. Blodprøver tatt av denne grunn viser:

TSH < 0,01 mIE/L (ref.område 0,27-4,20 mIE/L)

fritt tyroksin 25,1 pmol/L (ref.område 12-22 pmol/L)

FT3 6,8 pmol/L (ref.område 3,9-6,7 pmol/L).

Hun har fått en liten dose betablokker. Du blir som hennes fastlege bedt om å utrede pasienten før videre kardiologisk utredning og behandling. Klinisk får du ikke fram sikre symptomer på tyreotoksikose. Pulsene er uregelmessig, ca. 68 slag/minutt. Mulig lett forstørret glandula thyroidea med noe ujevn konsistens. Ingen tremor.

Hvilke diagnostiske tiltak er mest aktuelle i denne omgang?

- A X** Måle anti-TSH-reseptor (TRAS) og henvise til snarlig thyroideascintigrafi
Dette vil kunne gi en etiologisk diagnose, hovedsakelig ved å skille mellom Graves' sykdom og toksisk adenom eller knutestruma.
- B** Ultralyd av halsen og henvisning til øre-nese-hals-spesialist
Ultralyd gir ikke stort mer enn palpasjon av halsen, og hvis suspekter knuter skal vurderes bør dette skje hos endokrinkirurg (om slik finnes) som også kan ta finnåls cytologi. Men cancersuspekter knuter er svært sjelden hormonproduserende.
- C** Måling av anti-TPO og jodutskillelse i døgnurin
Anti-TPO vil ikke forklare tyreotoksikose/hypertyreose, og avvik i jodinntaket er en lite sannsynlig årsak til hypertyreose.
- D** Starte tyreostatisk behandling med karbimazol (Neo-Mercazole) for å se om dette får TSH til å stige
Dette går det an å gjøre, men det er først og fremst et terapeutisk tiltak, og det kan ta lang tid (måneder) før TSH stiger

00001561a1194da482

45

Mor kommer til den nytilsatte fastlegen med en gutt på 8 år. Mor sier at guttens lærer har anbefalt henne å ta gutten til lege for å få utredet "om han har ADHD eller noe annet som kanskje bør behandles med medisiner". Læreren opplever gutten som uoppmerksom, ulydig og ofte i konflikt med andre barn. I journalen ser du at gutten tidligere har vært på legekantoret pga. søvnproblemer i første leveår, magesmerter og noen småskader. Ved undersøkelsen virker gutten frisk, og det er ikke noe påfallende ved utseende eller språkutvikling.

Hva er nå riktig å gjøre?

- A** Anbefale overfor skolen at gutten får egen læringsassistent som kan skjerme ham mest mulig for konfliktfylte situasjoner
Nei
- B** Henvise gutten til en skolepsykolog for nærmere utredning og behandling
Det ville trolig være for prematurt, du trenger mere informasjon først
- C** Henvise gutten til Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling for videre utredning
Det ville være alt for prematurt
- D X** Satse på trinnvis utredning. Begynne med å be mor om samtykke til å innhente informasjon fra skole og eventuelle andre instanser
Dette er veien å gå, å skaffe opplysninger fra flere kilder mens du jobber i en trinnvis prosess og forsøker å bli kjent med gutten og hans mor

00001561a1194da482

46

Din pasient har for noen år siden gjennomgått et hjerteinfarkt. Han har de seneste ukene merket at formen er blitt redusert, uten at han med sikkerhet kan "sette fingeren" på hva som er galt. Ved oppfølgende konsultasjon vel en uke etter første kontakt har du fått svar på blodprøver som viser økt verdi for NT-proBNP.

Hvilke ytterligere funn vil gi størst mistanke om høyre ventrikkelsvikt?

- A Systolisk bilyd grad III med punktum maximum over apex cordis
Sannsynlig mitralinsuffisiens, neppe av vesentlig betydning for høyre ventrikkelsvikt uten betydelige endringer på røntgen thorax (lungestuvning)
- B X** Halsvenestuvning opp til kjevevinkelen i halvt sittende stilling
Typisk stuvningstegn ved høyre ventrikkel dysfunksjon med økt fylningstrykk/ høyt trykk i høyre atrium som forplanter seg "retrograd" opp i halsvenene
- C Diastolisk bilyd, dekresjendopreget, best hørbar over venstre sternalrand
Sannsynlig aortainsuffisiens, neppe relevant for høyre ventrikkelsvikt uten tydelig lungestuvning
- D Lette stuvningsforandringer på røntgen thorax
Indikerer venstre ventrikkel dysfunksjon med lungestuvning.

00001561c1194da492

47

En 72 år gammel mann kontakter 113 etter å ha hatt sterke brystmerter i en halv time. Ambulanse kommer til etter ytterligere en halv time. EKG viser akutt nedreveggsinfarkt med 4-5 mm ST-elevasjon i nedreveggs avledninger. Pasienten har atrieflimmer og bruker Marevan. Han var til siste INR-kontroll for tre uker siden og da var INR 2.9. Marevandosen ble ikke endret. Ved bruk av helikopter vil det ta ca 90 minutter til han er ved PCI-senter. Med bilambulanse vil det ta mellom 2,5 og 3 timer til PCI-senter mens det er bare 45 minutter til nærmeste lokalsykehus.

Hvilket behandlingsopplegg er riktig?

- A X** Helikoptertransport til PCI-senter for primær PCI
Riktig svar. Med ca. 90 minutter transporttid er dette det beste alternativet i dette tilfellet.
- B Transport med bilambulanse til nærmeste lokalsykehus for måling av INR og så vurdering av eventuell trombolytisk behandling
Feil. Dette vil ta lang tid og er ikke et aktuelt alternativ
- C Prehospital trombolyse og helikoptertransport til lokalsykehus
Feil. Trombolytisk behandling er kontraindisert pga. Marevan og dessuten skal alle helikoptertransporter med STEMI-pasienter fortrinnsvis ende ved PCI-senter
- D Prehospital trombolyse og helikoptertransport til PCI-senter
Feil. Ved bruk av Marevan og ukjent INR er det fare for blødning.

00001561c1194da492

48

I forbindelse med en front til front kollisjon mellom 2 biler innlegges det en hardt skadet mann i 30-årene. Traume-CT gir mistanke om aortaskade.

Hvor i aorta vil du forvente å finne skaden?

- A X** I thoracalaorta like etter avgangen av venstre arteria subclavia
Aorta er fiksert ved buekarene, og like etter siste buekar (arteria subclavia) kan aorta trekkes fram ved skade og rives over
- B I aorta ascendens
- C I thoracalaorta i høyde med diafragma
- D I bukaoarta, like etter avgangen av nyrearteriene

00001561c1194da492

49

En 28 år gammel kvinne oppsøker deg på allmennlegekontoret pga vaginalblødning tidlig i svangerskapet. Hun har ikke hatt smerter. Hun har ingen barn, har hatt en tidligere spontanabort etter 8 ukers amenore. Hun har forsøkt å bli gravid i 6 mndr. og hadde for 2 uker siden en positiv graviditetstest hjemme, en dag etter forventet menstruasjon.

Blødningen var på størrelse med en menstruasjons første dag, men det er ingen pågående blødning nå, kun litt brunlig utflod. Siste celleprøve fra cervix tatt to år tidligere. Hun er bekymret for at det skal være en ny spontanabort.

Hva er det beste å gjøre for å hjelpe denne pasienten?

