2024 - 2D - MD4043 - Eksamen 1
Eksamensdato: 2024-05-21

1
En ung jente som satser i langrennstoppen får startnekt i Norgescupen pga lav kroppsvekt og uteblitt menstruasjon.
Hvordan vil du forvente at lav kroppsvekt og mye trening vil påvirke gonadeaksen?

A Høy LH/FSH og lav østradiol
Feil , dette er en overordnet nedregulering, så lav LH og FSH forventes og ikke en primær ovarisevikt med høy LH og FSH.
B Normale nivåer av LH, FSH og østradiol.
Feil, amenore er tegn på østrogenmangel, så man vil ikke forvente normal gonadeakse her.
C Lav LH/FSH og høy østradiol
Feil. Dette ser vi kun ved østrogensubstitusjon, feks ved bruk av østrogenplaster, men det står ingenting i teksten at hun bruker dette.
D X Lav LH/FSH og lav østradiol
Riktig, dette er en svikt på overordnet nivå, egentlig på hypotalamisk nviå (med lav GNRH), men vi måler kun hypofysehormoner i diagnsotikken. En vektoppgang og redusering av treningsmengde vil være riktig behandling her.

2
En 45 år gammel mann får påvist hypertensjon og forhøyet aldosteron/renin-ratio på 100 (normalt <35). Forhøyet ratio bekreftes i ytterligere en blodprøve.
Hva blir neste steg for å bekrefte eller avkrefte diagnosen primær hyperaldosteronisme?

A Ikke behov for ytterligere diagnostikk.
Feil, her bør man gå videre bekreftende testing/saltvannsbelastning.
B X Saltvannsbelastning
Riktig. Salt- og volumtilførsel vil hos friske supprimere aldosteronsekresjonen via renin-angiotensin-aldosteronsystemet. Motsatt vil man ved primær hyperaldosteronisme få mangelfull aldosteronsuppresjon ved intravenøs saltvannsinfusjon. Aldosteron > 160 pmol/L etter test er diagnostisk for primær hyperaldosteronisme.
C Binyrevenekateterisering
Feil. Binyrevenekateterisering anbefales hos alle pasienter hvor operativ behandling kan bli aktuelt
D CT binyrer
Feil. CT binyrer anbefales for å utelukke karsinom, og skal foreligge før binyrevenekateterisering for anatomisk kartlegging, men er kun anbefalt etter at saltvannsbelastning har bekreftet diagnosen.

3
En ung kvinne med hjertebank og skjelvinger får påvist hypertyreose og har samtidig smerte på hals i en øm og forstørret skjoldbruskkjertel. Fritt T4 er 40 pmol/l (ref 12,2-19,6) og TSH er totalsupprimert <0,01 mIU/L (ref. 0,5-4), CRP er 80 mg/L (ref. <5).
Hvordan bør hennes hypertyreose behandles?

A Karbimazole, NSAIDS og betablokker
Feil. Dette er en subakutt tyreoiditt og skyldes lekkasje av hormoner og skal ikke behandles med karbimazole.
B Karbimazole og betablokker
Feil. Dette er en subakutt tyreoiditt og skal ikke behandles med karbimazole.
C X NSAIDS, evt prednisolon og betablokker
Riktig. Dette er en subakutt tyreoiditt og riktig behandling er NSAIDS, evt prednisolon mot lokalt ubehag og betablokker som symptomdempende mot hjertebank og skjelvinger
D Antiobiotika/penicillin og betablokker
Feil. Det er svært uvanlig med bakteriell tyreoiditt og antibiotika vil derfor ikke være første valg.

4
Mann, 38 år, fikk diagnostisert Graves' sykdom for 2 år siden. Det ble startet behandling med Neo-Mercazole, men pga bivirkninger ble det ble besluttet å gjøre tyroidektomi. Siden operasjonen for 5 måneder siden har han vært behandlet med Levaxin. Han oppsøker nå fastlegen pga prikking i hendene og omkring munnen og tendens til kramper.
Hva er den mest sannsynlige årsak til disse symptomene?

A X Hypokalsemi
Riktig. Tyreoidektomi er den vanligste årsak til hypoparatyreoidisme som kan være midlertidig eller varig. Pasienten får da hypokalsemi som gir symptomer som beskrevet hos denne pasienten.
B Hypertyreose pga overdosering med Levaxin
Ikke riktig. Ikke typiske symptomer
C Hyperventilasjon
Ikke riktig. Det kan vi beskrevne symptomer, men da vil symptomene kun være til stede når pasienten hyperventilerer.
D Hypotyreose
Feil. Ikke typiske symptomer

00001664c3fcd3a37d

5
Du er lege i spesialisering på bryst- og endokrinkirurgisk avdeling og er på mammapoliklinikken. En tidligere frisk 57 år gammel dame fant en kul i det ene brystet og utredning viste at dette var en kreftkul. Tumor er ca 2,5 cm stor, og det er ikke påvist spredning i aksillære lymfeknuter. Tumor er hormonreseptor positiv og HER2 negativ. Du skal informere henne om diagnosen og spesielt den forestående behandling.
Hvilken primærbehandling er aktuell for henne?

A Kjemoterapi for å fjerne tumor og eventuelle metastaser
Feil svar. Neoadjuvant kjemoterapi er ikke aktuelt når tumor er så liten og er hormonreseptor positiv og HER2 negativ
B X Brystbevarende kirurgi og vaktpostdiagnostikk
Riktig svar. Dette er den vanlige og mest aktuelle behandlingen primært. Vaktpostlymfeknuteoperasjon er viktige diagnostiske inngrep som gjøres hos alle med brystkreft der det ikke er påvist aksillemetatstaser på forhånd. Dette er av betydning for valg av etterbehandling og for å unngå lokale tilbakefall i armhulen
C Brystbevarende kirurgi
Feil svar. Det er ikke tilstrekkelig med kun operasjon i brystet. Vaktpostlymfeknuteoperasjon er viktige diagnostiske inngrep som gjøres hos alle med brystkreft der det ikke er påvist aksillemetatstaser på forhånd. Dette er av betydning for valg av etterbehandling og for å unngå lokale tilbakefall i armhulen
D Strålebehandling mot brystet for å destruere tumor
Feil svar. Strålebehandling er aldri aktuell som primærbehandling av brystkreft

00001664c3fcd3a37d

6
En 33 år gammel kvinne oppsøker fastlegen sin. Hun er tidligere frisk og har ingen spesielle sykdommer i familien. Hun bor i en kystkommune. Hun har fått bemerket at hun har en kul på halsen. Den har vært tilstede i flere uker. Hun lurer på hva dette er. Ved inspeksjon er det en hevelse på halsen som beveger seg når hun snakker. Ved palpasjon er det en tumor fortil på halsen. Den framstår velavgrenset, fast i konsistens, uøm. Det er ikke forstørrede lymfeknuter å palpere på halsen.
Hva kan denne tumoren være og hva bør fastlegen gjøre?

A Det er en strumaknute. Det er ikke nødvendig med kontroll eller utredning.
Feil svar. Du kan ikke utfra klinisk undersøkelse utelukke tyroideacancer, og det er derfor nødvendig med utredning med UL og cytologi hos endokrinkirurg.
B X Det kan være tyreoideacancer. Fastlegen bør henvise pasienten til kirurgisk poliklinikk.
Riktig svar. Du kan ikke utfra klinisk undersøkelse utelukke tyroideacancer, og det er derfor nødvendig med utredning med UL og cytologi hos endokrinkirurg.
C Det er en median halscyste. Fastlegen bør avvente situasjonen siden den ikke er plagsom.
Feil svar. Du kan ikke utfra klinisk undersøkelse utelukke thyroideacancer, og det er derfor nødvendig med utredning med UL og cytologi hos endokrinkirurg.
D Det er sannsynligvis en stor lymfeknute. Fastlegen bør avvente situasjonen.
Feil svar. Det er ikke vanlig med lymfeknute midt foran på halsen. Uansett skulle en forstørret lymfeknute over uker utredes.

