

**2022 - IID - MD4043 - Eksamensdato: 2022-12-16**

**1**

En gutt fødes til termin etter et normalt svangerskap. Fødselsvekt er 3,5 kg, og han får Apgar 5, 6 og 6 etter hhv 1, 5 og 10 minutter. Han er fortsatt blek, har nedsatt tonus og har uregelmessig respirasjon etter 15 minutter. Barnelege tilkalles og legger på en metningsmåler på barnets høyre hånd.

**Hvorfor settes metningsmåleren på høyre hånd?**

- A Så kort tid etter fødsel kan lungekarmotstanden fortsatt være høy, og metningen på høyre hånd reflekterer metningen i det blodet som går til hjerte og hjerne
- B På dette tidspunktet har lungekarmotstanden falt, og oksygenmetningen på høyre hånd reflekterer den sanne oksygenmetningen i blodet som forsyner kroppen
- C Så kort tid etter fødsel kan lungekarmotstanden fortsatt være høy, og oksygenmetningen på høyre hånd reflekterer den sanne metningen i blodet som forsyner kroppen
- D På dette tidspunktet har lungekarmotstanden falt, og metningen på høyre hånd reflekterer oksygenmetningen i blodet som går fra aorta til arteria pulmonalis

0000163d1380ba0ec0

**2**

En 6 år gammel jente kommer til deg som fastlege da moren synes hun har gått litt ned i vekt, selv om hun har spist og drukket mer enn vanlig siste tiden, vært en del tørst også på natta. Hun har tidligere vært veldig plaget med forstoppelse og hatt noen urinveisinfeksjoner i forbindelse med dette. Står fortsatt på Movicol ved behov. Sluttet med bleie først i fire års alder, men har nå begynt å tisse seg ut på natt igjen. Hun hadde en forkjølelse med feber to uker tilbake, men er nå bare litt snørrete og slapp. Hvilken undersøkelse ville vært mest hensiktsmessig å ta på legekontoret nå?

- A Blodsukker
- B Urindyrkning
- C CRP
- D Hematologi (Hb, Ipk, trombocytter)

0000163d1380ba0ec0

**3**

6 år gammel gutt er henvist fra helsestasjonslegen fordi han har vokst dårlig i høyden. Har falt fra 50 percentilen til 2,5 percentilen fra 4 til 6 års alder. Vekt i forhold til høyde ligger på 2,5 percentilen. Han hadde atopisk eksem i spedbarnsalderen. Han føler seg frisk, men mor angir at han ofte har løs avføring som er vanskelig å skylle ned i toalettet. Blodprøver viser: Hb 9,7 g/dL (referanse: 11,5-14,5 g/dL) Ferritin 2 µmol/L (referanse: 15-100 µmol/L) Calprotektin i avføring 15 mg/kg (referanse: <50 mg/kg) CRP <5 mg/L (referanse: <5 mg/L)  
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Melkeallergi
- B Crohns sykdom.
- C Cøliaki
- D Giardia Lamblia infeksjon

0000163d1380ba0ec0

**4**

En kvinne fra Somalia kommer til fødeavdelingen med pågående rier. Hun har bodd i Norge i 3 år. I helsekortet for gravide framgår det at hun har 2 barn fra før og er anti-HBs positiv, anti-HBc negativ, HBsAg og HBeAg negativ.

Hvilke forebyggende retningslinjer gjelder for hennes nyfødte barn?

- A Framskyndet vaksinering pga økt smitterisiko: Ved fødsel, etter 4 uker og 3 måneder
- B Hepatitis B vaksine inngår ikke i det norske barnevaksinasjonsprogrammet
- C Hyperimmun-globulin og vaksinering x 5: Ved fødsel, etter 1, 3, 5 og 12 måneder
- D Følger det vanlige vaksineprogrammet med vaksinering etter 3, 5 og 12 måneder

0000163d1380ba0ec0

**5**

En gravid kvinne kommer til fødeavdelingen med spontane rier til termin. Hun har hatt flere urinveisinfeksjoner under svangerskapet og i dagene før fødselen startet hadde hun lett dysuri. Under fødselen blir hun høyfebril. Barnet får APGAR 5-7-8, og trenger stimulering før det kommer seg. Etter noen timers observasjon på barselavdelingen overføres barnet til nyfødt intensiv pga slapphet, dårlig farge og en CRP på 15. Barnelege mistenker en infeksjon (sepsis), tar blodkultur og starter bredspektret antibiotika.

Hva er den mest sannsynlige mikroben?

- A Gruppe B streptokokker
- B Staphylococcus epidermidis
- C Haemophilus influenzae
- D Escherichia coli

0000163d1380baed0

**6**

En 3 år gammel jente har hatt recidiverende cystitter det siste året, senest for en måned siden. Det er ikke tidligere gjort noen utredning for dette. De siste 2 dagene har hun igjen klaget over svie ved vannlating og tissett oftere enn hun pleier. Hun har ikke feber. Urinstix fra en nylig latt urinprøve etter mor hadde vasket henne godt i skrittet, viser fullt utslag på nitritt og leukocytter.

Hva er mest riktig handling?

- A Sende urin til dyrkning, starte behandling med Amoxicillin – klavulansyre p.o. i 7-10 dager, henvise til ultralyd av nyrer og miksjoncystoureterografi
- B Sette opp en uricult, sende positiv prøve til mikrobiologen, starte behandling med nitrofuradantin p.o. i 5-7 dager, ingen videre utredning
- C Starte umiddelbar behandling med trimetoprim p.o. i 5-7 dager og henvise til utredning ved barneavdelingen etter at hun er blitt frisk
- D Behandle med nitrofuradantin i 5-7 dager, sjekke for inkontinens, toaettvaner og obstipasjon og henvise til ultralyd av nyrene

0000163d1380baed0

**7**

En 14 år gammel jente med kjent migrene har de siste to månedene opplevd endring og forverring av hodepine sin. Hun har tidligere hatt migreneanfall med hodepine og kvalme en gang i måneden. Hun har ved anfall hatt god effekt av analgetika og hvile. Hun har nå global hodepine flere ganger i uken som varier i intensitet og tidspunkt på døgnet. Hodepinnen blir litt bedre når hun tar paracetamol, som hun har brukt daglig de siste fire ukene. Siste uken har hun også vært kvalm og kastet opp flere ganger daglig.

Hvilke diagnostiske vurderinger og tiltak vurderer du som mest riktig?

- A Medikamentuløst hodepine, seponer paracetamol
- B Forverring av migræne, forsøker med triptan nesespray
- C Annen årsak til hodepine, henviser til MR caput
- D Intraktabel migræne, henviser til barnenevrolog

0000163d1380baed0

**8**

Hvilken teknikk er riktig for et barn på 2-3 år for inhalasjon av sin astmamedisin som aerosol på kammer med maske?

- A Riste spray og deretter spraye det antall doser som skal gis inn i kammer. Puste dypt ut, deretter inn og holde pusten i 3-5 sekund.
- B Riste spray og deretter en dose inn i kammer. Puste vanlig inn og ut i kammeret ca 5 ganger. Gjenta hvis flere doser skal gis.
- C Riste spray og deretter gi det antall doser som skal gis inn i kammer. Puste vanlig inn og ut i kammeret ca 5 ganger.
- D Riste spray og deretter spraye en dose i kammer. Puste dypt ut, deretter inn med munnen rundt munnstykket og holde pusten i 3-5 sekund. Gjenta hvis flere doser skal gis

0000163d1380baed0

**9**

En 2 år gammel gutt har hatt atopisk eksem siden 3 måneders alder. Allergiutredningen som da ble gjort med spesifikke IgE mot melk og egg var negativ. Hvilke av følgende råd regnes for å være mest effektiv i en slik situasjon mtp. eksemet?

- A Unngå irriterende såper og ullklær
  - B Unngå egg og eggetilsetninger i maten
  - C Unngå midd ved hyppig vask av sengetøy
  - D Unngå kumelk og kumelketilsetning i maten
- 

0000163d1380baed0

**10**

Du får spørsmål fra barselavdelingen om et fem timer gammelt terminbarn som veier 4,7 kg. Det var et normalt svangerskap og fødsel. Rutinemessig måling av O<sub>2</sub>-metning er normal. Jordmor synes at barnet er slapt og litt kald: 36,3 grader.

Hvilken undersøkelse ønsker du svar på først?

- A Blodgass
  - B Bilirubin
  - C Blodsukker
  - D CRP
- 

0000163d1380baed0

**11**

En fem uker gammel gutt legges inn på grunn av dårlig vektoppgang og brekninger. Blodgassanalysen viser følgende verdier:

pH 7,51 (7,35-7,45), pCO<sub>2</sub> 6,9 (4,5-6,0), BE +12 (-3-+3)

Hvilken diagnostisk undersøkelse vil du prioritere for å komme nærmere årsaken til dette?

- A Ultralyd caput for undersøkelse av økt intrakranielt trykk
  - B Analyse av Klor (Cl<sup>-</sup>)
  - C Ultralyd av abdomen
  - D Røntgen Ø+V+D (Øsofagus+Ventrikkel + Duodenum)
- 

0000163d1380baed0

**12**

En gutt som er født og oppvokst i Norge med norske fødre er nå 14 år, går i 8. klasse og har fått alle de anbefalte vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet til rett tid.

Hvilken av de følgende infeksjonene, er han trolig dårlig beskyttet mot?

- A Difteri
  - B Kikhoste
  - C Meslinger
  - D Humant papillomavirus
- 

0000163d1380baed0

**13**

Du er fastlege og blir kontaktet av mor til en av dine pasienter. Hun forteller at hennes datter på 13 år har fortalt at hun kvelden før har blitt utsatt for et ufrivillig samleie av en 16 år gammel gutt som hun kjenner litt fra tidligere.

Hva er det viktigste medisinske tiltaket du vil iverksette nå?

- A Du kontakter nærmeste barneavdeling for å få gjort sporsikring og gitt nødprevensjon.
  - B Du tar pasienten til kontoret for å få gitt nødprevensjon og infeksjonsprofylakse.
  - C Du tar pasienten til kontoret for å få gitt nødprevensjon og få tatt prøver til mikrobiologi.
  - D Du skriver resept på nødprevensjon og tar pasienten til undersøkelse dagen etter.
- 

0000163d1380baed0

**14**

En mor tar med sin 1,5 år gamle gutt til deg som fastlege. Hun har nettopp hentet gutten som har vært på samvær hos sin far, og hun legger merke til noe hun oppfatter som et blåmerke på venstre ørebrusk. Hun er bekymret, og legger til at guttens far ofte var hissig. Dette var en grunn til at de skilte lag. Du undersøker gutten og finner en blå-rød hudforandring på ca 1 x 1 cm øverst på venstre ørebrusk. Ellers ingen påfallende blåmerker, sår eller arr.  
Hva bør du gjøre nå?

- A Du ber mor om å ringe far for å finne ut hva som har skjedd.
  - B Du bestemmer deg for å utrede barnet med å ta en blødningsstatus.
  - C Legger inn barnet til utredning ved Barneavdeling og sender bekymringsmelding til Barnevernet.
  - D Du setter opp gutten til en kontroll hvor du også ber om at far kommer
- 
- 0000163d13806a8ec0

**15**

Du er fastlege og har vakt. Mor til en snart fire år gammel gutt ringer. Hun forteller at han er blitt skeiv i munnen i dag og snakker litt u tydelig, sikler litt, men er ellers i god form. Dessuten har han vanskelig for å lukke det ene øyet ordentlig. Mor er veldig stresset fordi bestemor nylig har hatt slag og hun synes dette likner mye. Du undersøker ham og sender ham til sykehuset for videre undersøkelse. Hvilken diagnose vil man der primært utelukke?

- A Borrelia- encefalitt
  - B Trombe i a. cerebri media
  - C Alvorlig otitt
  - D Bells parese
- 
- 0000163d13806a8ec0

**16**

Foreldrene til lille Karoline på to år har nettopp fått vite at jentas langsomme motoriske utvikling skyldes cerebral parese (CP). Du er fastlege og har fulgt mor gjennom svangerskapet. Foreldrene trenger en forklaring på hvordan jenta har fått denne hjerneskaden. De opplevde fødselen som slitsom, men udramatisk. Både mor og jente var litt medtatt etterpå, men jente kom seg etter hvert fint. Dere går gjennom svangerskapet, fødselsesepikrisen fra sykehuset og en liste over kjente risikofaktorer for CP uten å kunne peke på en sikker årsak.  
Hvilken konklusjon bør du ende opp med?

- A Genetisk utredning er nå blitt så presis at årsaken vil finnes her hvis annen utredning ikke fører fram.
  - B Det er mest sannsynlig likevel være en fødselsskade som ikke er erkjent.
  - C Foreldrene må vente på resultatet av MR undersøkelsen da denne vil gi svaret.
  - D Ofte finner man ingen enkeltårsak, CP kan være summen av flere uheldige omstendigheter.
- 
- 0000163d13806a8ec0

**17**

En 12 år gammel jente behandles for osteogenet sarkom med cellegiftkurer hver 3. uke. Hun startet siste 3-dagers kur for 10 dager siden. Du er LIS1 ved den lokale barneavdelingen. Mor ringer og forteller at pasienten har temperatur aksillært på 38,2 grader Celsius, dvs antatt reell kroppstemperatur på 38,7. Hun er i fin form uten andre symptomer. Mor lurer på hva hun skal gjøre.  
Hva bør du si til pasientens mor?