- A X** Gjøre gynekologisk undersøkelse for å vurdere cervix samt uterus størrelse. Måle HCG og sette pasienten opp til kontroll med ny HCG etter 3-7 dager
Dersom pasienten er gravid under 8 uker kan allmennlege håndtere dette selv. Dersom spontanabort vil de fleste kvitere av seg selv og HCG være synkende.
- B** Gjøre gynekologisk undersøkelse for å vurdere cervix samt uterus størrelse og henvise pasienten til gynekologisk poliklinikk for å utelukke svangerskap utenfor livmoren
Pasienten har ikke smerter, og det er derfor ikke grunn til å mistenke svangerskap utenfor livmoren.
- C** Gjøre gynekologisk undersøkelse for å utelukke at det blør grunnet cervixpatologi, og så henvise pasienten til gynekologisk poliklinikk for ultralyd med spørsmål om spontanabort
Pasienter gravid under 8 uker uten smerter som gir mistanke om svangerskap utenfor livmoren kan håndteres av fastlege.
- D** Avstå fra gynekologisk undersøkelse fordi det ikke er noe vits å undersøke pasientens cervix så lenge hun blør. Det er også viktig å ikke palpere uterus fordi det vil kunne fremprovosere en truende abort. Henvise derfor pasienten direkte til gynekologisk poliklinikk for ultralydundersøkelse.
Man bør alltid vurdere cervix dersom det er unormal vaginalblødning, også i svangerskapet. Vanlig bimanuell palpasjon av uterus hører med og vil ikke fremprovosere en abort.

00001561011940482

50

Du henviste en 18 år gammel pasient til tidlig ultralyd pga vaginal blødning i svangerskapsuke 10. Hun kommer strålende tilbake og forteller at legen som utførte ultralyden så to fostre og sa at de var DCDA-tvillinger. Hun lurer på hva det betyr.

Hva er riktig svar?

- A** Tvillingene er en-eggede og ligger i hver sin fostersekk og har hver sin morkake
- B** Tvillingene er to-eggede og ligger i hver sin fostersekk og har hver sin morkake
- C X** Man kan ikke si om tvillingene er en-eggede eller to-eggede, men de ligger i hver sin fostersekk
- D** Man kan ikke si om tvillingene er en-eggede eller to-eggede og de ligger i hver sin fostersekk og har felles morkake

00001561011940482

51

En førstegangsfødende kvinne kommer til deg som fastlege på avtalt svangerskapskontroll i uke 36+5. Hun er i fin form. Du finner blodtrykk på 120/80 mmHg, urinstix negativ og lette ødemer. Ved hjelp av Doppler finner du fosterlyd med frekvens på 130 slag/minutt. Når du så skal palpere leiet på fosteret syns du det er vanskelig å bestemme. Du mener kanskje å kunne kjenne hodet opp under høyre ribbensbue, ledende del i bekkenet virker litt bredere enn hva du vanligvis kjenner, og du mistenker at fosteret ligger i seteleie.

Hva er det best å gjøre med denne pasienten?

- A** Du søker henne inn til elektivt sectio
I Norge anbefales vaginal setefødsel dersom barnet har tilfredsstillende størrelse og bekkenet er stort nok.
- B** Du prøver å gjøre ytre vending på ditt kontor
Dette skal kun gjøres av kompetent personell, med adekvat overvåkning.
- C X** Du henviser til svangerskapspoliklinikken i løpet av et par dager slik at hun får bekreftet leie med ultralyd
Det er ønskelig at hun henvises omtrent på dette tidspunkt da det er det beste tidspunkt for vurdering av ytre vending, samtidig som barnet ikke lenger er prematurt.
- D** Du avtaler en ny kontroll i svangerskapsuke 39 fordi fosteret da kan ha snudd seg til hodeleie

00001561011940482

52

Barnehagepersonalet er bekymret for ei jente på 2 år. Hun går uten støtte, men svært ustøtt og klarer ikke å løpe. Hun klarer ikke å hoppe med samlede ben eller stå på en fot. Hun stabler 5 treklosser oppå hverandre og klarer greit puttekaske og 3-tings formbrett. Hun har mange enkeltord, og hun har også begynt å sette sammen ord i to-ords setninger. Hun gir bra sosial kontakt og trives i lek sammen med de andre barna.

Hva er mest sannsynlige diagnose hos denne jenta?

- A X** Cerebral parese
 - B** Føtalt alkoholsyndrom
 - C** Medfødt muskelsykdom
 - D** Mental retardasjon / psykisk utviklingshemning
-

00001561d1994da482

53

En 4 år gammel jente kommer til legevakt med høy feber, forkjølelse og hoste. Hun har forlenget expirasjon, pipelyd over lungene ved auskultasjon og en relativt kraftig systolisk bilyd over precordiet. Lever er palpabel 3 cm under kostalbuen. Øvre kant av leveren ligger ved kostalbuen. Det er normale lyskepulser.

Hva er mest sannsynlige diagnose, og hvilken akuttbehandling bør du gi?

- A** Jenta har lungebetennelse og bør få antibiotika per os på grunn av bilyden over hjertet.
 - B X** Jenta har luftveisinfeksjon og trenger Ventolininhalasjoner, mens bilyden bør revurderes når hun er frisk.
 - C** Jenta har akutt hjertesvikt og bør innlegges på sykehus som øyeblikkelig hjelp for sviktbehandling.
 - D** Jenta har bakteriell endokarditt og bør innlegges på sykehus som øyeblikkelig hjelp for antibiotika intravenøst.
-

00001561d1994da482

54

En mor kommer til legen med datteren på 2 år fordi hun har vært litt ute av form de siste dagene, og i går oppdaget mor et utslett på begge føttene hennes. I dag er utslettet blitt kraftigere, føttene virker hovne, og jenta vegrer seg for å gå. Utslettet består av både små og store røde elementer, lett hovne, som ikke lar seg presse bort med et glass. Hun sutrer og vil helst sitte på mors fang. Nedenfor ser du et bilde av et av beina hennes.



Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Systemisk juvenil idiopatisk artritt
Mangler høy, svingende feber, dårlig almenntilstand og utslettet er vanligvis ikke petekkialt, men blekner ved trykk
- B X** Henoch Schönleins purpura
Korrekt diagnose: Symmetrisk hevet purpura (vaskulitt) på underekstremitetene med periartikulær affeksjon av ankler
- C Kawasaki syndrom
Mangler høy feber >5 dager, slimhinneaffeksjon, conjunctivitt og lymfeknutesvulst og utslettet er heller ikke typisk
- D Idiopatisk trombocytopeni
Passer ikke med hevede elementer, hovne føtter og gangvegring

00001561d119945d482

55

En jente er 4 år og går i barnehage. De siste dagene har hun vært forkjølet med snue og lett hoste. I dag morges ville hun ikke gå ut av sengen alene, og hun gråter litt når far skal kle på henne strømpebuksen. Det er åpenbart vondt å bevege venstre hofte mens knær og ankler beveges greit. Ellers er hun afebril og i god allmenntilstand. CRP er negativ. En ultralydundersøkelse avslører økt væske i venstre hofte.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Purulent artritt
Oftest mer smerter, forhøyet CRP, +/- feber
- B Epifysiolyse caput femoris
Feil alder, burde vært eldre, og ofte mer snikende debut
- C Juvenil idiopatisk artritt
mer gradvis utviklende symptomer
- D X** Coxitis simplex
Typisk sykehistorie og alder, kort varighet, god allmenntilstand og økt væske i hofteleddet

00001561d119945d482

56

En 75 år gammel mann kommer på allmennlegekontoret ditt, og kan fortelle at han i går akutt mistet synet på høyre øye. Dagene før dette har han hatt episoder av sekundær varighet med blindhet på høyre øye. Han føler seg ikke syk. Han har ikke hodepine, ikke tyggesmerte og ikke leddplager. Ved oftalmoskopi finner du et papilleødem på høyre øye. Han er ikke palpasjonsømt over temporalarteriene. SR er tresifret som er klart forhøyet, også når man har korrigert for alder. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Embolier fra a. carotis
- B Cardiale embolier
- C X Kjempecellearteritt
- D En tumor i occipitalappen

00001561d11994da482

57

Hve er typiske symptom og funn ved amotio retinae?