00001664c3fcd3a37d

7
Du møter pasienten på fastlegekontoret. Det er en 23 år gammel kvinne, tidl. frisk, ingen barn, bruker p-piller. Det er ingen spesielle sykdommer i familien. Hun forteller at hun har kjent en tumor i venstre bryst i noen uker. Den er kanskje litt øm. Det er ikke noe å bemerke ved inspeksjon. Ved palpasjon er det en veldefinert tumor litt lateralt og oppad i venstre bryst. Det er ingen andre funn.
Hva tror du dette er, og hva vil du foreta deg?

A Betennelse med abscess, vil prøve med antibiotika.
Det foreligger ikke infeksjonstegn.
B X Fibroadenom, vil henvise til brystdiagnostisk senter (BDS).
Brystkreft er lite sannsynlig i den alderen, men det kan ikke utelukkes ved klinisk undersøkelse alene. Hun bør derfor henvises
C Brystkreft, vil rekvirere mammografi ved privat institutt hvor det er kort ventetid.
Ved brystkreftmistanke bør det henvises til BDS.
D Fibroadenom, og det er ikke nødvendig med utredning.
Brystkreft er lite sannsynlig i den alderen, men det kan ikke utelukkes ved klinisk undersøkelse alene

00001664c3fcd3a37d

8
En mann på 19 år har hatt type 1 diabetes siden 10-årsalderen. I tenårene har glukosereguleringen vært ganske dårlig, HbA1c >90 mmol/mol. Han møter kun sporadisk opp til konsultasjoner på diabetespoliklinikken, han ønsker ikke tett oppfølging der. Han er nå hos deg som fastlege.
Han bruker langsomtvirkende insulin, insulin glargin 70-80 E x 1, samt hurtigvirkende insulin; han setter 10 E etter endel av de største måltidene når han spiser hjemme. Han glemmer oftest å ta med seg hurtigvirkende insulin når han reiser hjemmefra.
HbA1c 94 mmol/mol. Han veier 104 kg, KMI 32 kg/m^2.
Hvilken anbefaling bør gis til ham for å bedre glukosereguleringen?

A Han bør skifte fra insulinpenner til insulinpumpe for bedre glukoseregulering
Ikke mest riktig. Bruk av insulinpumpe krever god compliance fra pasienten da manglende oppfølging og årvåkenhet øker risikoen for ketoacidose. Insulinpumpe er derfor kun aktuelt hos pasienter som følger opp blodsukkeret og insulindoseringen, og som er motivert til å følge opp avtaler. Insulinpumpe kan likevel bli aktuelt hos pasienten dersom han ønsker oppfølging ved diabetespoliklinikken og er motivert for å følge opp diabetesbehandlingen.

B X Han bør sette hurtigvirkende insulin før alle måltider
Riktig svar. En har behov for økt insulinvirkning etter måltidene, når karbohydratene er absorbert. For å oppnå bedre glukoseregulering er det viktig å sette måltidsdoser med hurtigvirkende insulin til alle måltider. På grunn av forsinkelsen i absorbsjon av insulin fra subcutis, må dosene settes før måltidene.

C Han bør skifte til et ekstra langsomtvirkende insulin, insulin degludec, for å oppnå mer stabilt blodsukker
Ikke riktig. Typen langsomtvirkende insulinanalog er av mindre betydning, og et skifte vil neppe føre til bedre glukoseregulering. Det viktigste er at han setter hurtigvirkende insulin til måltidene.

D Han bør starte med Metformin tabl i tillegg pga overvekt og insulinresistens
Ikke riktig. Metformin øker insulinfølsomheten og vil nok redusere insulinbehovet. Men behovet for måltidsdoser med hurtigvirkende insulin vil fortsatt være like stort. Metformin brukes ikke i behandlingen av type 1 diabetes.

00001664c3fcd3a37d

9
Kvinne 70 år oppsøker fastlegen med spørsmål om hun kan ha osteoporose. Hennes mor hadde uttalt osteoporose, og en søster har også osteoporose. Fastlegen henviser henne til bentetthetsmåling som viser at hun har osteoporose.
Hvilken av disse T-score-verdiene brukes i definisjonen av osteoporose?

A X T-score $\leq$ -2,5 SD
Riktig. Osteoporose defineres som benmasse med et standardavvik på 2,5 eller mer under gjennomsnittet for friske, unge voksne kvinner (T-score $\leq$ -2,5)

B T-score $\leq$ -2,0 standardavvik (SD)

C T-score $\leq$ -3,0 SD

D T-score $\leq$ -1,5 SD

00001664c3fcd3a37d

10
En kvinne på 55 år oppsøker deg som fastlege på grunn av slitenhet som har økt på det siste halvåret. Hun forteller om økt søvnbehov, og hun har gått ned 3-4 kg i vekt. Noe dårlig matlyst. Hun er av og til svimmel. Hun har fra tidligere hyperkolesterolemi og bruker et statin som eneste medikament.
BT 118/62, puls 76.
Orienterende blodprøver tatt kl 09.30 viser blant annet TSH 2,4 mIE/L (0,5-4,0) og fT4 12,4 pmol/L (12,2-19,6), p-natrium 135 mmol/L (136-145), p-kortisol 125 nmol/L (133 - 537) og p-ACTH 2,0 pmol/L (1,6-13,9).
Hvilken utredning bør nå gjøres?

A MR hypofyse
Ikke mest riktig. MR hypofyse kan bli indisert. Men ressursmessig bør en gjenta kortisolanalysen for å støtte diagnosen sekundær binyrebarksikt samt undersøke om det er endringer i de øvrige hypofyseaksene før en bestiller MR.

B CT binyrer
Det er ikke forhøyet ACTH, og dermed ikke primær binyrebarksvikt. Det er ikke nødvendig å undersøke binyrene med CT, noe som er indisert i hovedsak ved primær bilnyrebarksvikt og negativ anti-binyrebark.

C X Blodprøve med kontroll av morgen-kortisol, samt FSH, LH, IGF-1 og prolaktin
Riktig. Lav kortisol og ikke-forhøyet ACTH kan være forenlig med sekundær binyrebarksvikt. I første omgang bør en gjenta kortisolmålingen. Det vil da være nyttig å sikre noe tidligere prøvetaking dersom pasienten vanligvis våkner tidligere enn 8-9-tiden om morgenen. Ressursmessig er det hensiktsmessig å gjenta kortisolanalysen og undersøke om det er endringer i de øvrige hypofyseaksene først, for å støtte diagnosen sekundær binyrebarksvikt. Hvis øvrige hypofysehormoner er komplett normale, bør en spørre mer detaljert om døgnrytme og inntak av glukokortikoider inkl kremer, korttilskudd, inhalasjon og injeksjon. Dersom vedvarende relativt lavt kortisolnivå hvor svikt ikke kan utelukkes (nivå < 350-400 nmol/l) og hun ikke har brukt noen syntetiske glukokortikoider, så bør hun henvises endokrinologisk avdeling for utreding.

D Blodprøve med kontroll av morgen-kortisol, samt aldosteron, renin og anti-binyrebark
Feil. Det er ikke forhøyet ACTH, og dermed ikke primær binyrebarksvikt. Det er derfor ikke nødvendig med analyse av antistoff eller aldosteron/renin.