- A «Pasienten har nedsatt immunforsvar og feber. Hun må starte med antibiotika. Jeg skriver resept på antibiotika som hun begynner med idag».
  - B «Pasienten må ta temperaturen en gang til i løpet av 1-2 timer. Hvis temperaturen er den samme eller høyere må pasienten inn på sykehuset og ta blodprøver.»
  - C «Pasienten kan ta paracet og ta ny temperatur i morgen. Hvis temperaturen er over 39,0 i morgen skal de ta kontakt pånytt.»
  - D «Pasienten må inn på sykehuset i dag og ta blodprøver og sannsynligvis legges inn.»
- 
- 0000163d13806a8ec0

**18**

Gutt 15 mndr kommer med mor til deg som fastlege. Han har atopisk eksem. Mor forteller at han siste 3 måneder har hostet mye. De har hund og katt hjemme. Han har vært akutt innlagt på lokalt sykehus 2 ganger med bronkiolitt i løpet av siste 6 måneder, og ble utskrevet uten medisiner. I forbindelse med siste innleggelse ble det tatt blodprøver med spesifikk IgE mot hund og katt, som var negative. Du undersøker gutten og ser diskrete inndragninger intercostalt og hører at det piper i ekspiriet ved auskultasjon. Han har en del eksem. Hva bør du gjøre?

- A Du henviser gutten til prikktest hos spesialist i pediatri for fullstendig avklaring av allergi
  - B Du mistenker likevel at han er allergisk og anbefaler oppstart med daglige, faste antihistaminer
  - C Du vurderer dette som en småbarnsastma. Det er her riktig å behandle med inhalasjonssteroid i tillegg til beta 2 agonist.
  - D Han er klinisk obstruktiv, men dette er en typisk «happy wheezer» der inhalasjon med beta to agonist ved behov er tilstrekkelig.
- 

0000163d1380baedc0

**19**

En jente på 3 år som har hatt atopisk eksem og melkeallergi fra 8 mndr alder kommer til deg som fastlege. Før hun ble satt på melkefritt kosthold hadde hun oppkast og magesmerter, men ingen alvorlige allergireaksjoner. Hun har fremdeles et melkefritt kosthold, og har etter hvert blitt mye bedre av sitt eksem. Hun har ikke lenger behov for kortikosteroidpreparater. Far lurer på om det skal gjøres noe mer utredning i forhold til allergi. Hva bør du svare?

- A Ja, det kan være nyttig å ta blodprøve med ny måling IgE for melk. Hvis denne er lav kan det være indikasjon for å gjøre provokasjon med melk
  - B Ja, det er på tide at hun begynner med melk. Blodprøver (IgE) er unødvendig i denne vurderingen.
  - C Ja, men hun må henvises til barnelege da en eventuell provokasjon må gjøres på sykehuset.
  - D Nei, ikke grunn til å tenke noe er endret. Hun bør uansett fortsette med melkefritt kosthold
- 

0000163d1380baedc0

**20**

Du er lege ved helsestasjon. Du undersøker en gutt som er på 6-måneders kontroll. Ved undersøkelse av skrotum finner du en testikkel i skrotum, på høyre side. På venstre side finner du ingen testikkel i skrotum, men kjenner kanskje noe i lysken.  
Hva bør du gjøre videre?

- A Konkluderer med at gutten mangler venstre testikkel og ingen videre oppfølging
  - B Du henviser til ultralyd for å verifisere din mistanke om retentio testis før du henviser til barnekirurg/urolog
  - C Henviser til barnekirurg/urolog med spørsmål om retentio testis
  - D Avventer ytterligere descens og tar gutten inn til kontroll ved 1-års alder
- 

0000163d1380baedc0

**21**

Som primærlege er du tilkalt til et 4 måneder gammelt barn med Fallots tetradie som plutselig har blitt veldig cyanotisk og mistet bevisstheten.  
Hvilke tiltak bør du gjøre imens du venter på ambulansen?

- A Legg pasienten på siden i fosterstilling, gi i.m. morfin, og oksygen hvis tilgjengelig
  - B Legg pasienten på magen og gi i.m. morfin fra legekofferten
  - C Legg pasienten på ryggen og gi i.v. beta-blokker fra legekofferten
  - D Legg pasienten i stabilt sideleie og gi oksygen hvis tilgjengelig
- 

0000163d1380baedc0

**22**

I din jobb som fastlege får du en 3 år gammel tidligere frisk jente på kontoret som de siste to uker har hatt blåflekker i huden på armer og bein. Hun hadde feber og hoste for noen uker siden. Normal avføring og vannlating. Hadde en episode med neseblødning for 1 uke siden. Har hatt litt vondt i den ene foten. Ved undersøkelse er hun i god allmenntilstand, temp 38,0°C, ikke respiratorisk besværet, noen blåflekker på armer og bein. Hun har også noen små røde prikker på leggene som ikke forsvinner når du strekker litt på huden. Enkelte glandler på collum med største diameter 5 mm. Normalt over hjerte, lunger og abdomen. Ingen hevelse over ankler/legger/knær. Blodprøver viser følgende verdier:

Prøve	Verdi	Ref. område
Hb	8,5 g/dL	10,5-13,5 g/dL
MCV	79 fL	75-87 fL
MCH	28,8 pg	23,9-34,1 pg
Tot. leukocytter	8,0 x 10 <sup>9</sup> /L	4,0-14,0 x 10 <sup>9</sup> /L
Granulocytter	0,8 x 10 <sup>9</sup> /L	1,5-7,5 x 10 <sup>9</sup> /L
Trombocytter	25 x 10 <sup>9</sup> /L	145-390 x 10 <sup>9</sup> /L
CRP	<5 mg/L	< 5 mg/L
Kreatinin	30 µmol/L	23-37 µmol/L

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Henoch Schönleins/allergisk purpura (HSP)
- B Akutt lymfatisk eller myelogen leukemi (ALL/AML)
- C Idiopatisk/immunbetinget trombocytopenisk purpura (ITP)
- D Hemolytisk uremisk syndrom (HUS)

0000163d13806a0ec0

**23**

En tidligere frisk mann på 45 år oppsøker deg på fastlegekontoret på grunn av vannlatingsproblem. Han har siste måneden merket at trykket har blitt merkbart dårligere. Han må nå også opp en gang om natten, men sovner raskt igjen. Du undersøker prostata, men kjenner ingen tumor. Hva er mest riktig å gjøre?

- A Du tar urinprøve og anbefaler at PSA tas, og pas får ny time om en uke
- B Du tar urinprøve og ved negativ urinstix anbefaler du alfablokker for å bedre vannlatingsplagene
- C Du tar urinprøve og ved negativ urinstix anbefaler du alfa-reduktasehemmer for å bedre vannlatingen
- D Du ber pasienten fylle ut IPSS score og miskjonslister og avtaler kontroll om 1 uke

0000163d13806a0ec0

**24**

Hvilken krefttype i urinveiene er det mest sannsynlig at man kan finne ved utredning av makroskopisk hematuri

- A Ureter/nyrebekkencancer
- B Blærekreft
- C Prostatakreft
- D Nyrekreft

0000163d13806a0ec0

**25**

Hva er de vanligste symptomene ved et akutt ukomplisert nyresteinsanfall?

- A kolikkaktige smerter, brekninger, bevegelsestrang
- B kolikkaktige smerter, urinretensjon, mikrohematuri
- C kolikkaktige smerter, makrohematuri, kaldsvette
- D kolikkaktige smerter, feber, oppkast

0000163d13806a0ec0

**26**

Du er fastlege for en mann i 50-årene som plages av residiverende nyrestein. Han har fått vite at han produserer calcium-oxalat Stein. Han vil gjerne ha råd og lurer på om han kan gjøre noe for å forebygge steinanfall. Hvilket råd bør du gi?

- A Du råder pasienten til å drikke ekstra mye vann
  - B Du råder pasienten til inntak av natriumbikarbonat for alkalisering av urinen
  - C Du råder pasienten til å redusere inntaket av calciumholdige matvarer, spesielt meieriprodukter som melk og ost
  - D Du råder pasienten til å redusere inntaket av mat med høyt salt- og sukkerinnhold
- 

0000163d13806a9ec0

**27**

En 60 år gammel mann kommer til deg som fastlege fordi han har hørt at det finnes en blodprøve for å sjekke om man har prostatakreft. Han har lette LUTS symptomer med noe redusert stråletrykk, men har ingen hereditet for prostatakreft. Du informerer om blodprøven PSA som er enkel å ta, men at den ikke er veldig sensitiv eller spesifikk for prostatakreft og kan være lett forhøyet av godartede grunner. Han ønsker å få kontrollert PSA. og lurer på om det finnes andre muligheter å utelukke prostatakreft på. Hva bør du gjøre?

- A Ta to PSA-prøver med noen ukers mellomrom. Avstå fra prostatapalpasjon da den er unøyaktig.
  - B Palpere prostata og bestille MR av prostata. Ta PSA kun dersom palpasjon eller bildediagnostikk er patologisk.
  - C Palpere prostata og bestille PSA uansett palpajonsfunn, fordi pasienten fortsatt ønsker dette etter informasjon om testens fordeler og ulemper.
  - D Avstå fra PSA pga. lav sensitivitet og spesifisitet, og heller foreta palpasjon av prostata og bestille CT av prostata.
- 

0000163d13806a9ec0

**28**

En pasient har ved UL fått påvist en tumor på 2 cm i den ene testikkelen. CT av abdomen/bekken/thorax viser normale forhold. Blodprøver med tumormarkører er normale. Hva blir nå neste intervasjon?

- A Scrotal orchiectomi
  - B Åpen biopsi og frysese snitt. Ved cancer fjernes testikkelen.
  - C Inguinal orchiectomi
  - D Nålebiopsi av tumor
- 

0000163d13806a9ec0

**29**

Hva er en parafimose?

- A En fimose med ødem og balanitt.
  - B En fimose hvor forhuden ikke kan retraheres.
  - C Forhud som er fiksert proksimalt for glans med ødem.
  - D Fimose med lichen sclerosus et atrophicus.
- 

0000163d13806a9ec0

**30**

En 19 år gammel gutt kommer til legekontoret akutt med sterke smerter i scrotum og ved undersøkelse mistenker du testikkeltorsjon.

Hvordan bør denne pasienten behandles?

- A operasjon innen 6 timer og fiksering av begge testikler
  - B operasjon og fiksering av aktuell testikkkel innen 6 timer fra symptomdebut
  - C alltid bekrefte diagnose med doppler ultralyd og deretter operasjon, helst innen 6 timer
  - D operasjon og fiksering av aktuell testikkkel så raskt som mulig innen 3 timer fra symptomdebut
- 

0000163d13806a9ec0

**31**

Når en mann har fått påvist prostatakreft er sykdommens aggressivitet avgjørende for videre behandling. Det kan være en vanskelig avgjørelse der formålet er å minimere både over- og underbehandling. I tillegg skal pasienten inkluderes i beslutningen. Komorbiditet og forventet levetid er viktige aspekter i en slik avgjørelse. Hva er korrekt behandling av lav-risiko prostatakreft?

- A Radikal prostatektomi eller radikal strålebehandling.
  - B Ved påvist lav-risiko prostatakreft bør aktiv overvåkning tilbys pasienten.
  - C Watchful waiting inntil progresjon av sykdommen tilsier at man skal behandle pasienten.
  - D Neoadjuvant cellegiftsbehandling med etterfølgende radikal prostatektomi.
- 

0000163d1380ba0ec0

**32**

En 73 år gammel mann har fått diagnostisert muskelinvasiv blærekreft ved transurethral reseksjon (TUR-B). Forøvrig er han frisk. Utredning med CT thorax/abdomen/bekken har ikke vist tegn til metastaser.

Hvilken behandling bør denne pasienten få?

- A Intravesikal immunoterapi med 6 ukers Bacille Calmette-Guerin (BCG) induksjonskur
  - B Enten radikal cystoprostatektomi eller stråleterapi
  - C Ny transurethral blærereseksjon (TUR-B) innen 4-6 uker
  - D Kontroll cystoskopi om 3 måneder
- 

0000163d1380ba0ec0

**33**

Du har vakt i akuttmottaket hvor en 63 år gammel mann legges inn pga. dårlig allmentilstand. Han har type 2 diabetes, hypertensjon og periodevis alkoholoverforbruk. Han har vært innlagt med akutt pancreatitt to ganger tidligere. Benekter nå inntak av alkohol siste tid. Kona er med og bekrefter dette. Ved innkomst er han svært medtatt, BT 85/55, p 80, afebril, mager og fremstår dehydrert.

Av medikamenter bruker han: metformin, amlodipin (ca-antagonist), creon (fordøyelsesenzym)og vit B-total.

Arteriell blodgass:

	Prøvesvar	Ref.omr.
pH	6,96	7,38-7,46
pO <sub>2</sub>	17,8	> 10,6
pCO <sub>2</sub>	1,72	4,3-6,0
Bikarbonat	2,9	21-27
BE	-2	-3 til +3
Laktat	12,9	0,5-2,2

Venøse prøver:

	Prøvesvar	Ref.omr.
Kreatinin	919	60-105
eGFR	<5	≥90
Karbamid	40	3,5-8,1
Kalium	7,5	3,6-4,6
Lipase	28	26-64
Glucose	7,8	4,2-6,3

Du kalkulerer anion og osmolart gap som begge er normale (korrigert for høy karbamid). Hva er sannsynligste årsak til ascidosen?