- A Akutte øyesmerter, gardin i synsfeltet, nedsatt allmenntilstand, normal rød refleks
- B X Akutt innsettende filler i synsfeltet på aktuelle øye, gardin i synsfeltet oppad, utslukket rød refleks ved blikk nedad, fotopsier
- C Dobbeltsyn, øyesmerter, ptose og mydriase på aktuelle side.
- D Metamorfopsier og blødninger i maculaområdet på den aktuelle siden og et fibrotisk arr i macula på den kontralaterale siden

00001561d11994da482

58

Du er turnuslege i Trondheim, og har en kvinnelig pasient på 54 år på kontoret. Hun har hatt en kul på halsen i noen måneder, den er ca 2 cm i diameter og pasienten er naturlig nok redd for at dette kan være kreft. Kulen ligger like under selve huden som er intakt. Hva skal du gjøre for å finne diagnosen så snart som mulig?

- A Du henviser til MR
God fremstilling av bløtvevssvulster, men histologisk diagnose kan ikke stilles
- B Du henviser til ultralyd
Rask service og lite kostnader, men kan ikke gi diagnose
- C X Du henviser til tumor colli poliklinikk for punksjonscytologi
Rask diagnose i de fleste tilfeller, sprer ikke kreftceller
- D Du tar selv en liten biopsi av kulen etter å ha åpnet huden
Du risikerer å spre kreftceller utover i vevet dersom kulen er ondartet. Det kan være riktig hvis det er et lymfom eller en godartet kul.

00001561d11994da482

59

Du er lege i allmennpraksis og har en mann på 45 år på kontoret til konsultasjon fordi han er trøtt på dagtid og er på nippet til å sovne av og til når han kjører bil. Han har normal blodprosent (hemoglobin) og stoffskiftet er normalt. Kona har observert at han snorker kraftig og stopper å puste flere ganger om natten. Han er noe overvektig med BMI på 29 (normalvekt 20-25). Ved undersøkelsen finner du noe forlenget uvula (drøvel) og noe forstørrede tonsiller (mandler). Han har imidlertid ikke hatt halsbetennelser eller andre plager fra halsen. Du mistenker at han kan ha søvnapne. Hvilke tiltak skal du skissere for pasienten?

- A** Pasienten får et opplegg for vektreduksjon først. Dersom dette ikke lykkes går en videre med søvnregistrering.
Det er viktig å vite graden av søvnapnø først. Vektreduksjon er ofte ikke nok ved alvorlig søvnapnø, da er CPAP behandling viktigst
- B** Du henviser pasienten til ØNH avdeling for en tonsillektomi (fjerning av mandler), og senere søvnutredning dersom han har symptomer etter dette.
Det er viktig å vite graden av søvnapnø først, tonsillektomi har tilstrekkelig bare ved lett og moderat søvnapnø og innebærer operasjonsrisiko.
- C** Pasienten henvises til privat ØNH senter for en reduksjon av uvula for egen regning i første omgang. Deretter søvnregistrering dersom fortsatte symptomer.
Et slikt inngrep hjelper sjelden, og da oftest bare på snorking.
- D X** Du henviser pasienten til nattlig søvnregistrering (søvnpolygrafi) i første omgang. Samtidig oppfordres han til vektreduksjon.
Dety er viktig å vite graden av søvnapnø først da dette er med på å avgjøre helserisikoen og sjansen for å lykkes med de forskjellige behandlingalternativene

00001561d11994da482

60

En kvinne på 39 år, som arbeider som helsesekretær, har helt siden ungdomsskolen følt sterkt ubehag ved situasjoner der hun kommer i sentrum for oppmerksomhet. Det siste halve året har de hatt omorganisering til åpent landskap på jobben og hun opplever at alle får med seg det hun gjør, får angst av dette og har derfor de siste tre ukene vært sykemeldt. Som fastlege setter du diagnosen Sosiale fobier og skal anbefale medikamentell behandling. Hva ville du anbefale som førstevalg?

- A X** Antidepressiva (SSRI/SNRI)
Flere av antidepressiva har Sosiale fobier som indikasjon, lite misbrukspotensiale og er derfor førstevalg som medikamentell behandling.
- B** Benzodiazepiner (Sobril, Stesolid og lignende)
Benzodiazepiner vil sannsynligvis hjelpe i sosial situasjoner, men fare for avhengighet gjør at dette ikke bør være et førstevalg.
- C** Antipsykotika (andregenerasjon som Seroquel/Zyprexa)
Antipsykotika har ikke denne indikasjonen.
- D** Det er feil å anbefale et medikament for sosiale fobier
Antidepressiva har Sosiale fobier som indikasjon og kan være god behandling for tilstanden.

00001561d11994da482

61

En 27 år gammel mann bringes av politiet til legevakten da han har laget bråk på flere butikker i byen og i tillegg slått en politmann. Hovedproblemet i akutsituasjonen her er åpenbart aggresjonen hans. Hvilke akutte medisinske årsaker skal du vurdere som årsak til hans oppførsel?

- A X** Mani, rus, psykose, angst, hypoglykemi
- B** Mani, rus, psykose, OCD, hypothyreose
- C** Mani, angst, Tourette, søvnmangel, hyperthyreose
- D** Rus, angst, OCD, depresjon, hyperglykemi

00001561d11994da482

62

I arbeidet med suicidale pasienter inngås det av og til avtaler med pasientene, for eksempel at pasienten lover å kontakte en avtalt person når de suicidale tankene blir for påtrengende eller at de ikke skal ta livet sitt før samtalen i morgen. Hvilket hovedformål har slike avtaler?

- A Ansvarliggjøre pasienten
 - B Forenkle selvmordsvurdering
 - C X** Støtte for pasienten
 - D Forplikte pasienten
-

00001561d11994da482

63

En 32 år gammel mann er kjent rusmisbruker, uføretrygdet og har hatt flere innleggelseser for infeksjoner, men er ellers frisk. Han har de siste ukene begynt å opptre påfallende på det kommunale treffstedet han pleier gå på. Han skal ha fortalt til flere andre brukere at de må være forsiktig med hva de sier for "*PST har plantet folk blant de ansatte og store endringer er på gang*". Han har også opptrådt kommanderende og truende overfor de ansatte. Han vil ikke snakke med lege eller dra til sykehus.

Hvilket lovverk er det aktuelt å benytte for å få denne mannen til sykehus?

- A Psykisk helsevernlovgivningen såkalt frivillig tvang paragraf 2.2
 - B Lov om sosiale tjenester paragraf 10
 - C Nødrett, straffelovens paragraf 47
 - D X** Psykisk helsevernlovgivning tvungen observasjon paragraf 3.2
3.3 kunne vere riktig det ogsaa men her er pasienten saa nylig blitt syk at 3.2 er greit
-

00001561d11994da482

64

En 23 år gammel mann er tidligere psykisk frisk og har ikke kjent rusproblematikk. Han jobber som snekker. I dag dukket han ikke opp på jobb og svarte ikke på telefon. Da en kollega dro hjem til ham hadde han trukket for alle gardiner og var kledd i kamuflasjetøy, bar på jaktrifla si og så forskremt ut. Kollegaen ringte etter lege og fortalte at han nå i ettertid ser at pasienten nok har vært litt stille og tilbaketrukket i det siste.

Hva er de viktigste differensialdiagnosene du skal utelukke før du tenker at denne pasienten evt skal legges inn på psykiatrisk avd?