00001664c3fcd3a37d

11
Du er lege i akuttmottaket når det kommer inn en mann på 83 år i meget redusert allmenntilstand. Han er somnolent og puster raskt og tungt. Kona forteller at han han har vært i gradvis dårligere form siste uka. Han har hatt dårlig matlyst i noen dager, og han har kastet opp noen ganger siste døgn. Blodtrykk 95/62 mmHg, puls 98/min.
Han bruker Metformin, Valsartan (A2-blokker) og Dapagliflozin (SGLT2-hemmer).
Du tar arteriell blodgass: pH 7,02 (7,38-7,46), pCO2 3,4 kPa (4,3-6). HCO3- 6 mmol/l (21-27), BE -18 (-3-3), laktat 2,3 mmol/l (0,5-2,1), glukose 10,5 mmol/l (4-6)
Hva vil være viktigste analyse i akuttmottaket for raskt å avklare diagnosen?

A X Måling av ketoner i kapillært blod
Riktig svar. Euglykemisk ketoacidose, dvs ketoacidose uten spesielt høye glukoseverdier, er en kjent bivirkning av SGLT2-hemmere. Det kan aller raskest avklares ved måling av blod-ketoner med hurtiganalyse av kapillært blod. Klart forhøyet nivå vil vise at det foreligger ketoacidose.

B Måling av ketoner i urin
Ikke mest riktig. Måling av ketoner i urin er mer uspesifikt da denne er positiv også ved f.eks sult (lavt matinntak).

C Måling av s-kreatinin
Ikke mest riktig. Nyresvikt er en annen mulig årsak her, slik at det er viktig å måle s-kreatinin, men det vil ta lengre tid før svar foreligger og ketoacidose må i mellomtiden bekreftes/avkreftes med ketonmåling.

D Diagnosen er sikker uten ytterligere analyser
Feil. Det er riktignok stor mistanke om ketoacidose, men metabolsk acidose pga nyresvikt er også mulig diff.diagnose. Måling av blod-ketoner vil imidlertid avklare om det foreligger ketoacidose.

00001664c3fcd3a37d

12
En kvinne på 75 år med feber den siste måneden legges inn til utredning. Hun har ingen kjent revmatisk sykdom og ingen fremmedlegemer i kroppen. Hun har dessuten ikke foretatt noen utenlandsreiser i løpet av de siste årene.
Hvilke undersøkelser bør gjøres først i den videre utredningen av denne kvinnen?

A Arteria temporalisbiopsi og røntgen thorax
B Bronkoskopi med BAL (Bronkoalveolær lavage) og CT-thorax
C Beinmargsbiopsi og CT-caput
D X CT-abdomen og blodkultur
I algoritmen for utredning av feber er CT-abdomen felles først da denne undersøkelsen ofte er avklarende både i forhold til infeksjoner (leverabscess, abscesser) og maligne sykdommer (tykktarmskreft, lymfom, metastaser).

00001664c3fcd3a37d

13
En kvinne 37 år oppsøker fastlege på grunn av kvalme, brekninger og smerter i høyre flanke og på høyre side av magen siste døgn. Hun har smerter i lumbalregionen. Hun har hatt frostrier og målt temperatur til 38,7 °C rektalt før konsultasjonen. Hun har ikke vannlatingsbesvær, og hun har ikke hatt avføring siste døgn.
Allmenntilstanden er redusert. Ved undersøkelse: Blodtrykk 128/74 mmHg, p 86. Det er abdominal stramning, ikke slippømhet. Lett bankeøm i ryggen på begge sider. Supplerende undersøkelse: CRP 32 mg/L (ref: <5). Urin strimmelundersøkelse: positiv for leukocytter, nitritt og protein.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Akutt appendicitt
B Akutt bekkeninfeksjon (PID)
C Divertikulitt
D X Pyelonefritt
Pyelonefritt gir ofte akutte symptomer med frostrier og feber, men i tidlig fase kan feber være fraværende. Medtatt med kvalme og brekninger og smerter i flanke og mage. Kun 1/3 av pasientene har nedre urinveissymptomer som tegn på samtidig cysitt. Smerter i lumbalregionen forekommer. Funn ved klinisk undersøkelse: Feber, bankeømhet i nyrelosjene kan forekomme. CRP er som regel forhøyet. Urin strimmelundersøkelse: positiv for leukocytter, nitritt, proteiner. Sykehistorie, klinikk og funn gjør diagnosen pyelonefritt mest sannsynlig

00001664c3fcd3a37d

14
Årlig registreres det 250-300 nye pasienter med HIV-infeksjon i Norge.
Hvilke to populasjoner utgjør den klart største andelen av disse?

A X Innvandrere og menn som har sex med menn
Kilde: FHI, https://www.fhi.no/ss/seksuelt-overforbare-infeksjoner/diag/om-hiv-og-aids/#hivsituasjonen-i-norge
B Blødere og intravenøst rusavhengige

C Intravenøst rusavhengige og menn som har sex med menn

D Innvandrere og intravenøst rusavhengige

00001664c3fcd3a37d

15
En 23 år gammel mann innlegges med gastroenteritt-lignende symptomer 1 uke etter han returnerte fra en reise i Tanzania. Det er reist spørsmål om dette kan være malaria.
Hvilke undersøkelser er det korrekt å bestille for å diagnostisere malaria?

A Blodkultur og spinalpunksjon
B Blodkultur og malaria antigentest
C X Blodutstryk og malaria antigentest
Blodutstryk med Giemsa-farging av tykk og tynn dråpe er den tradisjonelt beste måten å stille diagnosen malaria på. I de siste årene er antigentestene, som oftest er veldig gode, tatt i bruk på de aller fleste sykehus
D Blodutstryk og spinalpunksjon

00001664c3fcd3a37d

16
En kvinne på 75 år legges inn ved medisinsk avdeling med BT 85/50, puls 110, sløret bevissthet og feber (39˚C). Du har foreløpig ingen tilgjengelige laboratoriesvar. Det er ikke noe åpenbart utgangspunkt for noen infeksjon, men du vurderer det for sannsynlig at det er en pågående infeksjon og du vil starte antibiotika.
Hvilken behandling er riktigst å gi?

A X Penicillin i.v. + gentamicin i.v.
Pasienten har sepsis og vi velger empirisk behandling med penicillin+gentamicin. Det er ingen grunn til å velge antibiotika med bredere spektrum som cefalosporiner eller karbapenemer (meropenem) hos denne pasienten da det ikke er informasjon om infeksjon med resistente bakterier eller nyresvikt hos denne pasienten. Vancomycin+gentamicin er primært en behandling vi gir til pasienter med alvorlige fremmedlegemeinfeksjoner, noe det heller ikke er informasjon om hos denne pasienten.
B Meropenem i.v.
C 3. generasjons cefalosporin i.v. + metronidazol i.v.
D Gentamicin i.v. + vancomycin i.v.