- A Akutt pancreatitt
  - B Metabolsk acidose pga akutt, prerenal nyresvikt
  - C Intoksikasjon med toksiske alkoholer (etylenglykol eller metanol)
  - D Metforminindusert laktacidose
- 

0000163d1380ba0ec0

**34**

En 79 år gammel mann har hatt hypertensjon i mange år og et hjerteinfarkt for 5 år siden. De siste ukene har han brukt NSAID pga. smerer i et kne. Kreatinin har vært gradvis økende de siste 5 årene fra ca 70 til 115 mikromol/l det siste året (ref.omr. 60-105).

Urinstix er 2+ på albumin, ellers negativ for blod og leukocytter. Albumin/kreatinin ratio er 87 mg/mmol (ref.omr < 3).

Fastlegen har henvist ham til UL av nyrene som viser at nyrestørrelsen er lett redusert bilat., det sees 2-3 simple cyster i begge nyrer, ingen avløphinder.

Hvilken nyresykdom er mest sannsynlig?

- A Interstitiell nefritt pga NSAID
- B Kronisk glomerulonefritt
- C Hypertensiv nefrosklerose
- D Polycystisk nyresykdom

0000163d1380fa0ec0

**35**

Hvilke tilstander kan gi raskt progredierende glomerulonefritt (RPGN) med halvmåner?

- A ANCA vaskulitt, anti-GBM nefritt, IgA nefritt, SLE
- B ANCA vaskulitt, anti-GBM nefritt
- C ANCA vaskulitt, anti-GBM nefritt, IgA nefritt, SLE, post-streptokokk nefritt
- D ANCA vaskulitt, IgA nefritt, SLE

0000163d1380fa0ec0

**36**

Du har nettopp hatt en pasient (65 år) inne til 3. BT måling, og snittet er ca 160/80 mmHg. Du vil nå gjøre en enkel utredning før du starter behandling.

Hvilket prøver er det mest korrekt å rekvirere i denne situasjonen?

- A Blodprøver: kreatinin, HbA1c, total kolesterol,  
Urin: u-Albumin/kreatinin ratio
- B Blodprøver: kreatinin, Na, K, HbA1c, total kolesterol, HDL kolesterol, urinsyre, aldosteron, renin, TSH, fritt T4  
Urin: u-stix, u-Albumin/kreatinin ratio
- C Blodprøver: kreatinin, K, HbA1c, total kolesterol, HDL kolesterol, urinsyre, aldosteron, renin  
Urin: u-Albumin/kreatinin ratio
- D Blodprøver: kreatinin, Na, K, HbA1c, total kolesterol, urinsyre,  
Urin: u-stix, u-Albumin/kreatinin ratio

0000163d1380fa0ec0

**37**

Du har en mannlig pasient (35 år) som har fått målt BT 150/95 (snitt av 3 konsultasjoner). Han føler seg litt tungpust ved anstrengelser. Han er ellers frisk og ikke-røyker, men han er overvektig (BMI 32) og ser ingen muligheter for å gå ned i vekt.

Orienterende lab.prøver viser følgende:

		ref.omr.
Na	140 mmol/l	135-145
K	3,7 mmol/l	3,5-4,5
kreatinin	81 umol/l	60-105
HbA1c	40 mmol/mol	28-40
Total kolesterol	6,7 mmol/l	3,5-6,9
u-stix	neg	neg
u-albumin/kreatinin ratio	4 mg/mmol	<3

Hvordan skal denne pasienten behandles fremover?

- A Starte både kalsiumblokker og angiotensin reseptor blokker i moderate doser (feks Amlodipin 5mg x1 og Atacand 16 mg x1) fordi trykket må senkes med ca 20-25 mmHg
  - B Starte betablokker i moderat dose (feks Metoprolol depot 100 mg x1) pga dyspnoe / hjertesvikt
  - C Ingen behandling nødvendig pga at han er ung og har kun grad 1 hypertensjon, dvs lav total hjertekar risiko.
  - D Starte både kalsiumblokker og tiazid i moderate doser (feks Amlodipin 5mg x1 og Esidrex 12.5mg x1) fordi han ikke har proteinuri og trykket må senkes med ca 20-25 mmHg
- 
- 0000163d13806a8ec0

**38**

Ei nyretransplanted dame på 50 år med stabil funksjon i transplantatet, vanligvis ligger kreatinin rundt 100. Har over fleire veker hatt aukande trøytthet og slapphet. Moderat tungpusten, tørr hoste, ikke hatt feber.

Blodprøver viser (ref.omr. i parentes):  
CRP 35 mg/l (<5),  
blodgass pO<sub>2</sub> på 8,2 kPa (11,0-14,4),  
D dimer 0,4 (< 0,5),  
kreatinin 120 mikromol/l (45-90).  
Kva er mest sannsynlege diagnose?

- A Influenta
  - B Pneumocystis jirovecii
  - C Lungeemboli
  - D Bakteriell pneumoni
- 
- 0000163d13806a8ec0

**39**

Ein mann 50 år oppsøker lege pga aukande ødem i beina og slapphet. Ingen kjente tilleggs sjukdomar.

Dette kan vere nefrotisk syndrom.  
i tillegg til ødem, kva 2 andre kriteria må til for å stille diagnosen nefrotisk syndrom?

- A høgt blodtrykk, høg kreatinin (låg eGFR)
  - B hypoalbuminemi, proteinuri > 3g/d
  - C høgt blodtrykk, proteinuri (1g/d)
  - D hematuri, lettgradig proteinuri (u-stix 1+)
- 
- 0000163d13806a8ec0

**40**

En eldre mann har skrantet det siste året med stadig dårligere allmenntilstand. Han går til sin fastlege som tar orienterende blodprøver. Disse viser følgende verdier:

	resultat	ref.omr.
Hgb	7.3 g/dl	13,5 - 17,4
Kreatinin	450 µmol/L	60 - 120
eGFR	10 mL/min/1,73m <sup>2</sup>	≥90
Bikarbonat i venøst blod	20 mmol/L	24-31
Kalium	5,2 mmol/l	3,3 - 4,3

Hvilket av disse avvikene er det viktigst å gjøre noe med (dvs. hva bør man gjøre først)?

- A Hans hyperkalemeli bør behandles ved å starte en glukose - insulin infusjon
  - B Han bør starte med bikarbonat tabletter for å behandle sin metabolske acidose for å unngå skjelettskade og for å hindre progresjon av nyresykdommen
  - C Det bør startes dialyse slik at s-kreatinin senkes og man fjerner toksiske små-molekylærer stoffer (uremiske toxiner)
  - D Hans anemi bør korrigeres, trolig ved å tranfundere 2 enheter blod
- 
- 0000163d13806a8ec0

**41**

EN 74 år gammel kvinne blir innlagt akutt pga redusert allmentilstand / klarer seg ikke hjemme. I mottakelsen påvises s-kreatinin 320 umol/l (referanseområde: 45 - 90 µmol/L), hvilket oppfattes som akutt nyreskade da hun tidligere har hatt normal nyrefunksjon. I denne situasjonen er det viktig å kunne skille mellom prerenal nyresvikt og akutt tubulær nekrose (den mest vanlige renale årsak til akutt nyreskade). Klinisk mistenker man akutt tubulær skade/nekrose og man planlegger å gi kun relativt moderate mengder med væsketilskudd. Hva er typisk urinfunn ved en slik skade?

- A relativ lav urin-Na og relativ lav urin-osmolaritet
  - B urin stix Blod ++, urin stix Albumin +++
  - C svært høy urin-Na og høy urin-osmolaritet
  - D relativ høy urin-Na og relativ lav urin-osmolaritet
- 

0000163d13806a9ec0

**42**

Du er fastlege for en kvinne på 30 år, tidligere helt frisk, som nettopp har vært innlagt på medisinsk avdeling pga magesmerter, og hun har fått diagnosen «polycystisk nyresykdom». Hun har fått litt informasjon ved utskrivelse, men hun husker veldig lite av det som ble sagt bortsett fra at de sa at nyrene var veldig store (ca 25 cm i lengderetningen). Du må derfor informere henne på nytt. Hva beskriver hennes situasjon best?

- A Det er 25% sjanse for at hennes barn vil leve sykdommen, det er en betydelig risiko for at hun vil havne i dialyse, og det finnes ingen behandling som kan forsinke utviklingen.
  - B Det er 25% sjanse for at hennes barn vil leve sykdommen, det er en betydelig risiko for at hun vil havne i dialyse, men det finnes en behandling som trolig kan forsinke utviklingen.
  - C Det er 50% sjanse for at hennes barn vil leve sykdommen, sannsynligheten for at hun vil havne i dialyse er lav, og det finnes ingen behandling som kan forsinke utviklingen.
  - D Det er 50% sjanse for at hennes barn vil leve sykdommen, det er en betydelig risiko for at hun selv vil havne i dialyse, men det finnes en behandling som trolig kan forsinke utviklingen.
- 

0000163d13806a9ec0

**43**

Hva er makroprolaktin?

- A Ekstra lange prolaktinpeptider uten biologisk effekt
  - B Stormolekylære prolaktinkompleks med lav biologisk effekt
  - C Ekstra lange prolaktinpeptider med høy biologisk effekt
  - D Stormolekylære prolaktinkompleks med høy biologisk effekt
- 

0000163d13806a9ec0

**44**

Du mistenker Graves' sykdom (hypertyreose) hos en pasient. Hvilke prøver er det mest relevant å få svar på?

- A Thyroideastimulerende hormon (TSH) i serum  
Fritt tyroksin (FT4) i serum  
Jod i urin  
Genetisk test
  - B Autoantistoffer mot TSH-reseptor (TRAS) i serum  
Thyroideastimulerende hormon (TSH) i serum  
Fritt trijodtyronin (FT3) i serum  
Fritt tyroksin (FT4) i serum
  - C Autoantistoffer mot TSH-reseptor (TRAS) i serum  
Thyroideastimulerende hormon (TSH) i serum  
Fritt trijodtyronin (FT3) i serum  
Jod i urin
  - D Autoantistoffer mot TSH-reseptor (TRAS) i serum  
Thyroideastimulerende hormon (TSH) i serum  
Fritt tyroksin (FT4) i serum  
Antistoff mot thyroideaperoksidase (anti-TPO) i serum
- 

0000163d13806a9ec0

**45**

Det blir tatt blodprøver av en gravid kvinne i svangerskapsuke 12 med uttalt kvalme. De viser fritt T4 på 30 pmol/l (ref 13,5-21,2), TSH <0,01. TRAS er negativ. Hva gjør du?

- A Starte med karbimazole og betablokker
- B Gjentar prøver om 3-4 uker
- C Starte med karbimazole.
- D Tilby betablokker.

0000163d13806a0ec0

**46**

25 år gammel kvinne med hypertyreose med diffust struma og lett oftalmopati påvist for 3 år siden, behandlet sammenhengende med Neo-Mercazole siden i nokså høye doser, etterhvert lagt til Levaxin 100 µg daglig. Et mislykket forsøk på seponering av behandlingen ble fulgt av et raskt tilbakefall. Siste 3 måneder økende hypertyreose, økende struma og økende bilateral eksoftalmus. Nå FT4 23,3 pmol/L (ref 13,5-21,2), FT3 12,6 pmol/L (ref 3,5-6,5) , TSH < 0,01 mIE/L. TRAS 16 IU/L (ref 0-3,3). Hun bruker nå Neo-Mercazole 20 mg x 2 pluss Levaxin 100 µg daglig. Hva slags behandling bør hun ha?

- A Tyreodektomi
- B Karbimazole - titrerende behandling
- C Radiojodbehandling
- D Uendret behandling

0000163d13806a0ec0

**47**

På legekontoret kommer det en kvinne på 25 år som har vært svimmel, hun har gått ned 5 kg i vekt og er i redsuert allmenntilstand. Blodtrykk er 90/60, puls er 100. p-Natrium er lav, 129 mmol/l (ref. 137-145). Du mistenker primær binyrebarksvikt og rekvirerer tilleggsprøver for å bekrefte din mistanke. Hvordan vil du forvente at kortisol, ACTH, aldosteron og renin påvirkes ved primær binyrebarksvikt?

- A Kortisol (lav) , ACTH (lav), aldosteron (høy), renin (lav)
- B Kortisol (lav), ACTH (høy), aldosteron (høy), renin (høy)
- C Kortisol (lav), ACTH (høy), aldosteron (lav), renin (høy)
- D Kortisol (lav), ACTH (høy), aldosteron (lav), renin (lav)

0000163d13806a0ec0

**48**

En mann på 55 år har i lengre tid hatt høyt blodtrykk som har vært vanskelig å behandle. Han har hatt anfallsvisse symptomer med hjertebank, svetting og angst. Det blir påvist en heterogen tumor i venstre binyre. Det tas blodprøver med henblikk på diagnose. Hvilket av disse svarene forventer du å finne hos pasienten?

- A Forhøyet aldosteron
- B Høye katekolaminer
- C Høy kortisol og lav ACTH
- D Høy kortisol og høy ACTH

0000163d13806a0ec0

**49**

En mann på 36 år oppsøker deg med spørsmål om testosteronmangel og ønske om substitusjon. Han er slapp og sliten, angir ereksjonsproblemer. Gradvis vektøkning, nå BMI 34,2 kg/m<sup>2</sup>. Han bruker ingen faste medisiner. Blodtrykk 158/88, p 74. Du tar følgende fastende blodprøver: LH 3,4 IE/l (0,9-8,4), FSH 4,9 IE/L (1,3-17,9), testosteron 7,6 nmol/l (6,73-31,9) og SHBG 12 nmol/l (ref. 13-72). Hvordan tolker du prøvene?