- A X** Cerebovaskulær hendelse, Epileptiske anfall, Tyrotoxicose, Insulinom, Hypercalcæmi, Delir, Cerebral malignitet
 - B Cerebovaskulær hendelse, Epileptiske anfall, Tyrotoxicose, Delir, Cerebral malignitet, Dissosiasjon, PTSD
 - C Cerebovaskulær hendelse, Epileptiske anfall, Delir, Cerebral malignitet, Depresjon, Kardiovaskulær hendelse
 - D Cerebovaskulær hendelse, Tyrotoxicose, Insulinom, Hypercalcæmi, Delir, PTSD
-

00001561d11994da482

65

Du er fastlege for en 47 år gammel kvinne som plages med panikkangst. Du har valgt å gi henne en selektiv serotonin reopptakshemmer (SSRI) i håp om at dette kan hjelpe pasienten fremover. En uke etter oppstart kommer hun tilbake til deg på kontoret og forteller om betydelige plager med intermitterende angst og uro som oppleves plagsomt. Hun har ikke hatt det på denne måten tidligere. Hva er mest sannsynlig årsak?

- A Forverring av panikkangst med økt hyppighet av anfall
 - B X** Bivirkninger i oppstartfasen med SSRI
 - C Nytilkommen depressiv lidelse
 - D Nytilkommen annen angsttilstand i tillegg til panikkangst
-

00001561d11994da482

66

En hjemmeboende og selvhjulpne 85 år gammel kvinne legges inn etter å ha blitt funnet på gulvet hjemme. I journalen ser du at hun har vært innlagt flere ganger med ulike diagnoser og bruker mange forskjellige medisiner. Hun er tunghørt, og virker somnolent og er nokså desorientert slik at det er vanskelig å føre en samtale med henne, muligens er hun hallusinert. Hun vet ikke hva som har skjedd. Blodtrykk er 100/55, puls 90, tp 37,8.

Hva er mest sannsynlige diagnose og hvordan skal det håndteres?

- A Demens, søke henne til alderspsykiatrisk poliklinikk
- B Demens, starte donepezilhydroklorid (Aricept)
- C X Delir, behandle medisinske årsaker til dette
- D Delir, sende henne hjem

00001561e11994da482

67

Du har nettopp begynt som allmennlege. En dag kommer en forvilt eldre kvinne til deg, hun har tatt med seg ektemannen til kontoret. I følge journalen fikk mannen diagnosen «Mild Alzheimers sykdom» av din forgjenger for fem år siden. Kona holder ikke ut mer – ektemannen beskylder henne for utroskap, han beskylder barna for å stjele, han hører fremmede i leiligheten, han går ut midt på natten og har tent opp ild midt på gulvet. Alt har blitt gradvis verre det siste året.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Sent debuterende schizofreni
Galt. Dette er en sjelden tilstand som gjerne gir isolerte bisarre vrangforestillinger, dementes vrangforestillinger er gjerne enklere og kretser typisk rundt utroskap og tyveri, slik som her
- B X Forverring av Alzheimer
Rett. Din kollega satt en demensdiagnose for fem år siden, og hvis diagnosen Alzheimers sykdom er korrekt er atferdsforstyrrelser svært vanlig ved langtkommen sykdom. Dementes vrangforestillinger bærer dessuten preg av utroskap og tyveri. Døgnrytmeforstyrrelser og irrasjonelle handlinger er også typisk.
- C Delirium
Galt. Gradvis forverring over ett år gjør delirium mindre sannsynlig
- D Demens med Lewy-legemer
Galt. Hallusinasjoner er vanlig, men disse er gjerne visuelle. Det er ikke opplysninger om parkinsonisme eller fluktuasjoner. De nevropsykiatriske symptomene har kommet sent i sykdomsforløpet

00001561e11994da482

68

En mann på 60 år kommer i følge med sin frue på legekantoret. Han klager over smerter og stivhet, kommer seg ikke ut av senga uten hjelp og har vanskeligheter med å kle på seg. Ved us har han problemer med å reise seg opp fra stolen selv samt å få armene over hodet, mens øvrig leddstatus er normal. Øvrig klinisk us er også uten anmerkning, ingen utslett.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A X Polymyalgia Rheumatika
Typisk klinikk med proksimal stivhet skuldre og hofter, samt riktig aldersgruppe gjør at dette er den mest trolige diagnosen av de foreslåtte
- B Ankyloserende spondylitt
Oftere rygg, debuterer stort sett før 45
- C Systemisk Lupus
Eldre mann og ikke typisk klinikk
- D Revmatoid artritt
Mulig, men normal leddstatus forøvrig taler i mot

00001561e11994da482

69

En kvinne (30 år) oppsøker legekantoret. Hun jobber i en barnehage. Av journal ser du at hun tidligere har fått forskrevet astmamedisin, og at hun har hatt perioder med sykemelding grunnet astma. Hun har følt seg generelt syk de siste ukene. Du har startet utredning og finner på diff-tellingen at hun har tydelig eosinofili. Videre har hun tresifret CRP og SR. Hun har følt at det er noe i lungene. På Rtg thorax finner du lungeinfiltrater. Hun klager også over symptomer fra bihulene. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A X** Churg Strauss vaskulitt
Dette er riktig svaralternativ. Opplysningene som er gitt er forenlig med denne sykdommen.
- B** Wegeners granulomatose
Asthma og eosinofili passer ikke med denne vaskulitt typen
- C** Atypisk revmatoid artritt med extraartikulære manifestasjoner.
Stemmer ikke.
- D** Mikroskopisk polyangiitt (MPA)
Asthma og eosinofili passer ikke med denne vaskulitt typen

0000156101199400482

70

En mann på 19 år kommer til deg på legekantoret med et hovent kne. Ikke kjent traume. Tidligere frisk. Klinisk us: God allmentilstand, ingen utslett. Leddstatus: hovent, varmt venstre kne, øvrige ledd upåfallende. Leddvæske: lys gul, klar og lett viskøs. Hvilken diagnose mistenker du?

- A** Psoriasis artritt
- B** Arthrititis urica
- C X** Reaktiv artritt
- D** Revmatoid artritt

0000156101199400482

71

Du får telefon fra hjemmesykepleien om en 73 år gammel mann som hadde et slag for omtrent fire måneder siden. Pasienten hadde om morgenen et anfall som startet med rytmiske rykninger i høyre ben som spredte seg oppover og munnet ut i et generalisert krampeanfall. I hvilken arteries forsyningsområde var hjerneinfarkt sannsynligvis lokalisert?

- A** Høyre arteria cerebellaris inferior
- B** Venstre arteria cerebri media
- C** Venstre arteria cerebri posterior
- D X** Venstre arteria cerebri anterior

0000156101199400482

72

En 22 år gammel mann faller ned av en veranda i 3. etg kl 04:30 natt til lørdag. Omstendighetene omkring hendelsen er uklare. Som legevakslege kommer du raskt til skadestedet samtidig som ambulansen. Han puster selv, men lager kun uforståelige lyder ved smertestimulering. Han åpner ikke øynene, men trekker armene bort når du smertestimulerer. Sidelike og normale pupillereflekser. Glasgow Coma Scale er 7 og du blir enig med ambulanspersonell om at han må intuberes for å sikre fri luftvei. Etter intubasjon finner du at høyre pupille er blitt mye større enn venstre og reagerer lite på lys og BT stiger fra 150/90 til 200/100. Du frykter at han holder på å herniere på grunn av hodeskaden. Hvilket tiltak skal du da iverksette?

- A** Kle av pasienten for å fremkalle hypotermi
Selv om hypotermi gir lavere intrakranielt trykk er dette en effekt som tar tid og som ikke gir mening prehospitalt.
- B X** Hyperventilere pasienten
Hyperventillasjon gir raskt innsettende effekt på intrakranielt trykk og dette kan absolutt gjøres prehospitalt
- C** Gi Glukose 5% i.v. for å gi mer næringsstoff til hjernen
- D** Gi kortikosteroider

0000156101199400482

73

En sprøytenarkoman 25 år gammel mann med diabetes type I forteller at han de siste dagene har hatt hodepine og lette styringsvansker i høyre ben. CRP er 10. Du er fastlegen hans og rekvirerer CT caput. Du får til svar at bildene viser en solitær ekspansiv, kontrastladende intracerebral lesjon beliggende inn mot ventrikkelsystemet med mye omkringliggende ødem. Hva er riktig håndtering av denne situasjonen?