00001664c3fcd3a37d

17
En 30 år gammel kvinne har vært på ferietur til Thailand. 5 dager etter hjemkomst får hun høy feber (40°C), sterk hodepine, spesielt retro-orbitalt, og intense muskel- og leddsmerter. Den siste dagen har det tilkommet et makulopapuløst utslett på truncus. Hun sier hun fikk flere myggstikk midt på dagen mens hun var på handlerunde i byen.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Malign malaria
B Tyfoidfeber
C X Denguefeber
Retroorbitale smerter og intense muskel- og leddsmerter er typisk for Dengue. Man blir smittet av sykdommen gjennom bitt fra Aedes-myggen som oftest biter på dagtid i byområder. Utslett er utypisk for malaria. Dessuten overføres malaria av Anopheles-myggen som biter på kvelds- og nattestid i krattområder. Rickettsioser overføres primært gjennom bitt av flått eller midd. Tyfoidfeber overføres gjennom inntak av kontaminert mat og drikke.
D Afrikansk flåttyfus (Rickettsia)

00001664c3fcd3a37d

18
Du jobber som LiS i akuttmottaket og tar i mot en 75 år gammel mann som kommer inn med symptomer forenlig med sepsis. Det er normal klinisk undersøkelse, negativ røntgen thorax og urin stiks. Mannen fikk innsatt en mekanisk hjerteventil for 2 år siden.
Det tas blodkulturer.
Hvilke antibiotika er det riktigst å starte med her i påvente av svar og videre utredning?

A Penicillin og gentamicin
Feil, brukes som behandling for sepsis med ukjent fokus - noe det ikke er her
B Ampicillin, gentamicin og metronidazol
Feil, brukes ved mistanke om sepsis fra abdomen, noe det ikke er her
C Penicillin og klindamycin
Feil, brukes ved f.eks. mistenkt nekrotiserende fasciitt, noe det ikke er her
D X Kloxacillin og gentamicin
Empirisk behandling ved sepsis er penicillin og gentamicin. Her vet vi imidlertid at pasienten har hjerteventil som mulig fokus for infeksjonen. I denne situasjonen er det riktig å rette behandlingen mot Staphylococcuc aureus med kloxacillin og gentamcin for mistenkt endokarditt. Ampicillin er primært mot fokus i buk og urinveier.

00001664c3fcd3a37d

19
En 42 år gammel rusavhengig mann blir innbrakt til legevakten fordi han er funnet forkommen. Han gjør greit rede for seg, men sier han har vært hjemme og for det meste sengeliggende de siste 2 ukene, har svettet mye og har tørrhoste.
Han har små pupiller, en rekke ferske og eldre sår etter injeksjoner på armer og bein. Distalt på høyre legg er det en infeksjon med pussekresjon. Det er normale respirasjonlyder ved auskultasjon. Over prekordiet høres en systolisk bilyd grad 2. BT 110/75 mmHg, puls 95 regelmessig, respirasjonfrekvens 18. CRP 75 mg/L (ref <5), øvrige infeksjonsparametre er normale.
Hva er den mest korrekte oppfølgingen i denne situasjonen?

A Henvis pasienten til en elektiv time ved medisinsk poliklinikk (gjennomsnittlig ventetid ved denne poliklinikken er 42 dager)
B Start behandling med fenoksypenicillin oralt 1,2 g x 4 i 7 dager og send pasienten hjem med beskjed om videre oppfølging hos fastlegen
C Send pasienten hjem med beskjed om å oppsøke fastlegen hvis situasjonen forverres
D X Innlegg pasienten som øyeblikkelig hjelp i sykehus med mistanke om en alvorlig infeksjon
Pasienten har en mulig alvorlig infeksjon som bør avklares. Han kan ha pneumoni eller en annen bakteriell infeksjon. Endokarditt forekommer også hyppig hos injiserende rusavhengige. En bør unngå forsinkelse av eventuell diagnose og behandling, og han bør derfor akuttinnlegges for blodkulturer, røntgen thorax og ekkokardiografi

---

20
I hvilken situasjon bør man ikke benytte ordinære kriterier basert på HbA1c for å stille diagnosen diabetes mellitus?

A X Ved kronisk hemolytisk anemi
Redusert erytrocyttlevetid redusererer HbA1c
B Når prøven er tatt ikke-fastende
C Ved alder < 18 år
D Ved bruk av p-piller

21
Ved skade på hypofysestilken kan prolaktinfrigjøringen fra hypofysen øke.
Hvilken mekanisme er årsaken til det?

A Autonom produksjon av dopamin i nevrohypofysen medfører økt produksjon av prolaktin
helt feil
B Redusert transport av *thyrotropin-releasing hormone* (TRH) fra hypothalamus til adenohypofysen medfører økt produksjon av prolaktin
helt feil
C Autonom produksjon av *thyrotropin-releasing hormone* (TRH) i nevrohypofysen medfører økt produksjon av prolaktin
helt feil
D X Redusert transport av dopamin fra hypothalamus til adenohypofysen fører til økt produksjon av prolaktin

helt rett

22
En 25 år gammel kvinne oppsøker legevakten på grunn av akutt oppståtte smerter ved vannlating, hyppig vannlating og vannlatingstrang det siste døgnet. Hun føler ikke at hun har feber. Hun forteller at hun har hatt lignende symptomer en gang før for et år siden. Hun er ikke gravid.
Hvordan bør dette håndteres?

A X Gi råd om egenbehandling inkludert rikelig væskeinntak og smertelindrende behandling, samt vent-og-se resept på antibiotika
Ikke nødvendig med urinstrimmelanalyse eller dyrkningsprøve ved typiske symptomer på akutt ukomplisert nedre urinveisinfeksjon hos en ung kvinne, heller ikke nødvendig med kontrollprøve etter behandling.
B Ta urinstrimmelanalyse for leukocytturi og nitritt, og gi resept på antibiotika dersom minst en av testene er positiv
C Gi resept på antibiotikabehandling og be henne levere kontroll urinprøve fem dager etter avsluttet behandling
D Instruer henne om å ta korrekt midtstrøms urinprøve til dyrkning, og vent-og-se resept for antibiotikabehandling

00001664c3fcd3a37d

23
Innenfor bakteriologisk diagnostikk av mikrobiologiske prøver må en positiv screeningtest for produksjon av betalaktamaser med utvidet spektrum (ESBL) bekreftes med videre analyser. Ett testresultat som støtter mistanken om ESBL er når MIC-verdien for cefotaksim uten klavulansyre er minimum åtte ganger høyere enn MIC-verdien for cefotaksim i kombinasjon med klavulansyre.
Hvorfor kan man undersøke for ESBL ved å utføre MIC tester for cefotaksim med og uten klavulansyre?

A ESBL gir resistens mot cefalosporiner ved øke antallet efflukspumper i celleveggen. Dette fører til høy MIC-verdi mot antibiotikumet. Klavulansyre reduserer effekten av ESBL ved å transportere betalaktamantibiotika over celleveggen slik at bakterien blir følsom og MIC-verdien lav.
B ESBL gir resistens mot cefalosporiner ved å endre bindestedet til betalaktamantibiotika. Dette fører til høy MIC-verdi mot antibiotikumet. ESBL er enzymer som hemmes av klavulansyre slik at når cefalosporinet kombineres med klavulansyre blir bakterien følsom og MIC-verdien lav.
C X ESBL gir resistens mot cefalosporiner ved å hydrolysere antibiotikumets betalaktamring. Dette fører til høy MIC-verdi mot antibiotikumet. ESBL er enzymer som hemmes av klavulansyre slik at når cefalosporinet kombineres med klavulansyre blir bakterien følsom og MIC-verdien lav.
ESBL er en betalaktamase med utvidet spektrum og hydrolyserer betalaktamringen på betalaktamantibiotika inkludert cefalosporiner. Dersom en bakterie er resistent mot et cefalosporin pga ESBL vil MIC verdien bli høy for dette middelet. Klavulansyre hemmer effekten av ESBL og mikroben vil da miste sin resistens og MIC verdien blir lav.
D ESBL gir resistens mot cefalosporiner ved å hydrolysere antibiotikumets betalaktamring. Dette fører til lav MIC-verdi mot antibiotikumet. ESBL er enzymer som katalyseres av klavulansyre slik at når cefalosporinet kombineres med klavulansyre blir MIC-verdien enda lavere.