- A Primær hypogonadisme
- B Hypogonadisme med Klinefelter syndrom
- C Sekundær hypogonadisme
- D Normalt

0000163d13806a0ec0

**50**

Mann 59 år som hadde et lite NSTEMI hjerteinfarkt for 3 år siden, overvektig (BMI 31,6 kg/m<sup>2</sup>). Han har nylig vært innlagt grunnet dårlig allm. tilstand og dehydrering, og han fikk påvist diabetes med HbA1c 106 mmol/mol (diabetes ≥48) og p-glukose 32,2 mmol/l (4,2-6,2 mmol/L). Det er startet med insulin, Humulin NPH 10 E x 2. Etter hjemreise kommer det svar på autoantistoff som er negative, C-peptid 1,0 nmol/l (0,3 - 2,4 nmol/L) ved glukose 12,1 mmol/l, normal nyrefunksjon. Han kommer til deg som fastlege tre uker senere. Blodsukkeret hjemme har vært 10-16 mmol/l når han har målt. Uendret vekt, god allmenntilstand.

Du informerer om viktigheten av å gå ned i vekt og øke fysisk aktivitet. Hvilke endringer i behandlingen anbefaler du ham i tillegg?

- A Han har fortsatt for høyt blodsukker. Du starter med Metformin tabletter i opptrappende doser, og planlegger nedtrapping av Humulin etter neste kontroll.
- B Han har fortsatt for høyt blodsukker. Du øker dosen Humulin til 15 E x 2 og legger til SGLT2-hemmer på grunn av hjertesykdom.
- C Han har fortsatt for høyt blodsukker. Du øker dosen Humulin NPH til 15 E x 2 og instruerer ham i videre opptrapping hver 3.-4. dag.
- D Han har fortsatt for høyt blodsukker. Du starter med hurtigvirkende insulin, NovoRapid, 5 E før måltider.

0000163d1380a0ed0

**51**

En 26 år gammel mann blir lagt inn på mistanke om diabetisk ketoacidose. Han veier 62 kg og har hatt 7-8 kg vekttap over 2 måneders tid. Det lukter ketoner i rommet, og urin stix slår positivt ut på ketoner, kapillærermåling viser blodsukker på 20. Det blir tatt en arteriell blodgass (se under).

Hvilken tilstand foreligger, og hvilken behandling starter du initialt?

	Verdi	Trend	Referanse
pH	6,946	↓↓	7,38-7,46
pCO <sub>2</sub>	1,09	↓	4,3-6 kPa
pO <sub>2</sub>	19	↑	11-14,4 kPa
HCO <sub>3</sub> -	1,8	↓↓	21-27 mmol/l
BE	-30,4	↓↓	-3 – 3 mmol/l
Anion Gap	25,2	↑	10-16 mmol/l
Na	137	(↓)	137-145 mmol/l
K	4,5	=	3,5-4,6 mmol/l
Glukose	23,1	↑↑	4-6,3 mmol/l
Laktat	1,2	=	0,5-2,1 mmol/l

- A Hyperosmolær hyperglykemisk syndrom, starter rehydrering med NaCl 0,9 % før oppstart med intravenøst insulin
- B Moderat diabetisk ketoacidose, starter rehydrering med NaCl 0,9 % før oppstart med intravenøst insulin
- C Alvorlig diabetisk ketoacidose, starter rehydrering med NaCl 0,9 % før oppstart med intravenøst insulin
- D Annen årsak enn diabetes til acidose, starter rehydrering med NaCl 0,9 %

0000163d1380a0ed0

**52**

Hvilket utsagn om diabetiske senkomplikasjoner er riktig ?

- A Pasienter med insulinkrevende diabetes og etablert kardiovaskulær sykdom bør alltid tilstrebe å ha HbA1c rundt 53 mmol/mol
- B Man unngår alle senkomplikasjoner hvis man har HbA1c på 53 mmol/l hele livet
- C SGLT2-hemmere og/eller GLP-1 analoger kan redusere risikoen for kardiovaskulær sykdom hos pasienter med type 2 diabetes
- D Dårlig glukoseregulering i ungdommen spiller ingen rolle for utviklingen av senkomplikasjoner så lenge man er godt regulert i voksen alder

0000163d13806a0ec0

**53**

En 42 år gammel kvinne innlegges av fastlege grunnet nyoppdaget alvorlig hypertensjon, blodtrykk 215/120 mmHg. Hun har vært slapp og sliten siste år, har gått opp i vekt og veier nå 93 kg (BMI 31,6 kg/m<sup>2</sup>). Hun bruker ingen medikamenter. Du utreder henne med tanke på sekundære årsaker til det høye blodtrykket, og hormonell utredning viser at det foreligger Cushings syndrom. Hva er den vanligste årsaken til Cushings syndrom (farmakologisk behandling med steroider ikke medregnet)?

- A Binyrecarsinom
- B Binyreadenom
- C Lungetumor med ACTH-produksjon
- D Hypofyseadenom

0000163d13806a0ec0

**54**

En pasient med kjent primær binyrebarksvikt innlegges i dårlig forfatning med hypotensjon, hyponatremi (125 mmol/l) og høyt kalium på 5,5 mmol/l. Du mistenker Addison krise. Hvordan behandler du dette?

- A Hydrokortison (Solu-Cortef) intravenøst og mineralkortikoid (Florinef) peroralt
- B Kortison acetat peroralt og isotont Natriumklorid intravenøst
- C Hydrokortison (Solu-Cortef) intravenøst, isotont Natriumklorid intravenøst og mineralkortikoid (Florinef)
- D Hydrokortison (Solu-Cortef) intravenøst og isotont Natriumklorid intravenøst

0000163d13806a0ec0

**55**

En 46 år gammel kvinne opplever innimellom at det er litt sekresjon fra venstre bryst. Hun beskriver sekretet som gult og litt melkeaktig. Dette bekymrer henne, og hun lurer på om det kan være farlig. Hennes mormor fikk brystkreft i 70-års alderen.

**Er det nødvendig med utredning av dette?**

- A Ja, dette kan være et symptom på en kul i en melkegang
- B Ja, sekresjon som dette fra bryst kan være et symptom på brystkreft
- C Ja, hun bør utredes siden det er et tilfelle av brystkreft i familien
- D Nei, dette er helt normalt sekret og utredning er ikke nødvendig

0000163d13806a0ec0

**56**

En 33 år gammel kvinne har fått påvist brystkreft. Kulen er ca 3,5 cm. Den er ikke så lett å kjenne fordi hun har nokså store bryst. Det er ikke funnet noe galt i aksillene ved palpasjon eller ultralyd. Pasienten er ellers frisk, og det er ingen andre med brystkreft i familien. Hun skal opereres før evt. tilleggsbehandling.

Hvilket inngrep er mest aktuelt for henne?

- A Hun bør opereres med mastektomi og aksilledissekjon
- B Hun bør opereres med brystbevarende operasjon og aksilledissekjon
- C Hun bør opereres med mastektomi og vaktpostdiagnostikk
- D Hun bør opereres med brystbevarende operasjon og vaktpostdiagnostikk

0000163d13806a0ec0

**57**

En 49 år gammel kvinne oppsøker deg som fastlege etter at hun oppdaget en kul i det ene brystet. Kulen er ca 1,5 cm, litt hard, litt vanskelig å avgrense, bevegelig i forhold til omgivende vev. Det er ingen palpable lymfeknuter supraclavicular, infraclavicular eller i aksiller.

**Hvordan skal dette håndteres?**

- A Det er klinisk mistanke om brystkreft, og pasienten skal henvises til brystdiagnostisk senter for utredning. Der blir det gjort mammografi, ultralyd og biopsering.
- B Det er klinisk mistanke om brystkreft, og pasienten skal henvises til brystdiagnostisk senter for utredning. Der blir det gjort CT, MR eller PET for å avklare diagnosen.
- C Det er klinisk mistanke om brystkreft, men hun kan vente på innkalling til mammografiscreeningprogrammet. Hun blir snart 50 år, og blir derfor innkalt om ikke lenge.
- D Det er klinisk mistanke om brystkreft, og pasienten skal henvises til MR av brystet. Hvis mistanken bekreftes, skal hun henvises videre til brystdiagnostisk senter.

---

0000163d1380baec0

**58**

En pasient har oppdaget en kul på halsen. Ved palpasjon kjenner du en velavgrenset, uøm og nokså myk kul på ca 2 cm i venstre thyroidealapp. Pasienten er ikke plaget av dette, men ble litt bekymret da hun oppdaget det.

**Er det nødvendig med videre utredning? Hva er evt beste måte å håndtere dette videre?**

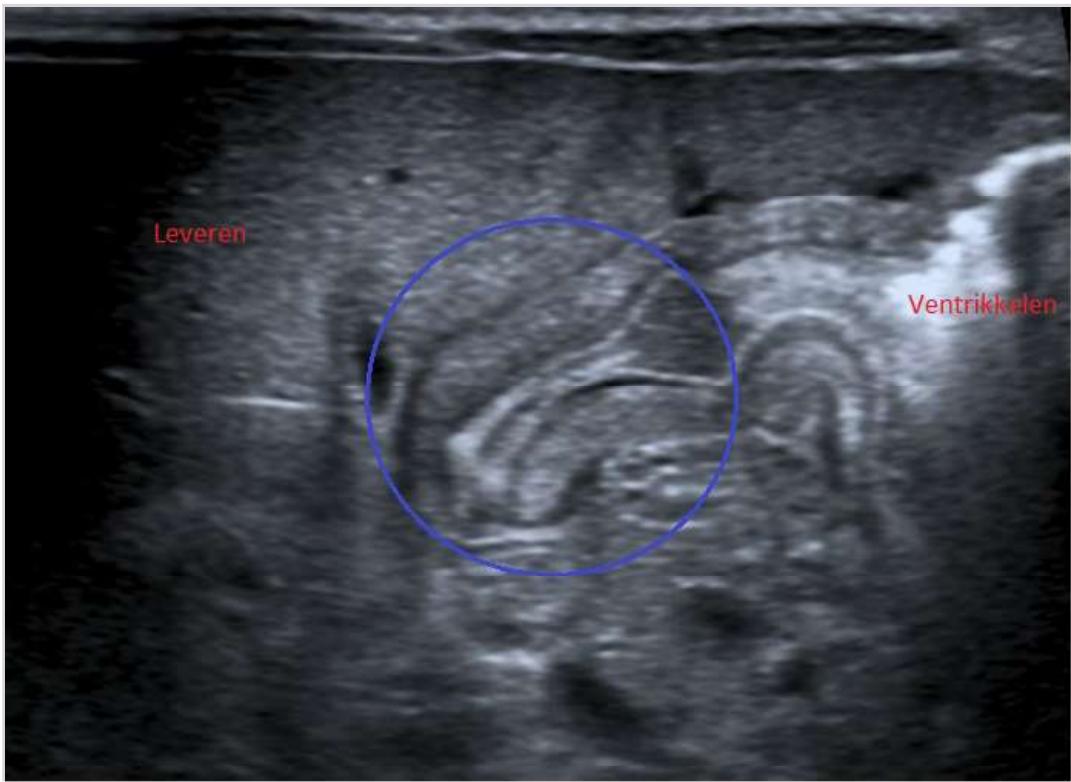
- A Ja, dette bør utredes. Fastlege bør henvise pasienten til thyroideascintigrafi for å finne ut om dette er en varm eller kald knute. Det vil da bli avklart om det er kreft eller ikke.
- B Ja, dette bør utredes. Fastlege tar blodprøve for å undersøke stoffskifte. Videre bør pasienten henvises til en CT-undersøkelse av halsen for å få en avklaring på om dette er kreft eller ikke.
- C Nei, dette trenger ikke videre utredning. Siden hun ikke har noen plager, er det svært lite sannsynlig at det foreligger alvorlig sykdom. Pasienten bes ta kontakt hvis hun får plager.
- D Ja, dette bør utredes. Fastlege tar blodprøve for å undersøke stoffskifte. Videre bør pasienten henvises til thyroideapoliklinikk for vurdering inkludert ultralydundersøkelse. Det kan også bli aktuelt med finnålsprøve frakulen.

---

0000163d1380baec0

**59**

Som assistentlege på barnekirurgisk avdeling tar du imot en overflyttingspasient fra Finnmarkssykehuset. Pasienten er en gutt på knappe 6 uker som har tiltagende gulping siste uken. Har gått noe ned i vekt. Du legger en nasogastrisk sonde og får mye luft og melkeaktig aspirat i retur. Du rekvirerer en UL abdomen. Radiologen skriver: "Ingen påvist passasje av ventrikkelinnhold gjennom en fortykket lukkemuskel" (blå ring i bilde nedenfor). Hvilken tilstand foreligger?