- A Starter med kortikosteroider og henviser til nærmeste kreftavdeling for behandling av hjernesvulst *Kreftavdelinger behandler kreft. Denne pasienten har ikke påvist kreft og dianostikk må kompletteres. Abscess må utelukkes. Dersom det skulle være tumor må vevesdiagnostikk sikres før eventuell ikke-kirurgisk kreftbehandling kan startes*
- B X** Legger inn pasienten for ø-hjelp utredning ved nærmeste nevrologiske/nevrokirurgiske avdeling *Ut fra bildefunn og risikofaktorer er det mest sannsynlig en intracerebral abscess (sprøytenarkomani og diabetes er risikofaktorer). Differensialdiagnostisk kan det være en malign tumor, evt metastase, selv om alder taler litt imot. Uansett må abscess utelukkes først og rimelig fort. Dersom abscessen utvikler seg videre og evt rumperer inn i ventrikkelsystemet kan pasienten bli kritisk syk. Pasienten å legges inn som ø-hjelp. MR med diffusjonssekvens, evt prøvetaking via borehull vil gi diagnosen. CRP er ofte lav og kan være helt normal ved abscesser. Det kan være lett leukocytose i spinalvæsken.*
- C Starter med kortikosteroider mot ødemet og sender brev til nærmeste nevrokirurgiske avdeling og ber om vurdering av pasienten *Det er neppe av større negativ betydning å gi kortikosteroider før man gir antibiotika ved abscesser, selv om det ikke er vanlig. Henvisning per brev er for seint i dette tilfellet.*
- D Bestiller MR caput ved lokalt røntgeninstitutt for bedre kartlegging av lesjonen *Å vente på enda en ny poliklinisk bildemodalitet i almenpraksis går for sent. Pasienten må innlegges for utredning*

0000156 1c11994da492

74

En 42 år gammel mann har kjøpt seg dyr sykkel og trener til Birken. På en treningstur sklir han på rullegrus og havner i grøfta. Han tror kanskje han har vært borte noen sekunder. Hjelmen sprakk og han blør litt fra et lite sår i tinningen. Han er kjekk initialt, men blir gradvis trette mens han sitter på venterommet på legevakten for å få sydd såret. Glasgow Coma Scale faller fra 15 til 10. Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Akutt subduralt hematom *Han var initialt kjekk og dette taler mot akutt subdural blødning som gjerne er en høyenergiskade. Lusid (fritt) intervall er ikke vanlig ved akutte subdurale blødninger, men kan en sjelden gang sees hos pasienter som blør akutt inn i et gammelt kronisk subduralt hematom. Alder taler imot dette - kronisk subdurale blødninger er vanligst hos eldre.*
- B Subaraknoidal blødning *Dette er ikke vanlig presentasjon av subaraknoidal blødning*
- C X** Epiduralt hematom *Kjekk pasient initialt, fritt intervall, og traume mot tinningregion passer godt med epiduralblødning.*
- D Kronisk subduralt hematom *Alder og akutt sykehistorie taler imot kronisk subduralt hematom*

0000156 1c11994da492

75

Cervikal spondylotisk myelopati er den vanligste årsak til myelopati hos eldre og symptomene kommer ofte gradvis over tid. Tilstanden skyldes oftest spondyloseforandringer i nakken med trang spinalkanal. Tilstanden er viktig å diagnostisere tidlig for å kunne gi pasienten god behandling og forhindre utvikling av myelopatien.

Hvilke funn skal du se etter når du mistenker tilstanden?

- A Ustødig gange ved gangtest, rigiditet og svekkede reflekser
Ustødig gange er et viktig funn, men rigiditet er ikke det typiske symptomet ved myelopati, derimot kan man se spastisitet. Svekkede reflekser er ikke et funn ved affeksjon av det første (sentrale) motoriske nevron.
- B Svekkede reflekser i underekstremitetene og invertert plantarrefleks
Affeksjon av det første (sentrale) motoriske nevron gir hyperrefleksi og evt invertert plantarrefleks ved uttalt myelopati
- C Utslukkede reflekser og dårlig sensibilitet i bena
Cervikal spondylotisk myelopati gir affeksjon av det første (sentrale) motoriske nevron og vil gi hyperrefleksi. Sensibiliteten kan være svekket i over og underekstremitetene.
- D X** Hyperrefleksi, invertert plantarrefleks og ustødig gange ved gangtest

00001561c11994da482

76

En mann på 42 år kommer til deg på legekantoret med kraftige ryggsmarter med utstråling. Ryggsmertene oppsto akutt da han reiste seg opp fra sengen for fire dager siden. Han forteller at smertene sitter i lumbacolumna og går ned til setet, baksiden av venstre lår og legg og helt ut i stortåa. Ved undersøkelse av nøkkelmusklene i underekstremitetene finner du normal kraft. I venstre underekstremitet finner du nedsatt sensibilitet på lateralsiden av foten, svekket patellarrefleks og positiv benhevingstest (Lasegue`s test). Han greier knapt å bevege seg og ligger helst i ro grunnet smertene. Ved rektal eksplorasjon finner du normal sfinktertonus. Hvilke tiltak skal du iverksette?

- A Rekvirere CT som ø-hjelp
- B Foreskrive NSAID og ny kontroll om et par måneder
- C X** Avvente, evt. rekvirere MR etter 4 – 6 ukers forløp uten sikker bedring
- D Forordne fysioterapi

00001561c11994da482

77

En mann på 62 år kommer på legekantoret siden han har fått økende smerter i nakken med utstråling mot høyre skulder de siste månedene. Som fastlege har du bestilt et MR-bilde av nakken som viser: "uncovertebrale påleiringer som gir lett redusert plass i rotkanalen til venstre C6-rot, uten synlig kompresjon. Lett redusert plass i spinalkanal i dette nivået, men påvisbar cerebrosposinalvæske rundt medulla."

Hva blir mest riktig å gjøre videre?

- A Anbefale operasjon av spinalstenose
Ingen holdepunkter for spinal stenose. Degenerative forandringer på MR er av usikker betydning for smerter
- B Foreskrive NSAID
Aktivitet og trening er dokumentert effektivt, men spesifikke treningsopplegg er ikke mer effektive enn andre treningsopplegg
- C X** Anbefale at han fortsetter med normal aktivitet og trening
- D Anbefale dekompresjon av venstre C6-rot
Ingen holdepunkter for radikulopati fra C6-rot. Degenerative forandringer på MR er av usikker betydning for smerter

00001561c11994da482

78

Hvis mor eller far har en psykisk lidelse, kan barn reagere med ulike mønstre av reaksjoner. Hva karakteriserer reaksjonsmønsteret "parentifisering"?

- A Omgang med venner eldre enn seg selv
- B X** Økt emosjonelt ansvar og alvorspreg
Parentifisering innebærer å påta seg økt praktisk og emosjonelt ansvar, og opptre i en hjelperolle overfor den ikke-fungerende forelder, og for yngre søsken - ledsages ofte av alvorspreg og manglende utfoldelse. Omgang med eldre venner er ikke et karakteristisk trekk, heller ikke mer enn vanlig engstelse for å bli syk selv. Vekslende atferd mellom stor/liten innebærer i hvert fall tidvis behov for regresjon eller infantilisering, som ikke inngår i begrepet parentifisering.
- C Mer enn vanlig engstelse for å bli syk selv
- D Vekslende atferd mellom "stor" og "liten"

00001561d1194da482

79

En kvinne på 67 år legges inn på medisinsk avdeling på grunn av sterkt redusert allmenntilstand. Du rekvirerer en del blodprøver og får blant annet tilbake svar om at serum ferritin er på 12 000 µg/L (10-167 µg/L) og ALAT på 1000 U/L (10-45 U/L).