00001664c3fcd3a37d

24
Du skal instruere en 66 år gammel kvinne om å ta prøve til urindyrkning.
Hvilken del av urinprøven skal samles i prøveglasset til dyrkning?

A X Midtre del av urinen samles i prøveglasset for å unngå hudkontaminanter som skylles ut med første del av urinen
Urinprøve til urin dyrkning skal tas som midtstråleprøve. Første del av urinen skal lates i toalettet i håp om at bakterier i ytre del av uretra og rundt uretraåpningen blir skylt bort av urinstrålen. Urinprøve til påvisning av Chlamydia trachomatis skal tas fra første del av urinprøven, såkalt first void urine sample).
B Første del av urinen skal samles i prøveglasset, for å sikre høy konsentrasjon av bakterier i prøven
C Første del av urinen skal samles i prøveglasset, for å sikre at bakterier lokalisert i uretra blir med i prøven
D Siste del av urinen samles i prøveglasset for å sikre at bakterier lokalisert nær infeksjonsprossessen i blæreveggen blir med i prøven

00001664c3fcd3a37d

25
En 33 år gammel kvinne kommer til første svangerskapskontroll ved 11 ukers graviditet. Ifølge pasientjournalen hadde hun en episode med pyelonefritt for tre år siden, men har ikke hatt flere episoder med urinveisinfeksjon etter det. Du rekvirerer urinprøve for utelukke asymptomatisk bakteriuri.
Urin dyrkning:
Eschericha coli 10^4 CFU/ml
Streptococcus agalactiae (gruppe B streptokokker, GBS) 10^3 CFU/ml.
Hvordan bør dette håndteres videre?

A Gi kvinnen beskjed om at hun bør ta ny urinprøve etter 1-2 uker for å bekrefte eller avkrefte om funnet representerer asymtomatisk bakteriuri
B Gi kvinnen beskjed om at hun ikke har asymptomatisk bakteriuri og ikke trenger antibiotikabehandling
C Gi kvinnen beskjed om at hun ikke har asymptomatisk bakteriuri, men at hun trenger antibiotikabehandling for gruppe B streptokokker
D X Gi kvinnen beskjed om at hun ikke har asymptomatisk bakteriuri og notere funnet av gruppe B streptokokker i hennes svangerskapsjournal
Det kreves bakterievekst ≥ 10^5 CFU/ml for at en skal gå videre med ny prøve for å evt bekrefte diagnosen asymptomatisk bakteriuri. Det er derfor ikke behov for ny prøve her. Funnet av gruppe B streptokokker skal noteres i kvinnens svangerskapsjournal fordi det kan ha betydning om hun skal ha profylaktisk behandling i forbindelse med fødselen for å hindre infeksjon hos barnet. Antibiotikabehandling tidlig i svangerskapet for gruppe B streptokokker beskytter ikke barnet mot invasiv infeksjon i forbindelse med fødselen.

00001664c3fcd3a37d

26
En 32 år gammel mann oppsøker fastlegen. Hans mor har kjent autosomal dominant polycystisk nyresykdom (ADPKD), og nå lurer han på om han også har denne tilstanden. Hans blodtrykk og eGFR er normal.
Hva bør fastlegen gjøre?

A Henvise ham til genetisk veiledning.
Kan være aktuelt etter at diagnosen er stilt.
B Henvise ham til nefrolog for utredning.
Ikke nødvendig å henvise før man har en berettiget mistanke om diagnosen.
C Berolige ham med at nyrefunksjon og BT er normal, og at han derfor med stor sannsynlighet ikke har arvet tilstanden.
Cystene dannes før fall i GFR, og viktig med tidlig diagnose for best mulig forebygging. Normalt BT utelukker ikke tilstanden.
D X Henvise ham til ultralyd av nyrene.
Riktig svar. Diagnosen stilles som regel med bildediagnostikk. Minst ressurskrevende er ultralyd. I noen tilfeller vil man trenge CT eller MR for å visualisere alle cystene
Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) in adults: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis - UpToDate

00001664c3fcd3a37d

27
En 70 år gammel pasient legges inn med raskt progredierende glomerulonefritt og hemoptyse. Blodprøvesvaret viser positiv c-ANCA (anti neutrofilt cytoplasmatisk antistoff), og diagnosen nekrotiserende glomerulonefritt bekreftes ved nyrebiopsi, som ledd i granulomatose med polyangitt (GPA).
Hvilken behandling er riktig å gi?

A X Høydose steroider + cyclofosfamid (cytostatikum) i 6 mnd og deretter overgang til annen immunosuppresjon
Dette er nå etablert som standard behandling. Kun steroider vil føre til resdiv ila få måneder. Også rel gamle pasienter tåler denne behandlingen rel bra.
B Høydose ACE hemmer + diuretika
C Ingen behandling aktuelt pga høy alder
D Høydose steroider hver annen dag i 6 mnd

00001664c3fcd3a37d

28
Nefrotisk syndrom karakteriseres av generelle ødemer og betydelige forstyrrelser i blod- og urinprøver. Hvordan defineres nefrotisk syndrom?

A eGFR lav, serumalbumin lav, u-albumin/kreatinin ratio > 300 mg/mmol og ødem
Alle andre alternativer er helt feil
B serumalbumin lav, kolesterol høy, u-albumin/kreatinin ratio > 30 mg/mmol og ødem
C eGFR lav, serumalbumin lav, u-albumin/kreatinin ratio > 30 mg/mmol og ødem
D X serumalbumin lav, u-albumin/kreatinin ratio > 300 mg/mmol og ødem
NS defineres som ødemer, lav s-albumin og u-ACR > 300 mg/mmol eller u-albumin > 3 g/d. Kolesterol er ofte forhøyet, men ikke definerende for syndromet. GFR kan være normal eller lav

---

29
En 68 år gammel mann har hatt diabetes type 2 i 6-8 år. Han er rimelig frisk, går turer regelmessig, inntil nylig jobbet som lærer. Han bruker Metformin 1000mg x2 (moderat/høy dose) og Candesartan 8 mg x1 (liten/moderat dose ARB). Han er godt fornøyd med sin medikamentelle behandling, og har ingen ønsker om å endre denne. BT er ca 160/90,
Lab: HbA1c 56 mmol/mol (ref.omr. 28-40 mmol/mol),
s-kreatinin 115 umol/l (ref.omr. 60-105 umol/l), lett stigende siste to år
urin albumin/kreatinin ratio 120 mg/mmol (ref.omr. < 3 mg/mmol), uendret i mange år
Hvilken vurdering er mest korrekt?