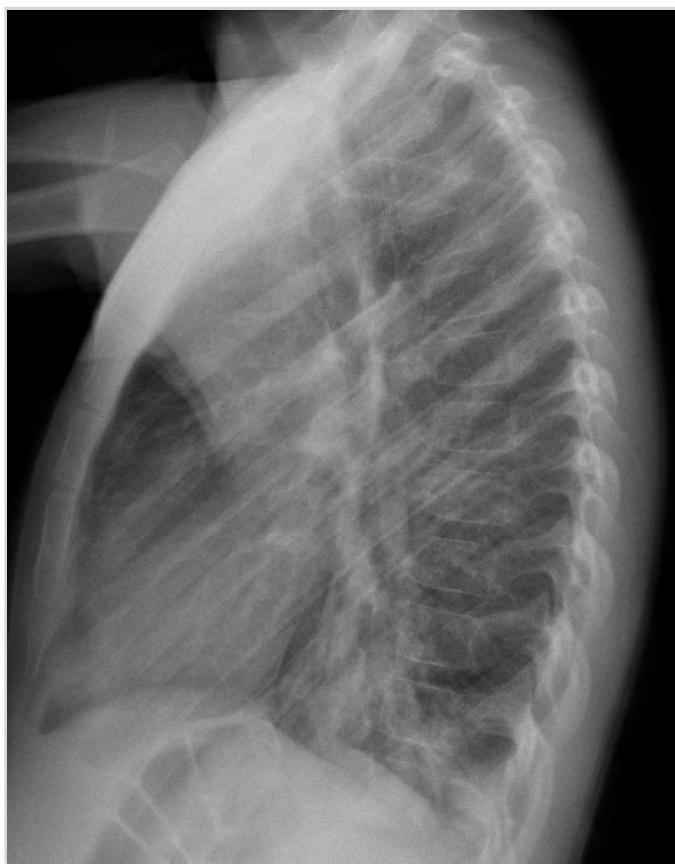
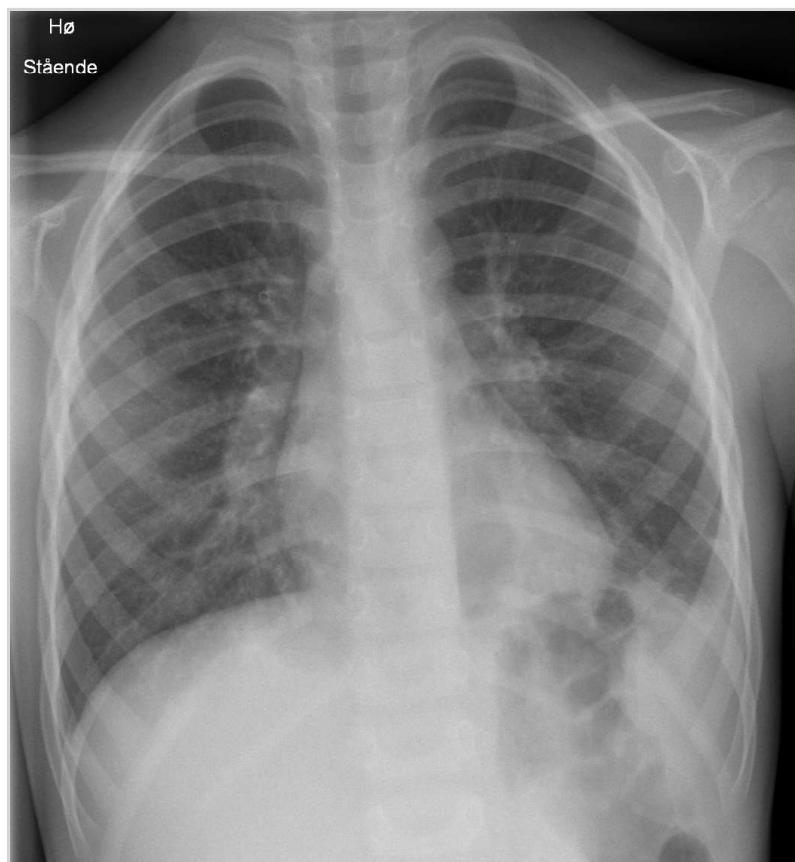


- A Intestinal malrotasjon
- B Gastroøsophageal refluks (GØR)
- C Invaginasjon
- D Hypertrof pylorusstenose (HPS)

0000163d1380a9ed0

**60**

Som assistenlege i barnemottaket tar du imot en 4 år gammel gutt med 10 dagers sykehistorie med luftveissymptomer. Hoste uten slim, feber og nedsatt allmenntilstand. Ved auskultasjon høres nedsatt respirasjonslyd på høyre side midtveis og basalt.  
Du rekvirerer et røntgen thorax. Hva viser denne?



- A** Bilaterale perifere lungefortetninger  
**B** Atelektase basalt i høyre underlappen  
**C** Høyresidige perihilære lungefortetninger  
**D** Løsmettet lungefortetning basalt i venstre underlappen
- 

0000163d13806a0ec0

**61**

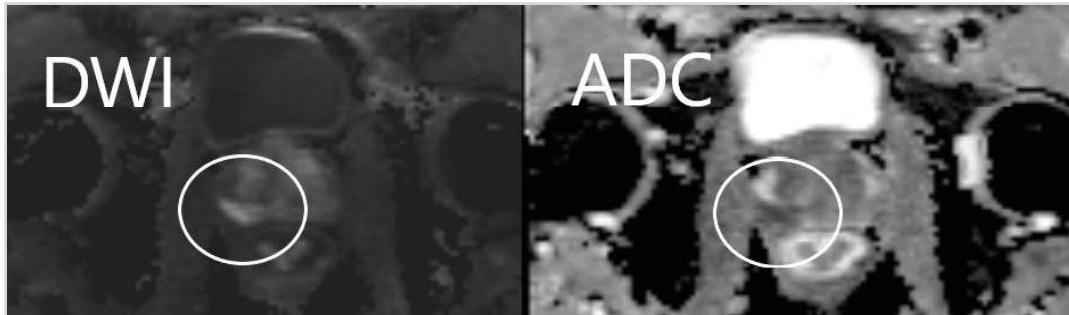
Medfødte misdannelser i urinveier (CAKUT - congenital anomalies of the kidney and urinary tract) representerer 20-30% av alle anomalier som blir oppdaget ved prenatale ultralyd undersøkelser. Hvilken av disse tilstander tilhører de 'ikke-hydronefrotiske nyreanomalier'?

- A** Duplikasjon av nyrens sammesystem  
**B** Hesteskonyre  
**C** Bakre urethraklaffer  
**D** Overgangsstenose
- 

0000163d13806a0ec0

**62**

En 72 år gammel mann utredes for mistenkta prostatakreft. På vedlagte bilder ser du en diffusjonssekvens (DWI) med høy diffusjonsgradient (b1500) til venstre og tilhørende ADC-kart til høyre. Den hvite ringen er rundt et område i prostata med tydelig økt signal på b1500 og korresponderende tydelig lavt signal på ADC-kartet. Hva indikerer diffusjonsserien i dette tilfellet?



- A** økt diffusjon, i dette tilfellet suspekt på prostatakreft  
**B** diffusjonsrestriksjon, i dette tilfellet suspekt på prostatakreft  
**C** diffusjonsrestriksjon, men bidrar ikke i vurdering av malignitet  
**D** økt diffusjon, men bidrar ikke i vurdering av malignitet
- 

0000163d13806a0ec0

**63**

En 59 år gammel kvinne har fått utført CT abdomen/bekken for uspesifikke magesmerter i høyre hypochondrium i regi av fastlege. Du ser selv på bildene og finner lesjonen på bildet under i venstre nyre. Lesjonen er velavgrenset og homogen med tetthet på 6 HU i hele. Ingen septeringer, og ingen forkalkninger eller noduli langs kanten. Største mål er 2,9 cm. En legestudent som følger deg på vakt spør om dette skal utredes videre, kontrolleres og/eller behandles. Hva svarer du?

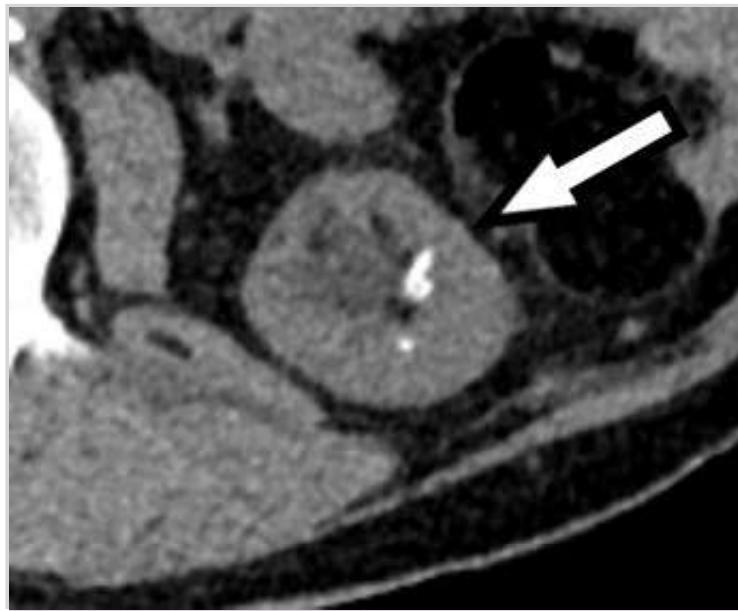


- A Utredes videre med CT urinveier innen noen uker for å utelukke malignitet
- B Ingen indikasjon for videre utredning, kontroll eller behandling
- C Henvise til ultralydveiledd biopsi for avklaring
- D Kontrolleres med CT urinveier om 1 år

0000163d1380faec0

**64**

En 73 år gammel mann som tidligere har hatt flere urinveiskonkrementer kommer på urologisk poliklinikk grunnet residiverende ryggsmerter som ligner på tidligere nyresteinsanfall, samt residiverende urinveisinfeksjoner. Det utføres CT urinveier uten kontrast som fremstiller et 9 mm konkrement i nedre calyxgruppe i venstre nyre som måler ca 950 HU, ses på bildet under. Hvilken behandling av konkrementet henviser du pasienten til?



- A** Cystoskopi eller ureterorenoskopi (URS) med JJ-stent  
**B** Ureterorenoskopi (URS) med laser  
**C** Nyresteinknusing med ultralyd (extracorporeal shock wave lithotripsy = ESWL)  
**D** Perkutan nefrolitotripsi (PCNL)

0000163d1380baedc0

**65**

Hos barn endrer MR bildet seg ganske mye de to første leveår pga normal myelinisering.  
Hva er riktig?

- A** T1 signalet i hvitsubstans blir lavere og T2 signalet høyere  
**B** Både T1 og T2 signalet i hvitsubstansen blir lavere  
**C** T1 signalet i hvitsubstans blir høyere og T2 signalet lavere  
**D** Både T1 og T2 signalet i hvitsubstansen blir høyere

0000163d1380baedc0

**66**

En 3 år gammel gutt blir innlagt som ø-hjelp under dramatiske omstendigheter pga akutt bevisstløshet.  
Fortsatt bevisstløs ved ankomst sykehuset. Du tar CT caput så raskt som mulig, og denne viser et ferskt hematomb i cerebellum.  
Hva er mest sannsynlige årsak?

- A** Spontan primær hjerneblødning  
**B** Hypertensjonsblødning  
**C** Underliggende tumor eller karmalformasjon  
**D** Koagulasjonsforstyrrelse / Hematologisk årsak

0000163d1380baedc0

**67**

Du har sendt en 15 år gammel jente til MR caput på grunn av langvarig migrane. I svaret på undersøkelsen står det at hypofysen er lett forstørret med litt protrusjon/utbulding av øvre kontur, høyde 9 millimeter.  
Hva er den mest sannsynlige forklaring på dette funnet?

- A** Lymfocytisk hypophysitt  
**B** "Rathke's Cleft"-cyste  
**C** Fysiologisk forstørrelse i puberteten  
**D** Hypofyseadenom

0000163d1380baedc0

**68**

Hva utgjør den største risikoen for monochoriale, diamnionale tvillinger (MCDA) i fosterlivet?

- A Navlesnorene til de to twinnes i hverandre
  - B For liten plass til begge tvillingene
  - C Tvilling-tvilling-transfusjonssyndrom
  - D Infeksjon hos den ene tvillingen, som kan spre seg til den andre
- 

0000163d13806a8ec0

**69**

Godartet prostatahyperplasi kan gi urinveissymptomer og er hyppig forekommende hos eldre menn.  
**Hva er vanlige mikroskopiske forandringer ved denne tilstanden?**

- A Hyperplasi av kjertler, glatt muskulatur og fibrøst vev.
  - B Hyperplasi av stroma som fortrenger små atypiske grupper av kjertelnev
  - C Uryddig anordnede kjertler og små grupper av epitheliale celler
  - D Hyperplasi av kjertler med sparsomt omliggende stromalt vev.
- 

0000163d13806a8ec0

**70**

En 24 år gammel mann har en 5 cm stor tumor i høyre tyroideahalvdelen. Den blir fjernet kirurgisk, og molekylærpatologiske undersøkelser av vevet viser at han har en BRAF V600E genmutasjon. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Papillært karsinom
  - B Subakutt granulomatøs tyreoiditt
  - C Hyperplasi (Graves' sykdom)
  - D Lymfocytær tyreoiditt
- 