Hva er den mest sannsynlige årsaken til den høye konsentrasjonen av serum ferritin?

- A Inflammasjon
Gir ikke så høye verdier
- B X** Akutt levercelleskade
- C Akutt jernforgiftning
- D Arvelig hemokromatose

00001561d1194da482

80

En to år gammel gutt er innlagt med alvorlig hemolytisk uremisk syndrom, og det kommer beskjed fra mikrobiologisk avdeling at det er påvist enterohemorragisk E.coli (EHEC) i avføringsprøve fra barnet. Hvilke regler gjelder for melding/varsling av denne type alvorlig smittsom sykdom?

- A X** Diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom er nominativt meldingspliktig, gruppe A og skal varsles umiddelbart til kommuneoverlegen.
- B Diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom er nominativt meldingspliktig, gruppe A, men er ikke varslingspliktig såfremt det ikke er mistanke om utbrudd.
- C Diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom er nominativt meldingspliktig, gruppe B og skal varsles umiddelbart til kommuneoverlegen.
- D Diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom er nominativt meldingspliktig, gruppe B, men er ikke varslingspliktig såfremt det ikke er mistanke om utbrudd.

00001561d1194da482

81

25 år gammel kvinne, para null, oppsøker deg som allmennpraktiker pga dysmenorrhoe. Har tidligere gjennomgått urogenital klamydiainfeksjon, ellers frisk, aldri operert. Bruker kombinasjonsp-pille på vanlig måte. Har fast partner og har ikke barneønske nå. Hun har vært plaget med dysmenorrhoe siden menarche. Hun klager nå over sterke smerter i underlivet, vanligvis verst rett før, under og etter mens, men også mellom menstruasjonene og ved samleie.

Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens smerter, og hva vil være den beste behandlingen å tilby ?

- A Hun har dysmenorrhoe pga adheranser etter klamydiainfeksjon. Du henviser henne til gynekolog for diagnostisk/terapeutisk laparoskopi.
Hun har mest sannsynlig smerter relatert til endometriose. Ikke indikasjon for laparoskopi enda.
- B Hun har dysmenorrhoe pga endometriose. Du bestiller MR abdomen/bekken med tanke på dypt infiltrerende endometriose.
Det er korrekt at MR er god til å påvise dette, men det er for tidlig i forløpet og feil bruk av ressurser.
- C X Hun har dysmenorrhoe pga endometriose. Du behandler med p-pille kontinuerlig i 12 uker, deretter 5 dagers pause.
Tiltak med minst risiko og mulige negative effekter er å prøve å få pasienten mest mulig amenorrhøisk. Derfor starter vi med kontinuerlig p-pille som førstevalg. En hormonspiral kunne også har vært et bra alternativ.
- D Hun har dysmenorrhoe pga endometriose. Du henviser henne til gynekolog for diagnostisk/terapeutisk laparoskopi.
Hos en ung kvinne som ikke har aktuelt barneønske, er kirurgi siste valg, hvis endometriose er en relativ sannsynlig diagnose. Hovedgrunnen til det er at sjansen for å bli gravid er best rett etter kirurgi for endometriose. Derfor er det mest hensiktsmessig å utsette slik kirurgi til det blir aktuelt med barneønske, eller til høyere alder når familieplanlegging er avsluttet og annen behandling ikke tilstrekkelig.

0000156161194d482

82

En 85 år gammel kvinne er dement, sykdomsbildet er preget av langsom gange, lite medbevegelse i armene og stivhet i kroppen, enkelte dager er hun nokså forvirret. Som regel sitter hun i stolen hele dagen, men kan klare en del gjøremål hvis hun blir satt i gang. I samtale angir hun ofte at hun sitter og venter på at barna hennes skal komme hjem fra skolen. Ofte nekter hun å legge seg i senga fordi hun mener at det ligger noen der. I tillegg reagerer hun på sitt eget speilbilde, snakker med seg selv i speilet og blir frustrert over at hun ikke får svar.

Hvilke neuropsykiatriske symptomer har denne pasienten?

- A Apati, vrangforestillinger og forvirring
- B X Apati, misidentifikasjon og synshallusinasjoner
Pasienten har sannsynligvis Lewy legeme demens. Følgende neuropsykiatriske symptomer er beskrevet: apati, synshallusinasjoner og misidentifikasjon. At hun venter på barna som er på skolen må betraktes som en tidsforskyvning, ikke en vrangforestilling.
- C Apati, misidentifikasjon og depresjon
- D Depresjon, synshallusinasjoner og vrangforestillinger

0000156161194d482

83

En tidligere frisk 7 år gammel jente har i løpet av det siste året en tendens til å tisse seg ut på dagtid, og også enkelte netter. I samme periode har hun hatt flere episoder med blærekatarr som har krevd behandling med antibiotika. Hun har nå plutselig fått vondt i magen, tisser hyppig og har smerter ved vannlating. Hun kaster ikke opp og drikker bra. Fastlegen finner henne febril, blek og i dårlig form. Ved klinisk undersøkelse er det ømhet ved palpasjon nederst i abdomen og i ryggen. Hvilken diagnose er mest sannsynlig, og hva er det riktige å gjøre?

- A Blærekatarr. Stikse og dyrke urinen, gi peroral trimetoprim i 3 dager
- B Blærekatarr. Stikse og dyrke urinen, gi peroral pivmecillinam i 3 dager
- C X Nyrebekkenbetennelse. Stikse og dyrke urinen, gi peroral pivmecillinam i 10 dager
- D Nyrebekkenbetennelse. Stikse og dyrke urinen, gi peroral amoxicillin i 10 dager

0000156161194d482

84

En tre år gammel gutt leker med legoklosser på venterommet på legekantoret. Plutselig begynner han å hoste kraftig og blir blå i ansiktet. Du jobber på kantoret som lege og konstaterer at gutten hiver kraftig etter pusten og besvimer. Hva skal du gjøre nå?

- A X Undersøke for frie luftveier, starte munn til munn ventilasjon og hjertekompresjon (2:15)
- B Undersøke for frie luftveier, starte munn til munn ventilasjon og hjertekompresjon (2:30)
- C Sette adrenalin (1 mg/ml) 0,15 ml i.m., starte munn til munn ventilasjon og hjertekompresjon (2:15)
- D Sette adrenalin (0,1 mg/ml) 0,15 ml i.m., starte munn til munn ventilasjon og hjertekompresjon (2:15)

00001561d1194da482

85

Foreldrene til en 2 år gammel gutt kommer til deg som helsestasjonslege. De forteller at gutten snakker lite, har endel lyder og enkeltord, men har ikke begynt å sette sammen ord til 2-ords setninger. Han reagerer ikke alltid på tiltale. Noen ganger virker det som om han sitter i sin egen verden uten å se på den som snakker til han.

Hvilken undersøkelse bør først gjøres av denne gutten?

- A EEG undersøkelse for å utelukke epilepsi
Feil svar. Sykehistorien er litt suspekt på epilepsi, så EEG hører med i utredningen, men er ikke det første man gjør.
- B Logoped-undersøkelse for å utelukke taleforstyrrelser
Feil svar. Dette er lite aktuelt å gjøre.
- C X Hørselsundersøkelse
Riktig svar. Nedsatt hørsel kan forklare symptombildet og må utelukkes først som mulig årsak til guttens symptomer.
- D IQ-testing av gutten for å utelukke mental retardasjon
Feil svar. Dette er mindre aktuelt på det nåværende tidspunkt.