A Gitt pasientens alder og personlige ønsker så vurderes situasjonen som relativt tilfredstillende og man gjør ingen endringer av medisineringen
B Man bør legge til en moderat dose kalsiumkanalblokker (amlodipin 5mg x1) for å redusere proteinurien maksimalt
C X Man bør prøve å øke Candesartan til maks dose (32mg x1) samt legge til en SGLT2 hemmer (f. eks. Forxiga 10 mg x1)
Det viktigste her er å redusere BT til ca 130/80 og samtidig redusere albuminurien som er betydelig. Høy dose ARB og tillegg av SGLT2 vil være effektivt for å oppnå dette. Pas. bør forklares gevinst med reduksjon i risiko for CV sykdom og nyreskade, og motiveres til å gjøre disse endringene. Blodsukkerkontrollen er rimelig god mtp hans koborbiditet, og det er ikke så mye å hente på å bedre denne hos en slik pasient, og metformindosen må uansett nedjusteres ved red. GFR.
D Man bør bedre blodsukkerkontrollen ved å øke til maksimal dose metformin (1000mg x3), ønsket HbA1c rundt 53 mmol/mol

---

30
På legekontoret blir du oppsøkt av en 38 år gammel mann som er tidligere frisk. Han føler seg i dårlig form og har hodepine og synes at høyre arm er litt nummen. Han røyker ikke, bruker ingen medisiner og har KMI 28 (KMI 25-29,9 overvekt).
Lab: BT 228/140. Kreatinin 90 µmol/L (60-105 µmol/L), eGFR 62 ml/min (≥90 ml/min) Urin stix Albumin 2+
Hvilken av følgende vurderinger er mest korrekt?

A Du bestiller akutt CT caput og tar pasienten tilbake til kontroll neste dag dersom det ikke er noen funn på undersøkelsen
Pas med hypertensiv krise. Alvorlig forhøyet BT og tegn på endeorganskade skal legges inn på sykehus
B Du starter behandling med angiotensinreseptor blokker (AII blokker) og kalsium-antagonist, og tar ham tilbake til kontroll om 3 dager.
Pas med hypertensiv krise. Alvorlig forhøyet BT og tegn på endeorganskade skal legges inn på sykehus
C X Du legger pasienten inn på medisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp
Pasienter med hypertensiv krise trenger øyeblikkelig hjelp innleggelse
D Du starter BT behandling en angiotensinreseptor blokker (AII blokker) og tar pasienten til ny kontroll om 2 dager
Pas med hypertensiv krise. Alvorlig forhøyet BT og tegn på endeorganskade skal legges inn på sykehus

---

31
Du er på vakt i akuttmottaket og en 80 år gammel kvinne blir innlagt på medisinsk avdeling med akutt gastroenteritt. Hun har ikke fått i seg mat og drukket lite de seneste dagene. Hun har brukt blodtrykksmedisiner i 20 år og bruker nå en kalsiumblokker (Amlodipin 10 mg x 1) og en angiotensin reseptorblokker (Valsartan 160 mg x 1). Hun har tatt sine medisiner også under akutt sykdom.
Status ved innkomst: Nedsatt allmenntilstand. Stående hudfolder. BT 100/60, puls 102, regelmessig
Lab: Hb 16,3 g/dl (11,7-15,3 g/dl) CRP 34 mg/L (<5 mg/L) kreatinin 450 µmol/L (45-90 µmol/L, eGFR 12 ml/min (>60 ml/min), Natrium 149 mmol/L (137-145 mmol/L), Kalium 5,0 mmol/L (3,5-4,4 mmol/L)
Du starter iv væske tilførsel.
Hva er neste viktige tiltak?

A Starte høydose steroider på mistanke om raskt forløpende glomerulonefritt
Starter ikke behandling for mistenkt raskt forløpende glomerulonefritt hos en pasient med så uttalt prerenal nyresvikt
B Bestille innleggelse av dialysekateter i lysken slik at en raskt kan komme igang med hemodialysebehandling
Pas trenger ikke å starte i dialyse. Ikke overvæsket. Ingen trunede hyperkalemi
C X Legge inn urinkateter for å overvåke diurese
For videre væske behandling viktig å vite om pasienten har diurese
D Bestille ultralyd urinveier
Det blir gjort når pas har fått urinveiskateter og en har startet væskebehandling.

32
Mesangioproliferativ glomerulonefritt (IgA glomerulonefritt) er den hyppigst forkommende glomerulære sykdommen i Norge som i 30-40% av tilfellene progredierer til nyresvikt (CKD 5).
Hvilke forhold er forbundet med dårlig prognose med tanke på nyrefunksjon ved denne nyresykdommen?

A Påvisning av forstørrede nyrer ved ultralydundersøkelse
Ingen prognostisk betydning
B Makroskopisk hematuri ved infeksjoner
Ingen betydning med tanke på progresjon av sykdommen. Forsvinner ved økende alder.
C X Betydelig proteinuri
riktig
D Vedvarende betydelig utslag på blod i urinstix (mikrohematuri)
Ikke stor betydning med tanke på progresjon av sykdommen.

33
En 78 år gammel mann ble nyretransplantert for 15 år siden. Han bruker Sandimmun (Cyclosporin A), CellCept (Mykofenolat) og Prednisolon som immundempende medisiner. Han har redusert funksjon i nyretransplantatet med kreatinin 200 µmol/L, (ref. 60 – 105 µmol/L), eGFR 27 ml/min (ref. > 90 ml/min). Han bor langt unna sykehuset og oppsøker fastelege pga sterke smerter og hevelse i venstre forfot. Forsøkt paracetamol uten effekt. Fastlegen mistenker urinsyregikt.
Hva vil være den beste behandlingen fastlegen kan gi?

A NSAID (nonsteroidal anti inflammatory drug)
Bør ikke brukes ved red. nyrefunksjon, kan medføre ytterligere forverring
B Allopurinol
Forebyggende, bør ikke startes under anfall, og kuperer ikke anfall
C Legge til opioider til paracetamol
Man må utvise stor forsiktighet ved bruk av opioider ved nedsatt nyrefunksjon pga fare for akkumulering av aktive metabolitter. Høy alder øker risiko. Dessuten ikke god smertebehandling ved urinsyregikt.
D X Forbigående øke Prednisolondosen
Mest effektiv på smerter og varighet av symptomene, ikke nyreskadelig

---

34
Du er fastlege og skal henvise en kvinne og hennes partner til infertilitetsutredning/behandling ved offentlig fertilitetsklinikk. Hvilke tre opplysninger fra fastlegen er viktigst for fertilitetslegen for å vurdere henvisningen? (Navn og alder på både kvinne og ev. partner fremgår allerede i henvisningen.)

A 1) Aktuelle psykososiale og medisinske forhold av betydning for et evt svangerskap og omsorgsevne for det kommende barn.
2) Gynekologisk anamnese; dvs tidligere svangerskap og utfall av disse.
3) Kartlegging av livsstilsfaktorer av betydning for fertilitet og svangerskapsutfall, inklusiv stimulantia og BMI.
Gynekologisk anamnese er bra, men ikke blant de tre viktigste fra fastlegen.

B 1) Aktuelle psykososiale og medisinske forhold av betydning for et ev. svangerskap og omsorgsevne for det kommende barn.
2) Kvinnens menstruasjonsforhold.
3) Kartlegging av livsstilsfaktorer av betydning for fertilitet og svangerskapsutfall, inklusiv stimulantia og BMI.
Menstruasjonsforhold er ønskelig, men ikke blant de tre viktigste.

C X 1) Aktuelle psykososiale og medisinske forhold av betydning for et evt svangerskap og omsorgsevne for det kommende barn.
2) Tidligere barn hos både kvinnen og hennes partner.
3) Kartlegging av livsstilsfaktorer av betydning for fertilitet og svangerskapsutfall, inklusiv stimulantia og BMI.
Mest korrekte svar- idet fex. 2 felles barn gir direkte avslag på henvisning til offentlig klinikk..

D 1) Tidligere barn hos både kvinnen og hennes partner.
2) Kartlegging av livsstilsfaktorer av betydning for fertilitet og svangerskapsutfall, inklusiv stimulantia og BMI.
3) Vedlagt politiattest / barne -og omsorgsattest for begge.
Fastlegens kjennskap til evt forhold av betydning er viktigst. Politiattest kan evt Fertilitetsklinikken innhente på et senere tidspunkt.