0000163d13806a8ec0

**71**

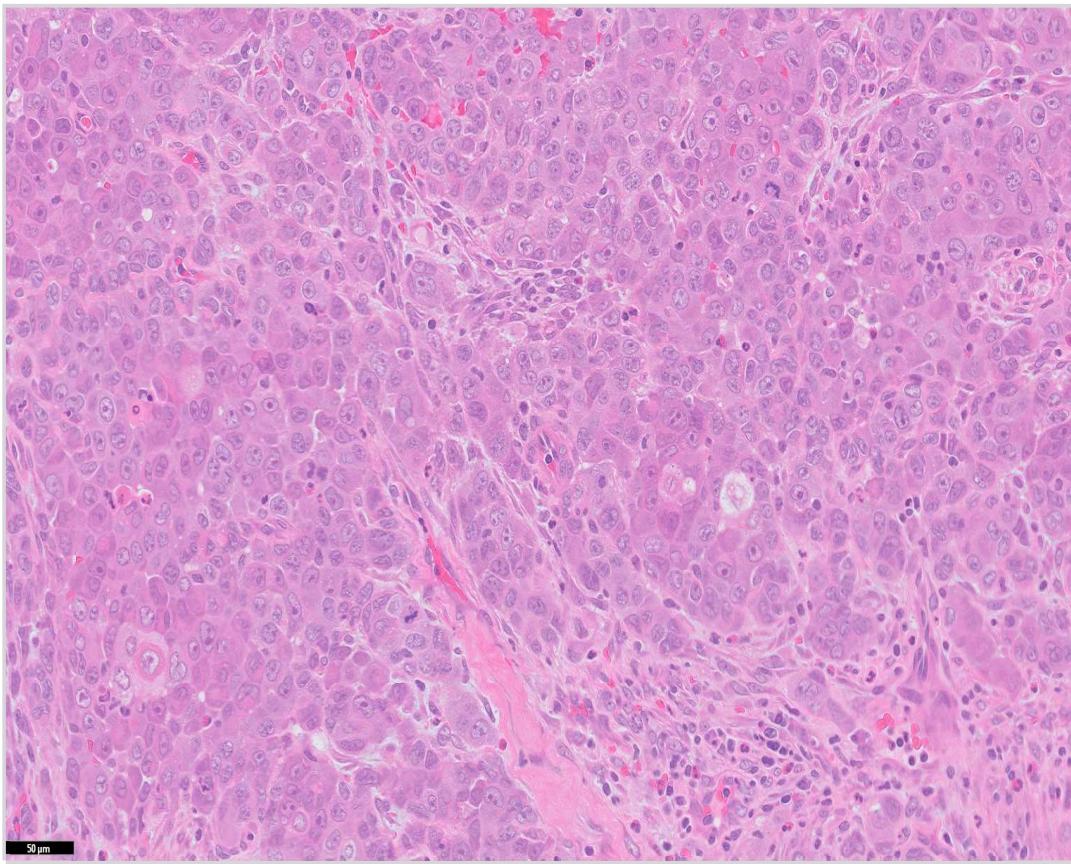
Seminomer er den hyppigst forekommende testiscanceren.  
**I hvilke aldersgrupper er denne svulsttypen mest vanlig?**

- A 50 -70 år
  - B 30-50 år
  - C 10-30 år
  - D Over 70 år
- 

0000163d13806a8ec0

**72**

En 55 år gammel kvinne utredes pga. makroskopisk hematuri. Ved cystoskopi sees forandringer i slimhinnen, og det gjøres transuretral reseksjon av urinblære. Under er et bilde fra blæreveggen (hematoxylin-eosin-farget snitt).



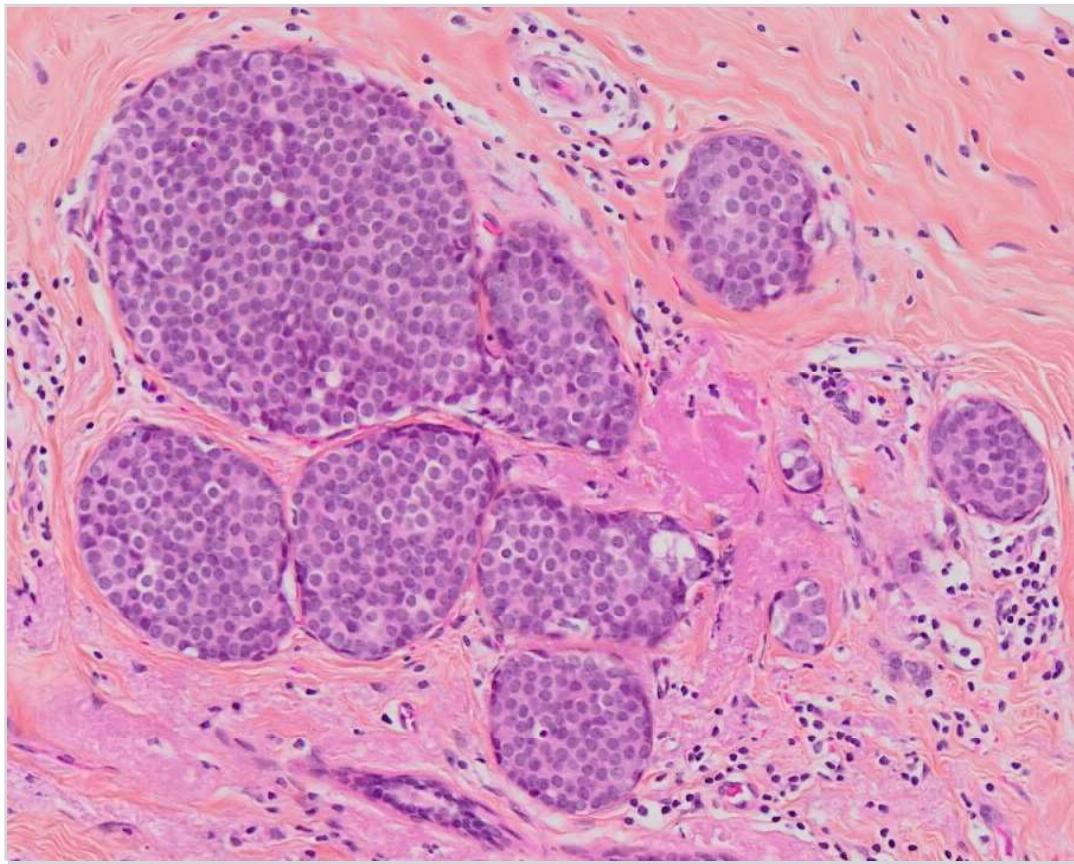
**Hva er diagnosen?**

- A Karsinoma in situ i slimhinnen
- B Reaktive forandringer pga cystitt
- C Granulomatøs betennelse
- D Høygradig urotelialt karsinom

0000163d1380a9ec0

**73**

Bildet viser lobulært karsinom *in situ* (LCIS) i et histopatologisk snitt fra en tumor i brystet hos en 48 år gammel kvinne (haematoxylin, eosin og safran (HES); x200).



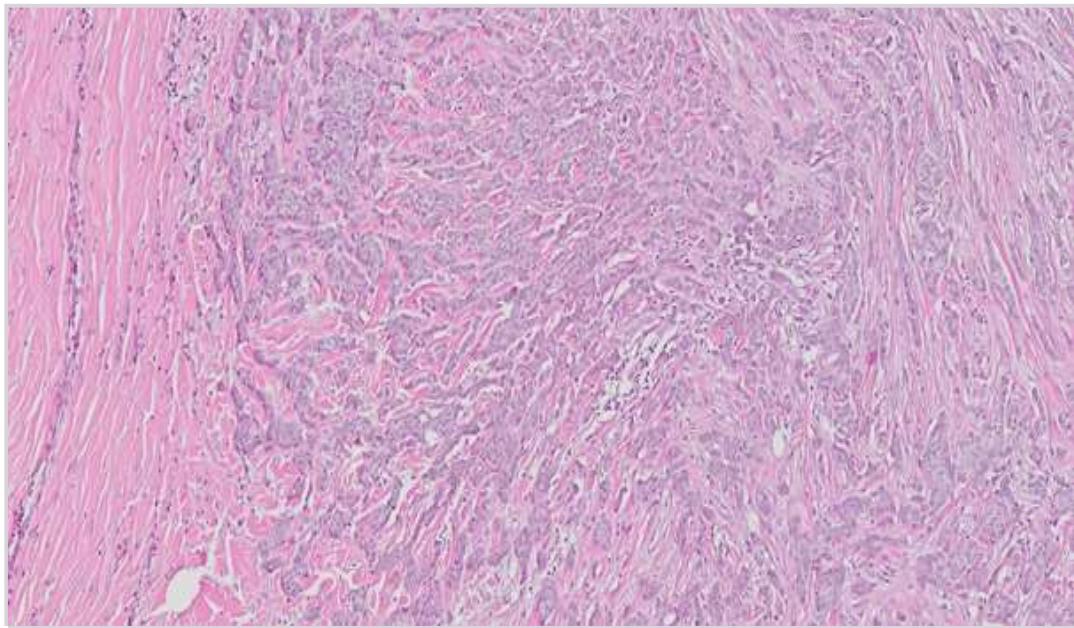
Hvilket kjennetegn skiller LCIS fra infiltrerende lobulært karsinom?

- A Ved LCIS finner man store områder med nekrotiske tumorceller.
- B Ved LCIS er gangepitelet hyperplastisk, men viser ingen tegn til malignitet.
- C I motsetning til infiltrerende lobulært karsinom, finner man ved LCIS kohesive flak av epiteliale celler med uttalt atypi og mange mitoser.
- D Det er ingen gjennombrudd av basalmembranen ved LCIS.

0000163d1380dafe0

**74**

En kvinne på 55 år er til utredning pga. en lesjon som ble oppdaget ved mammografi. Det tas en biopsi, og hun blir deretter operert. Under er et bilde fra lesjonen (hematoxylin-eosin-farget snitt).



Hva er diagnosen?

- A Duktalt karsinom in situ (DCIS)
- B Lobulært karsinom in situ (LCIS)
- C Fibroadenom
- D Invasivt karsinom NOS (no special type)

0000163d13806a0ec0

**75**

Du er fastlege og en kvinne oppsøker deg pga. kløe i underlivet. Du leser i journalen at hun flere ganger har vært behandlet for sopp, uten bedring. Ved klinisk undersøkelse ser du hvite plakk i huden i vulva, og som del av utredningen tas det en biopsi fra en slik lesjon. Her er et utdrag fra mikroskopibeskrivelsen:

*Det er hyperkeratose, og basal degenerasjon i epidermis, ingen atypi. I superfisielle dermis er det lymfocytinfiltrasjon og områder med ødem og hyalinisert bindevev.*

**Hva er mest sannsynlige diagnose?**

- A Lichen sklerosus
- B Lavgradig skvamøs intraepitelial lesjon
- C Virusinfeksjon
- D Bakteriell infeksjon

0000163d13806a0ec0

**76**

Du skal mikroskopere et ovarium med flere cyster.

**Hvordan kan du skille mellom endometriosecyster og et cystadenom?**

- A Ved endometriosecyster er det endometriestroma rundt cystene
- B Cystadenomer har mucinøs epitelbekledning og atypi i epitelet
- C Cystadenomer har koncentrisk glatt muskulatur omkring epitelet
- D Ved endometriosecyster er det mer proliferativt epitel enn i cystadenomer

0000163d13806a0ec0

**77**

Hos en 68 år gammel kvinne diagnostiseres urinveisinfeksjon med *Enterococcus faecium*. Resistenstesting viser at bakterien er resistent mot 3. generasjon cefalosporiner. Hvilken resistensmekanisme er dette mest forenlig med?

- A Endringer i bindingsstedet for antibiotika
- B Enzymatisk inaktivering eller modifikasjon av antibiotika
- C Endring i metabolske prosesser som hemmes av antibiotika
- D Redusert oppnak av antibiotika

0000163d13806a0ec0

**78**

En 43 år gammel mann nylig hjemvendt fra Kenya oppsøker legevakten på grunn av høy feber. Han mistenker at han har fått malaria. Du rekvirerer tykk- og tynndråpeprepreat til malariamikroskopi. Hva er fordeler og ulemper ved med å undersøke tykkdråpeprepreat, sammenlignet med tynndråpeprepreat?

- A Lavere sensitivitet, men bedre egnet til å vurdere parasitemigrad
- B Høyere spesifisitet, men mindre egnet til å påvise *Plasmodium malariae*
- C Lavere spesifisitet, men bedre egnet til å påvise *Plasmodium falciparum*
- D Høyere sensitivitet, men mindre egnet til å vurdere parasittenes morfologi

0000163d13806a0ec0

**79**

Hos en 5 måneder gammel jente med feber uten åpenbart infeksjonstokus tas det poseprøverin for å utelukke urinveisinfeksjon. I denne påvises det vekst av *Escherichia coli*  $>10^5$  CFU/ml. Hvordan bør dette funnet tolkes?

- A Usikker klinisk betydning fordi poseprøver vanligvis kun har verdi ved negativt funn
- B Klinisk signifikant bakteriuri fordi det er en primær urinveispatojen bakterie
- C Klinisk signifikant bakteriuri fordi konsentrasjonen av bakterier er  $>10^5$  CFU/ml
- D Sannsynlig forurensing ved prøvetaking fordi det er fra en poseprøve

0000163d13806a0ec0

**80**

Du rekvirerer urin dyrkning hos en 67 år gammel kvinne som oppsøker legekontoret på grunn av det du oppfatter som en nedre urinveisinfeksjon. Du starter empirisk behandling i påvente av dyrkningssvar.

Hvilket antimikrobielt middel bør du velge?

- A Gentamicin
- B Cefotaxim
- C Ciprofloxacin
- D Nitrofurantoin

0000163d13806a0ec0

**81**

Hvilke parametre er de beste for en klinisk evaluering av alvorligheten av sykdom hos en sepsispasient i akuttmottaket?

- A Positiv blodkultur, hjertefrekvens, blodtrykk
- B CRP, urinproduksjon, koagulasjonsstatus
- C Temperatur, hjertefrekvens, respirasjonsrate, leukocytose (SIRS-kriteriene)
- D Respirasjonsrate, forandring i mental status og blodtrykk (quick-SOFA)

0000163d13806a0ec0

**82**

En mann på 80 år legges inn ved medisinsk avdeling med blodtrykk på 85/50, puls på 120 og feber (39°C). Urin-stix viser 3+ for leukocytter. Han har flere ganger tidligere hatt urinveisstein, og man gjør derfor ultralyd urinveier. Denne viser betydelig hydronefrose av høyre nyrebekken. Du er vakthavende lege på sykehuset.