00001561d1194da482

86

En 35 år gammel kvinne kommer til deg i allmennpraksis. Hun er tidligere frisk. Gravida 2, Para 0. Har regelmessig menstruasjon, men med noe mellombldninger. Hun tar kontakt pga barneønske. Hun har hatt regelmessig prevensjonsfritt samliv med sin samboer i 1 1/2 år og har ikke oppnådd graviditet. Du gjør en gynekologisk undersøkelse og finner livmorhalsen rødlig, lettblødende og med en polypplignende struktur på bakre del av portio kl 5.

Hva er det riktig å gjøre?

- A Ta østradiol, progesteron, LH, FSH og Prolaktin samme dag og henvise til infertilitetsutredning ved nærmeste infertilitetspoliklinikk
Feil, siden funnet på portio bør medføre henvisning til gynekolog, infertilitetshenvisning kan evt. gå parallelt, men kan ikke prioriteres foran utredning av portio-forandringen.
- B X Henvise til gynekologisk poliklinikk for vurdering for portiobiopsi
Riktig alternativ, siden det her er indisert med spesialistvurdering av funnet på cervix, kolposkopi og evt. portiobiopsi og cervical abrasio.
- C Ta cervixcytologisk prøve og avvente evt. videre tiltak og henvisning inntil svaret på prøven foreligger
Feil, cervixcytologi er en screeningtest. Funnet på portio bør medføre henvisning uavhengig av cytologisvaret.

00001561d1194da482

87

Ei 25 år gammel kvinne henvises til gynekologisk avdeling på grunn av akutt innsettende, takvise magesmerter. Ved undersøkelse er pasienten lett tachykard, palpasjonsøsm over abdomen og HCG i urin er positiv. Transvaginal UL viser ei rund oppfylning i relasjon til venstre adnex og rikelig med fri væske i bukhula.

Hvilket tiltak vil være det riktigste for denne pasienten?

- A Avtale ny kontroll neste dag
Ekstrauterint svangerskap med blødning er en ø-hjelp tilstand der det raskt kan bli kritisk for pasienten dersom hun ikke får kirurgisk behandling.
- B Bestille ultralydveileda tapping av fri væske
- C Bestille CT abdomen/bekken
- D X Melde pasienten til laparoskopi
Symptomer og funn er forenlige med ekstrauterin graviditet med blødning i buken. Videre utredning er diagnostisk laparoskopi, evt med salpingektomi i samme seanse dersom laparoskopien bekrefter ekstruterint svangerskap.

00001561d11994da482

88

Det er flere grunner til at regelverket (helsepersonelloven kap 5 § 21 om taushetsplikten) legger stor vekt på at pasientopplysninger aktivt skal beskyttes mot innsyn for å unngå at pasienter blir krenket eller påført andre skader. Forskning på feltet har i tillegg vist at det bedrer samarbeidet med pasienter under diagnostikk og behandling, men det er også påvist en annen viktig grunn eller sammenheng for å håndheve taushetsplikten strengt.

Hvilken grunn eller sammenheng er dette?

- A Bruk av elektronisk pasientjournal har økt risikoen for at uvedkommende kan få tilgang til opplysningene
- B X Sikre lik tilgjengelighet i helsetjenesten for alle grupper av pasienter
- C Begrense lekkasje av opplysninger fra samarbeidende helsepersonell
- D Unngå at pasienten får opplysninger som kan være til skade for vedkommende

00001561d11994da482

89

En 50 år gammel gårdbruker kommer på legekontoret og forteller at han er plaget av anfall med feber og tung pust om kvelden på dager hvor han har håndtert den litt fuktige halmen som han bruker på gulvet i grisefjøsset. Ved spirometri har han en lett restiktiv funksjonsnedsettelse og på CT av lungene finnes enkelte avgrensede mattglassforandringer. På spørsmål fra deg bekrefter bonden at det nok kan være litt muggvekst i halmen og at han har lurt på om det er bra for grisene.

Hvilken sykdom er det mest sannsynlig at han har?

- A Psittakose
- B X Allergisk alveolitt
Ja, ikke så vanlig, men typisk ved innånding av støv som inneholder muggsoppспорer. Kalles også "farmer's lung".
- C Pneumoni
Nei, klinikken stemmer ikke
- D Lungetuberkulose
Nei, ikke sannsynlig og mer konstant

00001561d11994da482

90

Metformin er et mye brukt legemiddel i behandling av type 2 diabetes. Hva må en være klar over ved foreskriving av medikamentet?

- A X Metformin kan gi kvalme
- B Metformin kan føre til vekttoppgang
- C Metformin øker risiko for hypoglykemi
- D Metformin kan ikke kombineres med annen medisin mot diabetes

00001561d11994da482

91

Du har legevakt og blir tilkalt til en 45 år gammel mann som er plaget av en kraftig svimmelhet som har gjort ham sengeliggende. Han beskriver en rotatorisk svimmelhet som startet brått da han stod opp om morgenen for to dager siden. Han er kvalm og brekker seg når han prøver å stå opp, men synes kanskje det har vært litt bedring siste døgn. Han er frisk fra tidligere, men forteller at han for ca en uke siden hadde en kraftig forkjølelse. Ved undersøkelse finner du en kraftig vertigo og nystagmus når han forsøker å stå opp av sengen, men ellers normale funn. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A X Akutt vestibularisnevritt
Ihht NELs definisjon og forelesning febr/2009 Lars Jacob Stovner 2A
- B Akutt hjernestammeinfarkt
- C Menieres sykdom
- D Langvarig migreaneanfall

00001561d11994da482

92

En mann i femtiårene har over flere uker utviklet smerter i venstre skulder. Det har ikke vært noe kjent traume eller utløsende årsak. Ved undersøkelse finner du betydelig nedsatt aktiv og passiv bevegelse; mest for utadrotasjon, dernest abduksjon og minst ved innadrotasjon. Negative isometriske tester. Normal kraft.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Muskulære smerter
Feil
- B Rotatorcuff skade
Feil
- C Supraspinatus tendinose/ tendinitt
feil
- D X Skulderkapsulitt (frozen shoulder)
Funn av kapsulart mønster av nedsatt bevegelse er patogonomisk. Alder vanligvis >45 år. Vanligvis idiopatisk selv om kapsulitt etter fall mot skulder kan inntre. Allmenmedisinboka 2013 s.380.

00001561d11994da482

93

Hvilken objektiv undersøkelse er det som regel mest hensiktsmessig å avslutte med, når du undersøker et febrilt barn på 2-3 år?

- A Palpasjon av abdomen
Kan ofte gå bra, og er sjelden det vanskeligste/verste
- B X Inspeksjon av fauces
Etter denne us. er det lite sannsynlig man er 'venner' med barnet dersom det er redd og irritabelt
- C Nakke-ryggstivhet
Kan stort sett evalueres uten å skremme barnet
- D Stetoskopi av lunger

00001561d11994da482

94

En 32 år gammel kvinne kommer på legevakt med to dagers sykehistorie med forkjølelse, hodepine og smerter over sinus maxillaris. Hun har ikke feber og er i god allmenntilstand. Ved et par tidligere tilfeller har hun hatt god effekt av antibiotika for bihulebetennelse. Ved undersøkelse finner du noe bankeømheter over høyre sinus maxillaris, litt svulne slimhinner i nesene, men ikke puss. Hva er riktig å gjøre i denne situasjonen?