00001664c3fcd3a37d

35
En kvinne på 45 år kommer til deg som allmennlege. Hun har merket rikeligere menstruasjonsblødninger de siste 6 måneder, må bruke både bind og tamponger og blør i tilsammen 10 dager hver syklus. Menstruasjonen er ganske regelmessig. Hun har noe trykk eller ubehag i nedre venstre del av abdomen og dype støtsmerter ved samleie. Siste cervixcytologi tatt for ett år siden, besvart normal.
Ved gynekologisk undersøkelse med bimanuell palpasjon finner du en fast oppfylning i nedre del av abdomen, til 3-4 fingerbredder nedenfor navlen. Hva er de(n) viktigste undersøkelsen(e) du bør foreta for denne pasienten?

A Du bør ta Hb og MCH/MCV
Dette er også viktig, men det er ingen opplysninger om at hun har symptomer på anemi, slik at pipelleprøve blir viktigst

B Du bør ta hormonprøver (østrogen og FSH)
Menopausestatus er viktig, men ikke viktigere enn pipelle. Og hun har ganske regelmessige menstruasjoner fortsatt, dvs. sannsynligvis normale hormoner

C Du bør ta cervixcytologi
Dette bør tas hvis det ikke er tatt på flere år, men ellers er dette en screeningprøve og skal ikke tas på annen indikasjon som f.eks. blødningsforstyrrelser

D X Du bør ta selv eller henvise til gynekolog for pipelleprøve fra endometriet
Viktigst å utelukke endometriecancer her

00001664c3fcd3a37d

36
Hvordan påvirker p-piller som kun inneholder gestagen hormonnivåene i hypofyse-gonade-aksen?

A De gir funn som ved hypogonadotrop hypergonadisme
Østradiolnivåene er fortsatt lave, sekundært til neg. feedback på hypofysen av det eksternt tilførte gestagenet
B De gir ingen påvirkning av hormonnivåene
C X De gir funn som ved hypogonadotrop hypogonadisme
Det er rett, pga. neg. feedback fra de eksternt tilførte hormonene (gestagen), vil FSH være lav og målt østradiol lavt
D De gir funn som ved hypergonadotrop hypogonadisme
Nei, FSH fra hypofysen hemmes pga. eksternt tilført hormoner (gestagen)

00001664c3fcd3a37d

37
45 år gammel kvinne, para 1. Har brukt hormonspiral i flere år, med amenore som resultat. Siste spiralskiftet var for 3 år siden hos fastlege. Siste cervixcytologi ble tatt for 12 år siden. Siste året har hun hatt stadig sporblødninger spesielt etter samleie. Hun oppsøker nå fastlege pga økende blodtilblandet vaginalfluor siste 2 måneder. I tillegg har hun kjent smerter i bekkenet med utstråling til venstre underekstremitet. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A X Cervixcancer
Pas har ikke fulgt screeningprogrammet med cx cytologi (siste prøve tatt for 12 år siden), hun er dermed en risikopas for utvikling av cx cancer. Hun har over lang tid (1 år) hatt sporblødninger, til tross for hormonspiral, der hun tidligere har vært amenoroisk. Dette kan derfor være tegn på patologi på cervix.
B Begynnende ovarialsvikt ("overgangsalder")
Dersom pas er kommet i overgangsalderen og har en fungerende hormonspiral, vil hun ikke få blødninger.
C Cervicitt
Cervicitt kan gi blodtilblandet utflod, men med opplysninger om ikke å ha fulgt cytologi screening programmet, og i tillegg symptomer med smerter fra bekkenet, er denne diagnosen mindre sannsynlig.
D Hormonspiralsvikt
Passer dårlig med blodig utflod og smerter i bekkenet. Ved hormonspiralsvikt er det vanlig at normal menstruasjon gradvis kommer tilbake

00001664c3fcd3a37d

38
Operativ vaginal forløsning med vakuum kan gjøres på forskjellige indikasjoner.
Hvilken av disse er en korrekt maternell forløsningsindikasjon?

A Feilinnstilling hos fosteret
B X Sliten mor
En forutsetning for operativ vaginal forløsning med vakuum er at fosteret ligger i hodeleie. Seteleie er en kontraindikasjon. Truende fosterasfyksi er en føtal indikasjon og ikke en maternell indikasjon. Feilinnstilling hos fosteret kan være en grunn for langsom fremgang som igjen kan være en indikasjon for en operativ vaginal forløsning, men er ikke en indikasjon i seg selv.

C Seteleie
D Truende fosterasfyksi

00001664c3fcd3a37d

39
Ultralyd i andre trimester (rutineultralyd) har vært en del av den ordinære svangerskapsomsorgen i Norge i mange år.
Hvilke 4 obligatoriske deler skal alltid være med i en slik undersøkelse?

A X Terminfastsettelse, telle antall fostre, placentas lokalisasjon, gjennomgang av fosteranatomi
Det er 4 obligatoriske deler av denne undersøkelsen: Termin skal fastsettes, eventuelle flerlinger skal diagnostiseres, placentas lokalisasjon skal fastsettes for å utelukke placenta previa og det skal gjøres en generell gjennomgang av anatomien. Fosterets kjønn er ikke en obligatorisk del av undersøkelsen, men hvis foreldrene ønsker det og det er mulig å se kan det oppgis, men man forlenger ikke eller gjentar ikke undersøkelsen hvis man ikke ser det. Studier har vist at bonding er en positiv effekt av ultralyd undersøkelser i svangerskapet, men ikke årsaken til at undersøkelsen utføres.
B Terminfastsettelse, telle antall fostre, gjennomgang av fosteranatomi, fastsette fosterets kjønn

C Terminfastsettelse, telle antall fostre, gjennomgang av fosteranatomi, mulighet for foreldrene å se fosteret ("bonding")
D Terminfastsettelse, placentas lokalisasjon, mulighet for foreldrene å se fosteret ("bonding"), gjennomgang av fosteranatomi

00001664c3fcd3a37d

40
Tvillingsvangerskap er høyrisikosvangerskap. Hvis tvillingene deler placenta, dvs. er monochoriote tvillinger, er risikoen enda høyere.
Hvilken komplikasjon er unik for monochoriote tvillinger?

A Preterm fødsel før uke 32
B X Tvilling tvilling transfusjonssyndrom
Tvilling tvilling transfusjonssyndrom er en komplikasjon som oppstår på bakgrunn av anastomoser mellom fostre som deler placenta, dvs. monochoriote tvillinger. Alle de andre komplikasjonene kan skje hos alle typer tvillinger og er ikke assosiert med chorionisitet.
C Vekstretardasjon hos fostrene
D Preeklampsi hos den gravide

00001664c3fcd3a37d

41
Tredjegangsfødende etnisk norsk kvinne, 37 år. Tidligere 2 normale svangerskap og fødsler for 5 og 7 år siden, med lett blodtrykksstigning på slutten i begge svangerskap. Har astma, men er ellers frisk. BMI 28. Hun er gravid i uke 9+3 etter siste mens. Hun kommer til sin første svangerskapskontroll hos deg som sin fastlege.
Ifølge norske retningslinjer, hva blir mest riktig å henvise henne til?