Hva er det her riktig å gjøre for denne pasienten?

- A Gi pasienten intravenøst mecillinam og henvis han for innleggelse av nefrostomikateter
- B Gi pasienten intravenøst ampicillin og gentamicin og henvis han for innleggelse av nefrostomikateter
- C Gi pasienten intravenøst mecillinam og henvis han til steinknusing (ESWL, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
- D Gi pasienten intravenøst ampicillin og gentamicin og henvis han til steinknusing (ESWL, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)

0000163d1380fa0ec0

**83**

En kvinne som er gravid i 1. trimester kommer til ditt legekontor med lette tegn til urinveisinfeksjon. Dyrkning av urinen viser rikelig oppvekst av E. coli. Du velger å starte behandling med antibiotika. Hvilket behandlingsopplegg er riktigst?

- A Ciprofloxacin (Ciproxin) i 3 dager
- B Cefuroxim (Zinacef) i 3 dager
- C Trimetoprim (Trimetoprim) i 5-10 dager
- D Pivmecillinam (Selexid) i 5-10 dager

0000163d1380fa0ec0

**84**

På vakt på medisinsk avdeling tar du imot en ung mann som har vært ryggsekketurist på landsbygda i India. Han har nå høy feber, hodepine og er i dårlig allmenntilstand. Han har tatt malariaprofylakse. Han har drukket av springen på flere primitive overnattingsteder for turister. Han har ikke merket insektsstikk.

Hvilken utredning og behandling er mest riktig å starte samme dag?

- A Ta blodkultur og start behandling med antibiotika med mistanke om tyfoidfeber
- B Ta avføring til dyrkning på patogene tarmbakterier og vent på dyrkningssvar før antibiotika da du mistenker vanlig gastroenteritt
- C Ta malaria-hurtigtest og starte behandling med artesuante i.v. hvis positiv
- D Ta benmargsaspirat til dyrkning og gi antibiotika med mistanke om rickettsia-infeksjon

0000163d1380fa0ec0

**85**

En ung mann har vært på reise i utlandet og har hatt ubeskyttet sex med en prostituet for 4 uker siden. Han ønsker HIV-test og ønsker samtidig å vite hvor raskt denne eventuelt blir positiv. Hvilken informasjon gir du helst pasienten om HIV-testen (Combotesten)?

- A Den er oftest positiv innen 3-4 uker og nesten alltid innen 6 uker
- B Den er positiv innen 1 uke og nesten alltid innen 3 uker
- C Den blir positiv først etter 3 måneder
- D Den er alltid positiv i løpet av de første 2 ukene

0000163d1380fa0ec0

**86**

Pasienter med lymfom og kronisk betennelsesykdommer bruker ofte rituximab (anti-CD20 antistoff). Hvilken immundefekt ser vi særlig hos disse pasientene?

- A Lave plasmanivå av immunoglobuliner (særlig IgG)
- B Redusert antall CD4-lymfocytter
- C Redusert komplementfunksjon med lave plasmanivå av C3 og C4
- D Nøytropeni

0000163d1380fa0ec0

**87**

Mange sepsispasienter har redusert nyreperfusjon og redusert urinproduksjon (oliguri). Hvilken nedre grense setter vi for urinproduksjonen før vi kaller det oliguri?

- A 5 ml/kg/t
- B 100 ml/t
- C 200 ml/t
- D 0,5 ml/kg/t

0000163d13806a0ec0

**88**

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler øker risiko for både nefrotoksiske og kardiotoksiske effekter. Hva kjennetegner risikoøkningen som NSAIDs gir for slike effekter?

- A Risikoen for både nefrotokskisk og kardiotokskisk effekt inntrer raskt. Risikoøkningen er fullt reversibel ved seponering.
- B Risikoen for nefrotokskisk effekt inntrer raskt, og er fullt reversibel ved seponering. Risikoen for kardiotokskisk effekt øker først etter lengre tids behandling, og er ikke fullt reversibel ved seponering.
- C Risikoen for både nefrotokskisk og kardiotokskisk effekt øker først etter lengre tids behandling. Risikoøkningen er ikke fullt reversibel ved seponering.
- D Risikoen for kardiotokskisk effekt inntrer raskt, og er fullt reversibel ved seponering. Risikoen for nefrotokskisk effekt øker først etter lengre tids behandling, og er ikke fullt reversibel ved seponering.

0000163d13806a0ec0

**89**

Noen legemidler kan skade eller hemme nyrene ved bruk. Hvilken antibiotikagruppe er særlig assosiert med dette?

- A Makrolider
- B Aminoglykosider
- C Karbapenemer
- D Penicilliner

0000163d13806a0ec0

**90**

Metoprolol er en betablokker som er gjenstand for en stor førstepassasjefeffekt. Hvilken konsekvens har dette ved bytte fra peroral til parenteral behandling?

- A Legemidlet må gis som kontinuerlig infusjon
- B Dosen må reduseres
- C Dosen må økes
- D Legemidlet må gis i sentralt venekateter

0000163d13806a0ec0

**91**

En pasient med høyt blodtrykk og lett redusert nyrefunksjon behandles med en ACE-hemmer. Hvilke effekter forventer du på S-kreatinin og glomerulær filtrasjonsrate (GFR)?

- A S-kreatinin uendret eller øker noe, GFR uendret eller øker noe
- B S-kreatinin uendret eller synker noe, GFR uendret eller synker noe
- C S-kreatinin uendret eller synker noe, GFR øker noe
- D S-kreatinin øker noe, GFR uendret eller synker noe

0000163d13806a0ec0

**92**

Angiotensinreceptorantagonister brukes ofte ved hypertensjon og hjertesvikt.  
Ved hvilken av disse komorbide tilstandene bør man følge pasienten ekstra nøyne etter oppstart med en angiotensinreceptorantagonist?

- A Kronisk nyresykdom
  - B Tidligere synkope ved behandling med glyseroltrinitrat (nitroglyserin)
  - C Aortaklaffinsuffisiens
  - D Claudicatio intermittens
- 
- 0000163d13806a0ec0

**93**

En 60 år gammel mann bruker følgende legemidler: Atorvastatin (et statin), enalapril (en ACE-hemmer), acetylsalisylsyre (en platehemmer) og omeprazol (en protonpumpehemmer).  
Pasienten utvikler muskelverk.

Hvilket av pasientens legemidler gir typisk denne bivirkningen?

- A Atorvastatin
  - B Acetylsalisylsyre
  - C Enalapril
  - D Omeprazol
- 
- 0000163d13806a0ec0

**94**

Hva er den viktigste virkningsmekanismen til alendronat (et bisfosfonat)?

- A Øker absorbsjon av kalsium fra tarmen
  - B Minker absorbsjonen av magnesium og fosfat fra tarmen
  - C Stimulerer aktiviteten til osteoblastene
  - D Hemmer aktiviteten til osteoklastene
- 
- 0000163d13806a0ec0

**95**

Hvorfor skal ikke gravide bruke ibuprofen (Ibx) i svangerskapets siste trimester?

- A På grunn av økt risiko for abstinensreaksjoner og irritabilitet hos den nyfødte
  - B På grunn av økt risiko for hjertefeil og leppe-kjeve-ganespalte hos fosteret
  - C På grunn av økt risiko for tidlig lukning av ductus arteriosus og nedsatt nyrefunksjon hos fosteret
  - D På grunn av økt risiko for hypotoni og ernæringsvansker hos den nyfødte
- 
- 0000163d13806a0ec0

**96**

Du er fastlege for en mann i 60-årene som for 2 uker siden bestilte time og ønsket "en helsejekk". Han hadde merket at han ble fortære sliten og fikk smarer i beina ved gåturer, ellers følte han seg frisk. Han bruker ingen medisiner fra før og har ingen kjente allergier. Han røyker 15 sigaretter per dag, dette har han gjort i 35 år.

Vanlig klinisk organundersøkelse var uten patologiske funn. Blodtrykket ble målt til 168/107, og ankel-arm-indeks til 0,7. EKG viste venstre ventrikkelhypertrofi, bedømt etter Sokolow-Lyon-kriteriene.

Urinstiks viste proteinuri 2+. Du gav pasienten omfattende livsstilsråd.

Blodtrykket ble målt på ny 3 dager etterpå til 166/108. Ved dagens konsultasjon måler du nok en gang blodtrykket og finner 172/109. Du har også fått svar på blodprøvene du rekvirerte. Du bestemmer deg for at pasientens blodtrykk bør behandles.

Analyse	Verdi	Referanseområde
Na	142 mmol/L	137 – 145 mmol/L
K	3,4 mmol/L	3,3 – 4,4 mmol/L
Hb	15,2 g/dl	13,2 – 17,3 g/dl
pro-BNP	5 pmol/L	<15 pmol/L
Fastende p-glukose	6,4	4,2 – 6,3 mmol/L
HbA1c	46 mmol/mol (6,4 %)	28 – 40 mmol/mol (4,7 – 5,8 %)
Urinsyre	510 mikromol/L	230 – 480 mikromol/L
Triglyserider	2,50 mmol/L	0,45 – 2,60 mmol/L
LDL	6,2 mmol/L	2,0 – 5,3 mmol/L
HDL	0,7 mmol/L	0,8 – 2,1 mmol/L
Totalkolesterol	6,9 mmol/L	3,9 – 7,8 mmol/L
eGFR	85 ml/min	>90 ml/min

**Hvilke antihypertensive medikamenter er det mest fornuftig å starte hos denne pasienten?**

- A Kalsiumantagonist og tiazid
- B ACE-hemmer og betablokker
- C ACE-hemmer og kalsiumantagonist
- D ACE-hemmer og tiazid

0000163d13806a0ec0

**97**

I den amerikanske «Womens Health Initiative»-studien av postmenopausal østrogenterapi ble kvinnene behandlet med CEE (conjugated equine estrogen; det da dominerende amerikanske østrogenpreparatet) og medroksyprogesteron-acetat. Progestogenkomponenten i slik «balansert østrogenterapi» er viktig for bl.a. å hindre at behandlingen øker høppigheten av livmorskreft. Imidlertid øker balansert terapi faren for en annen krefttype. Hvilken?

- A Ovarialcancer
- B Coloncancer
- C Vaginalcancer
- D Brystcancer

0000163d13806a0ec0

**98**

Du er tilkalt til en kvinne på 85 år som bor alene hjemme, men har hjelp fra kommunens hjemmetjeneste. Hun har diabetes type 2, hypertensjon og hyperkolesterol og behandles blant annet med følgende legemidler:

Metformin (et biguanidderivat, mot diabetes)

Empagliflozin (en natrium/glukose-kotransportør 2-hemmer (SGLT2-hemmer), mot diabetes)

Valsartan (en angiotensin II-reseptorantagonist, mot høyt blodtrykk)

Atorvastatin (et statin, mot forhøyet kolesterol)

Hun har nå blitt gradvis svekket, spiser lite og drikker lite, og har dessuten fått diaré. Du finner at pasienten er kraftig dehydrert.

Hvilke av pasientens legemidler bør seponeres?

- A Metformin og valsartan
- B Empagliflozin og metformin
- C Empagliflozin og valsartan
- D Empagliflozin, metformin og valsartan

0000163d13806a0ec0

**99**

Hva er hovedårsaken til at det er en dårlig ide å kombinere fosfodiesterase-5-hemmere som for eksempel sildenafil (Viagra) med organiske nitrater som for eksempel glyseroltrinitrat?

- A Glyseroltrinitrat hemmer metabolismen av sildenafil og gir høye nivåer av sildenafil med risiko for priapisme og blodtrykksfall
- B Kombinasjonen gir økt blodtrykksenkende effekt og økt risiko for blodtrykksfall
- C Kombinasjonen gir redusert blodtrykksenkende effekt og økt risiko for angina pectoris
- D Sildenafil induserer metabolismen av glyseroltrinitrat og gir lave serumkonsentrasjoner av glyseroltrinitrat med risiko for terapisvikt

0000163d13806a0e0

**100**

En 67 år gammel kvinne tar kontakt på grunn av langvarig kløe og svie i underlivet. Ved inspeksjon ser der ut som på bildet nedenfor.

Hva er det riktigst å gjøre videre?



- A Foreskrive lokal steroidbehandling mot lichen sclerosus
- B Anbefale Klotrimazol (f.eks. Canesten) som lokalbehandling mot candida
- C Foreskrive Imikvimod (f.eks. Aldara) mot kondylomer
- D Henvise til gynækolog for biopsering

0000163d13806a0e0

**101**

Livmorhalsprogrammet innebærer screening av livmorhalsen for å forebygge livmorhalskreft. Hva er de gjeldende anbefalinger fra Kreftregisteret per i dag?

- A Cervix cytologi hvert 3. år i alderen 25-69 år
  - B Cervix cytologi hvert 3. år i alderen 25-69 år og HPV test i tillegg dersom unormal cytologi
  - C Cervix cytologi hvert 3. år i alderen 25-33 år, og primær HPV test hvert 5. år i alderen 34-69 år
  - D Primær HPV test hvert 5. år fra 25-69 år
- 

0000163d1380ba0ed0

**102**

En 35 år gammel kvinne som har en familieanamnese på mammae- og ovarialcancer, oppsøker deg på ditt almenlege kontor.