- A X** Du anbefaler behandling med nesedråper og paracet som smertelindring, men dersom hun har plager utover én uke, kan det være behov for antibiotikabehandling
Rett svar. Vanligvis gis ikke antibiotika før etter en uke med symptomer eller ved feber og allmennsymptomer.
- B** Du anbefaler henvisning til ØNH poliklinikk for oppfølging siden hun har hatt dette tidligere
Henvisning til ØNH spesialist er vanligvis ikke indisert
- C** Du forklarer pasienten at dette vil gå over av seg selv og at hun kan se det hele an uten spesielle tiltak
Pasienten bør informeres om symptomlindrende behandling
- D** Du anbefaler at hun starter med behandling med antibiotika fordi bihulebetennelsen vanligvis ikke blir bra av seg selv, og du skriver ut resept på penicillin for behandling i 10 dager
Over halvparten av pasientene med sinusitt blir friske uten antibiotika. Antibiotika er vanligvis ikke indisert ved maxillarsinusitt (nesedråper og smertestillende). Antibiotika kan være indisert ved mye smerter/ allmennsymptomer/ feber eller når symptomene varer utover 1 uke.
-

00001561d1994d4482

95

Hvilken billeddiagnostisk undersøkelse bruker du for å stille diagnosen Ankyloserende spodylartritt ?

- A** Ingen, da diagnosen stilles klinisk
- B** MR
- C X** Røntgen
- D** Ultralyd
-

00001561d1994d4482

96

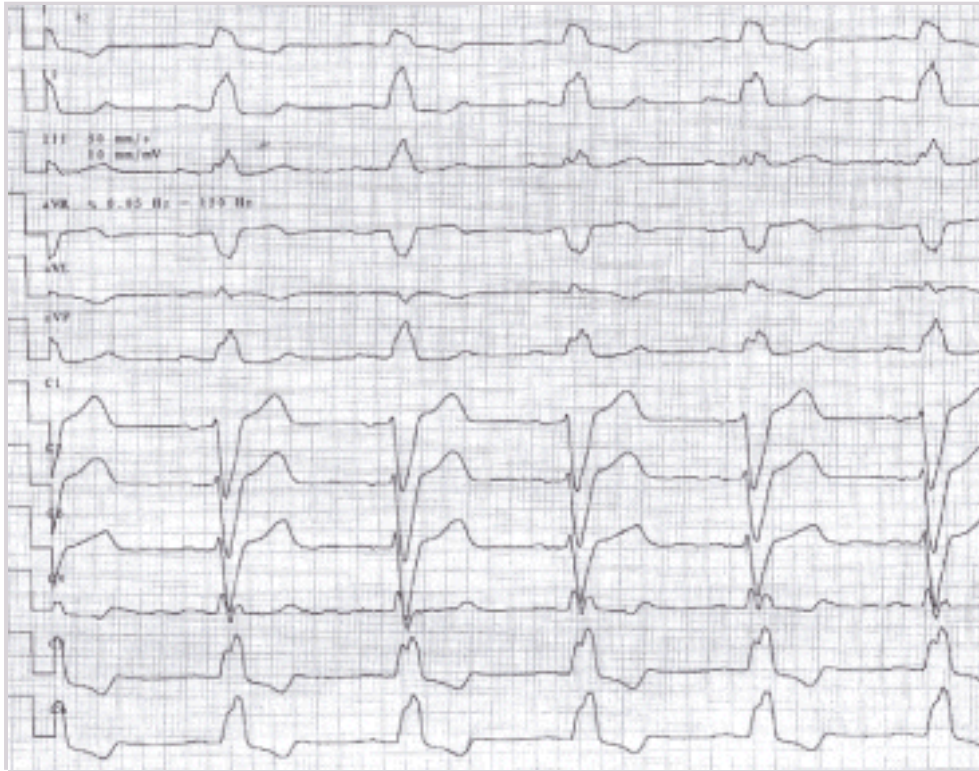
Hvilken immunologisk test er sterkest assosiert til Granulomatose med polyangitt (Wegeners granulomatosis)?

- A** HLA-B27
- B X** PR3-ANCA
- C** Anti-CCP
- D** ANA
-

00001561d1994d4482

97

En tidligere hjertefrisk mann (61 år) får akutte brystmerter.



Hva viser vedlagte EKG?

- A** Akutt nedreveggsinfarkt
Det er breidt QRS-kompleks (>0.12s), og EKG-infarktkriteriene kan ikke brukast.
- B** Høgre greinblokk og venstre fremre fasikelblokk
Det er bredt QRS-kompleks (>0.12s), men ikke RSR-mønster, dvs ikke høyre greinblokk. QRS-aksen er dessutan normal.
- C** Venstre ventrikelhypertrofi med belastningstegn
Det er breidt QRS-kompleks (>0.12s), og kriteriene for hypertrofi kan ikke brukast.
- D X** Venstre greinblokk
Oppfyller kriteriene med QRS bredde >0,12s, normal akse og ingen Q-bølge i V5-V6.

00001561d11994da482

98

Du er fastlege for ei 36 år gammel kvinne, 1. gangs gravid i uke 39. Ved rutineultralud ble det påvist marginalt feste av placenta, men ved kontroll i uke 32 lå den 4cm i avstand fra indre mormunn. Hun ringer deg og forteller at hun har fått kraftige magesmerter, smerten slipper ikke og magen er hele tiden hard. I tillegg har hun fått vaginal blødning. Hvilken tilstand er det riktigst å mistenke?

- A** Begynnende fødsel med tegningsblødning fordi cervix begynner å åpne seg
Ved begynnede fødsel har kvinnen smerter under ri, og ikke konstante smerter
- B** Feilmåling i uke 32, blødning fra lavtsittende placenta
Blødning fra lavt sittende placenta har ikke de symptomer som akutt placentaløsning
- C** Begynnende fødsel med blødning fordi morkaken sitter lavt
Placenta med større enn 4cm avstand fra indre mormunn er definert til å være normal.
- D X** Placentaløsning
Hun har symptomer forenlig med placentaløsning og skal raskest mulig til fødeavdeling

00001561d11994da482

99

Du er fastlege for en 28 år gammel kvinne, nå gravid for 3. gang. Hun hadde en spontanabort i uke 9 og en preterm fødsel i uke 27.

Hun er skuespiller i en oppsetning med mye fysisk aktivitet, og har mye stress i livet. Hun har ikke greid å slutte å røyke, selv om hun vet at det er helseskadelig.

Hva er det viktigste tiltaket du kan gjøre ved første svangerskapskontroll for å redusere risikoen for preterm fødsel?

- A Sykmelde henne fordi hun har en fysisk og psykisk stressende jobb
Sykmelding i 1. trimester for å unngå prematur fødsel i 2. trimester har sannsynlig vis ingen effekt.
 - B X** Anbefale røykeslutt
Røykeslutt er tidlig i graviditeten eneste effektive tiltak
 - C Fortelle henne at preterm fødsel ikke kan la seg forhindre, hun må vente og se hvordan det går
 - D Henvise henne til spesialisthelsetjenesten for oppstart av Albyl-E
Preterm fødsel forebygges ikke av Albyl-E
-

00001561d1194da482

100

Du er fastlege for en kvinne som er 20 uker gravid. Hun har lest at gruppe B streptokokker, GBS, kan gi infeksjon til barnet, og ber deg ta en vaginalprøve for å se om hun har bakterien. I vaginalsekret er det oppvekst av GBS. Hva er det riktigst å gjøre videre?

- A Rekvirere dyrkning av urin for å se om det er GBS tilstede
Ikke indisert med mindre det skal taes av annen grunn, residiverende urinvegsinfeksjoner eller symptomer
 - B Henvise henne til svangerskapspoliklinikken for igangsetting av fødsel ved termin
GBS gir ikke indikasjon for igangsetting av fødsel
 - C Føre funnet på Helsekort for gravide og gi henne behandling med antibiotika
Feil. GBS i vaginalsekret gir ikke indikasjon for antibiotika før fødsel
 - D X** Føre funnet på Helsekort for gravide slik at hun får behandling om hun har andre risikofaktorer ved fødsel
-

00001561d1194da482