- mor fikk mammae cancer 48 år gml.
  - mormor fikk ovarialcancer 55 år gml.
  - kusine (datter til mors søster) fikk mammae cancer 37 år gml.
- Hvilket råd vil du gi til kvinnene?

- A Kontroll hos fastlegen årlig med cervix cytologi.
  - B Profylaktisk kirurgi (salpingo-oophorektomi + mastektomi) snarlig.
  - C Henvise kvinne til genetisk rådgivning og gentesting.
  - D Årlig mammografi og gynækologisk undersøkelse hos gynekolog.
- 

0000163d1380ba0ed0

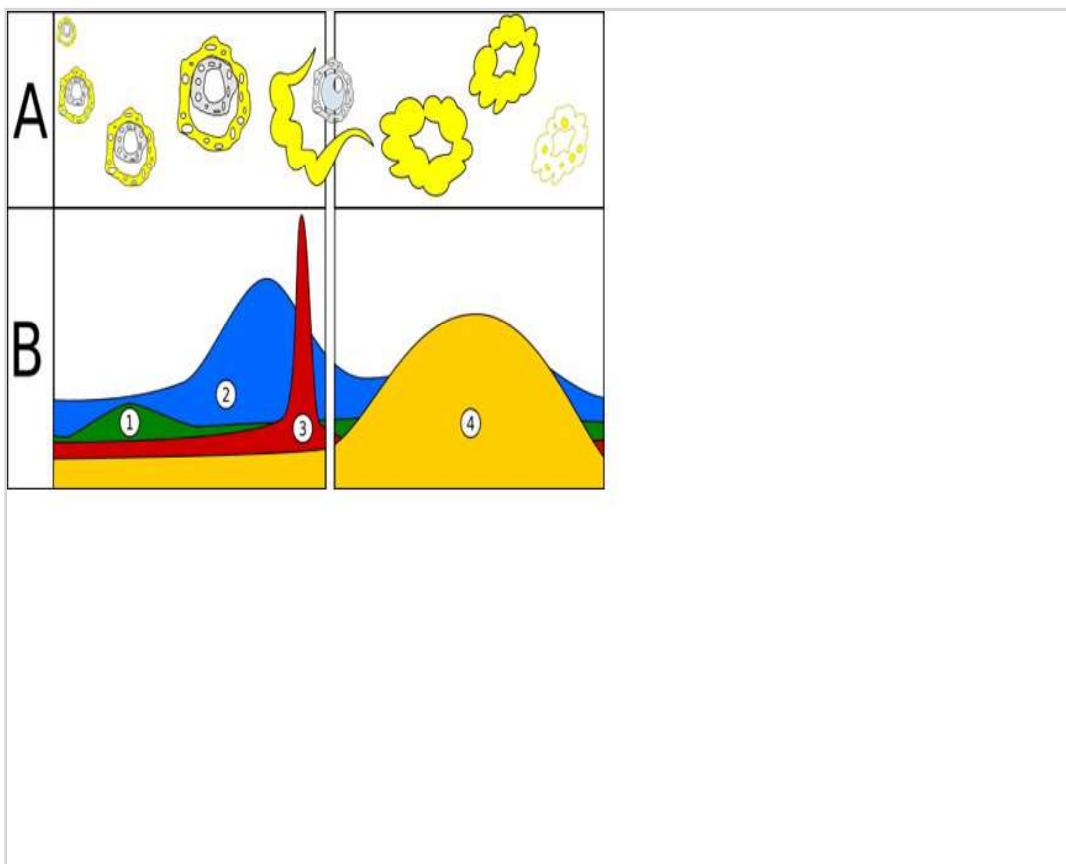
**103**

Hva er den mest korrekte tilnærming til illeluktende utflod i allmennpraksis?

- A Hvis pasienten klager over illeluktende utfod, sender man vaginal sekret til dyrkning med spørsmål om seksuelt overførbar infeksjon og avventer behandling inntil svaret foreligger
  - B Hvis pasienten klager over illeluktende utfod, og man måler lav pH i vaginalsekret og finner luktetesten positiv, får hun resept på metronidazol eller clindamycin
  - C Hvis pasienten plages med illeluktende utfod, og man ikke kan bekrefte dette ved luktetest, forklarer man pasienten at alt virker normalt ved dagens undersøkelse
  - D Hvis pasienten plages med fiskeluktende utfod som er verst etter menstruasjon eller samleie, skriver man ut resept på metronidazol eller clindamycin
- 

0000163d1380ba0ed0

**104**



Bildet ovenfor viser menstruasjonsyklus hos kvinne.

Hvilket hormon representerer kurven som er 1 (grønn), 2 (blå), 3 (rød) og 4 (gul) ?

- A 1 (grønn) er FSH, 2 (blå) er østradiol, 3 (rød) er hCG (humant choriongonadotropin) og 4 (gul) er progesteron.
- B 1 (grønn) er FSH, 2 (blå) er østradiol, 3 (rød) er LH og 4 (gul) er progesteron.
- C 1 (grønn) er AMH, 2 (blå) er østradiol, 3 (rød) er LH og 4 (gul) er progesteron.
- D 1 (grønn) er FSH, 2 (blå) er progesteron, 3 (rød) er LH og 4 (gul) er østradiol.

0000163d1360a8ed0

### 105

En 22 år gammel kvinne oppsøker deg på legekontoret på en øy som i kjøreavstand ligger tre timer fra sykehuset. Hun oppgir å ha 8 uker amenorrhoe og vaginalblødning i to dager. Hun har ikke spesielt med smerter. Du tar en urin HCG, og den er positiv.

Hva bør du helst gjøre her som allmennlege?

- A Du starter infusjon av 1 liter Ringer iv., etter å ha målt blodtrykk og puls og ringt luftambulansen for å få sendt pasienten rett til sykehuset, fordi du ikke kan utelukke en extrauterin graviditet.
- B Du gjennomfører en inspeksjon av vagina og cervix. Hvis du ikke finner tegn til patologi, ber du pasienten om å ta kontakt om noen dager dersom det fortsatt blør fra skjeden, eller hvis smerter oppstår.
- C Du sender henvisning til gynækologisk avdeling for å få tatt en vaginal ultralyd for å fastslå lokalisasjon og vitalitet av svangerskapet. Gynækolog kan gjennomføre inspeksjon av cervix.

0000163d1360a8ed0

**106**

En 29-årig kvinne har for få dager siden født sitt 3. barn. Etter å ha løftet sin 3-årige sønn kjente hun plutselig en stor kul komme ut av skjeden, og hun tok umiddelbart kontakt med lege. Legen undersøker henne og finner et stort uterusprolaps og reponerer fremfallet.  
Hva er den viktigste behandling videre?

- A Operasjon av prolapsset som øyeblikkelig hjelp
  - B Intensivert bekkenbunnstrenings etter råd fra fysioterapeut
  - C Behandling med ringpessar og lokale østrogener
  - D Sengeleie i minimum 4 uker og Klexane (enoksaparin) for å forebygge blodpropp
- 

0000163d13808a0ec0

**107**

Kvinne på 25 år oppsøker deg som fastlege pga svært hyppig vannlatingstrang, urgency. U-stix er negativ.  
Hva er det riktigst å foreslå som første behandlingsalternativ?

- A Blærretrenings
  - B Elektrostimulering
  - C Tensjonsfri vaginaltape (TVT) operasjon
  - D Anticholinergika
- 

0000163d13808a0ec0

**108**

Hva er den vanligste histologiske type endometriecancer?

- A Klarcellet
  - B Serøs
  - C Endometroid
  - D Mucinøs
- 

0000163d13808a0ec0

**109**

Du jobber som allmenlege. En 22 år gammel kvinne kommer til deg. Hun plages med blødninger, varighet er 4-7 dager, intervaller mellom 14 og 35 dager. Hun er aktiv, KMI er 23, hun bruker ventoline mot astma ved behov og har migrene med aura. Hun har samboer og ønsker barn om 2-3 år. Hun har brukt minipille inntil nå. Hva er mest hensiktmessig å anbefale henne?

- A P-stav
  - B Hormonspiral
  - C Kombinasjons p-pille
  - D P-sprøyte (Medroksyprogesteron / Depo-provera)
- 

0000163d13808a0ec0

**110**

Amenoreen som oppstår naturlig i forbindelse med menopause kan best klassifieres som

- A Hypogonadotrop hypergonadisme
  - B Hypergonadotrop hypergonadisme
  - C Hypergonadotrop hypogonadisme
  - D Hypogonadotrop hypogonadisme
- 

0000163d13808a0ec0

**111**

Hvilket utslag på urinstix er mest sannsynlig et normalfunn ved rutinemessig svarngerskapskontroll?

- A Blod
  - B Protein
  - C Leukocytter
  - D Glukose
- 

0000163d13808a0ec0

**112**

Tvillinger kan enten være eneggede eller toeggede. Hvilken påstand om zygositet og antall placentær er korrekt?

- A Alle eneggede tvillinger har egen placenta
- B Alle toeggede tvillinger har felles placenta
- C Alle toeggede tvillinger har egen placenta
- D Alle eneggede tvillinger har felles placenta

0000163d13806a0ec0

**113**

Riktig datering i svangerskapet er viktig for å sette riktig termin. Hvilket mål hos fosteret brukes i andre trimester for å datere svangerskapet?

- A Crown rump length (CRL)
- B Humerus lengde (HL)
- C Biparietal diameter (BPD)
- D Mean abdominal diameter (MAD)

0000163d13806a0ec0

**114**

Hvilket utsagn om keisersnitt er mest korrekt?

- A Truende asfyksi og forlenget andre stadium er de hyppigste årsakene til keisersnitt i Norge.
- B Maternelt ønske er den hyppigste årsaken til keisersnitt i Norge.
- C Siden fødselstallet per kvinne i Norge er så lavt er keisersnitt både mer kostnadseffektivt og med lavere risiko for mor og barn sammenlignet med vaginal forløsning.
- D To tidligere keisersnitt er den hyppigste årsaken til keisersnitt i Norge.

0000163d13806a0ec0

**115**

En 26 år gammel førstegangssgravide kvinne har kommet til sykehuset i svangerskapsuke 39+5 med kontraksjoner hvert 3. til 5. minutt. BT er 120/70, puls 80 og fosterets hjertefrekvens er 145. Det er hodeleie og ingen vannavgang. Ved innkomst var cervix 4 cm dilatert og etter 2 timer på sykehuset er cervix 7 cm dilatert. Hva er neste steg?

- A Starte oxytocin for å øke kontraksjonenes styrke og frekvens.
- B Gjøre amniotomi for å øke kontraksjonenes styrke og frekvens.
- C Fortsette aktiv observasjon av normalt forløpende fødsel.
- D Gjøre amniotomi for å kunne overvåke fosteret bedre med STAN (ST-ANalyse av CTG).

0000163d13806a0ec0

**116**

Hvordan er pCO<sub>2</sub> i arterielt blod hos en gravid kvinne sammenliknet med en ikke-gravid kvinne?

- A Likt
- B Mye høyere
- C Lavere
- D Høyere

0000163d13806a0ec0

**117**

Hva er anbefalt oppfølging post partum av en kvinne som har hatt svangerskapsdiabetes?

- A Det trengs ingen oppfølging før hun evt blir gravid på ny, da tar man glukosebelastning i første trimester
- B Ved neste svangerskap vil hun uansett utvikle svangerskapsdiabetes slik at behandling for dette institueres med en gang hun blir gravid
- C Ingen oppfølging er nødvendig
- D Kvinnen bør måle HbA1c ca 4 måneder post partum, og deretter ca 1 gang per år

0000163d13806a0ec0

**118**

En 35 år gammel førstegangsfødende kvinne kommer til deg på svangerskapskontroll. Hun er normalvektig og frisk med svangerskapslengde 26+3. Hun kjenner daglig bevegelser fra fosteret. Hun føler seg i fin allmenntilstand og har ingen smerter.

Ved undersøkelse finner du at fosterets hjertefrekvens er 140-150. Du finner symfyse-fundusmål som samsvarer med svangerskapslengden. Urinstix er negativ. Blodtrykket måler du til 160/100. Når du ser på helsekortet finner du at blodtrykket målt hos jordmor for en uke siden var 155/95. Hva er mest riktig å gjøre?

- A Henvise pasienten som ø-hjelp til sykehuset
  - B Starte behandling med en lav dose av ACE-hemmer og henvise pasienten til svangerskapspoliklinikken
  - C Be pasienten om å ta kontakt igjen dersom hun får hodepine
  - D Gjøre en 24-timers BT måling, og vurdere denne påfølgende dag
- 

0000163d13809a0ec0

**119**

Det er vanlig å ta gravide til en konsultasjon ca uke 24 i svangerskapet. Hvilke undersøkelser bør man overveie ved denne gestasjonsalderen?

- A Ingen undersøkelser, denne konsultasjonen handler om informasjon
  - B Høyde, vekt og glukosebelastning
  - C SF-måling, BT, vekt og urinprøve, lytte til fosterlyd, ev glukosebelastning
  - D BT, urinprøve
- 

0000163d13809a0ec0

**120**

En frisk kvinne, Para 3, alle normale svangerskap, 2 normale vaginale forløsninger og 1 sectio. Nå er hun på nytt gravid. Det er funnet placenta på fremre vegg og placenta previa ved rutine ultralyd i uke 18, og bekreftet ved ultralyd kontroll i uke 32.

Hvilken risiko må man være mest oppmerksom på hos denne kvinnen?

- A Hypertensjon
  - B Vekstretardasjon hos foster
  - C Vasa previa
  - D Placenta accreta
- 

0000163d13809a0ec0