A X Ultralyd i svangerskapsuke 11-14 og non invasiv prenatal test (NIPT) på grunn av høy maternell alder
Alle gravide får nå tilbud om ultralyd i første trimester og de som er over 35 år ved termin får tilbud om NIPT. BMI på 28 er overvekt, men ingen indikasjon for ekstra undersøkelser (glukosebelastning) i svangerskapet. Hun hadde litt blodtrykksstigning i de 2 foregående svangerskapene men dette er ikke preeklampsi. 24 timer blodtrykkregistrering gjøres bare ved diagnostisering av høyt blodtrykk og ikke som en screening test ved tidligere preeklampsi.
B Glukosebelastningstest i svangerskapsuke 12 på grunn av høy maternell BMI
Retningslinjene sier screening med HBA1c ved før-gravid BMI over eller lik 30
C 24-timers blodtrykksmåling i svangerskapsuke 24 på grunn av tidligere preeklampsi
Hun har ikke hatt preeklamsi tidligere
D Svangerskapspoliklinikken på grunn av høy maternell BMI

00001664c3fcd3a37d

42
Du er fastlege for en 26 år gammel kvinne og har for 2 måneder siden tatt en livmorhalsprøve (screening) av henne. Du har nå fått følgende svar:
ASC-US (atypical squamous cell of uncertain significance) og positiv test for “andre høyrisiko HPV” (dvs. ikke 16, ikke 18 HPV virustyper).
Hva gjør du helst nå?

A Henviser pasienten til utredning hos gynekolog med kolposkopi og portiobiopsi/cervicalt utskrap
B Henviser pasienten til pakkeforløp for gynekologisk kreft
C Henviser pasienten til konisering av cervix uteri
D X Avtaler kontroll med ny livmorhalsprøve om 6 måneder
Det er kun usikre celleforandringer og en "høyrisiko HPV"-type som ikke er så aggressiv som HPV 16 og 18, derfor ikke nødvendig med biopsier nå, kun kontrollere cytologi

00001664c3fcd3a37d

43
Du er fastlege for en 38 år gammel kvinne, para 3, yngste barn er 10 år, hun bruker ingen prevensjon. Hun ønsker nå å fjerne livmor og eggstokker. Hun er bekymret for å få eggstokkreft siden moren hennes døde 48 år gammel av dette.
Hvordan går du helst fram her?

A Du henviser pasienten til gynekolog
B X Du henviser pasienten til avdeling for medisinsk genetikk
Riktig å gjøre her
C Du beroliger pasienten og sier at hun er for ung for å vurdere dette
Hun er ikke for ung til rådgiving
D Du henviser pasienten til MR bekken
Bør ikke gjøre uten at du har noen funn på forhånd, f.eks. ved gynekologisk undersøkelse og/eller vaginal ultralyd

00001664c3fcd3a37d

44
Kvinne 36 år, fødte sitt tredje barn for en uke siden. Hun skulle løfte barnevogna inn i bilen og merket da at noe kom ut gjennom skjedeinngangen. Hun blir hastehenvist til deg som gynekolog og du finner at uterus buler ut gjennom skjedeinngangen.
Hva er den beste behandlingen av denne tilstanden?

A Du henviser til snarlig hysterektomi
Litt drastisk og det er kanskje i tillegg blære og ligamentene som må reponeres/fikseres, mer enn selve uterus
B Du reponerer uterus og anbefaler bekkenbunnstrening
Mest sannsynlig vil uterus falle ut igjen uten en innlagt descensring
C X Du reponerer uterus og legger inn en ringpessar
Konservative tiltak er best initialt, deretter kommer bekkenbunnstrening og ev. kirurgisk behandling
D Du henviser til snarlig laparoskopisk sacrouteropexi
Kan bli aktuelt på sikt, hvis konservative tiltak ikke hjelper tilstrekkelig men er ikke førstehåndbehandling

00001664c3fcd3a37d

45
58 år gammel kvinne, para 3. Hun kommer til deg som sin fastlege pga at hun siste året har hatt økende plager med plutselig vannlatingstrang med urinlekkasje. Hun sier hun vet hvor alle toalettene i Midtbyen er.
Menopause for 5 år siden. Bruker ingen hormoner. Hun veier 85 kg, høyde 165 cm. Hun er tidligere frisk og bruker ingen medisiner.
Det er normale funn ved gynekologisk undersøkelse.
Hva vil du helst forslå som førstehåndstiltak for denne kvinnen?

A X Lokale østrogener, vektnedgang og bekkenbunnstrening
Konservative tiltak må prøves ut først
B Henviser til botox
Dette kommer lenger ut i forløpet, må først utredes med urodynamisk undersøkelse
C Henviser til gynekolog for TVT (tensjonsfri vaginal tape) operasjon
Dette er uansett behandling for stress-inkontinens, pasienten har symptomer på urge inkontinens.
D Henviser til urolog for cystoskopi
Det er ingen opplysninger om hematuri eller smerter her, men kan bli aktuelt litt uti forløpet

00001664c3fcd3a37d

46
Du er turnuslege i distrikt langt fra nærmeste sykehus. En kvinne på 27 år kommer til deg med sparsom vaginalblødning, litt ubehag i underlivet og positiv graviditetstest i urinen. Hun hadde siste menstruasjon for 6 uker siden.
Hun er Gravida 4, Para 1: én tidligere provosert abort for 10 år siden, en normal fødsel for 8 år siden, et tidligere svangerskap utenfor livmora for 5 år siden som hun ble behandlet konservativt for.
Urin HCG er positiv. Ved gynekologisk undersøkelse finner du svakt pågående vaginalblødning, uterus er lett rugge- og palpasjonsøm. Hun er ikke peritonealt irritert.
Hva er det riktigst å gjøre videre?

A Du måler serum HCG i dag og om 2 dager og anbefaler henne å ikke reise langt bort
Det er korrekt å måle hennes serum HCG, men det er ikke tilstrekkelig pga funn av noe ruggømhet ved GU.
B Du sender henne med helikopter til nærmeste sykehus med gynekologisk avdeling
Hun har ikke symptomer nå som tyder på at det pågår betydelig intraabdominal blødning, så det haster ikke så mye å komme til gynekolog
C Du ber henne komme tilbake om en uke, eller før om smertene øker, og å ikke reise langt bort
Det er ikke tilstrekkelig pga risiko for ruptur av ev. extrauterin svangerskap
D X Du sender henne til gynekologisk poliklinikk som øyeblikkelig hjelp, og avtaler at hun organiserer transport selv
Siden hun har hatt et tidligere svangerskap utenfor livmora har hun økt risiko for et nytt svangerskap utenfor livmor og bør få gjort en vaginal ultralydundersøkelse samt gynekolgisk undersøkelse hos spesialist i tillegg til serum HCG måling. Symptomer og funn er ikke så alarmerende at man må sende henne med helikoptertransport

00001664c3fcd3a37d

47
En 19 år gammel kvinne kommer til deg som fastlege med uregelmessig blødning og noe smerter i nedre abdomen.
Ved undersøkelsen er hun øm ved dyp palpasjon i nedre abdomen og uterus er ruggeøm. Urin HCG er negativ og CRP er på 48. Temperatur er 37,1.
Hva er den mest sannsynlige diagnose?

A Cervicitt
Ved cervicitt er uterus ikke ruggøm
B X Salpingitt
I denne aldersgruppen med disse symptomene er salpingitt den mest sannsynlige diagnose.
C Endometritt
Isolert endometritt er ikke vanlig bortsett fra i sammenheng med svangerskap eller etter inngrep på endometriet.
D Tuboovarialabscess
Ikke typisk med "litt" abdominalsmerter og temperatur på 37.1.

00001664c3fcd3a37d

48
En 27 år gammel kvinne oppsøker deg som sin fastlege fordi hun de siste tre årene har hatt økende grad av underlivssmerter, spesielt ved eggløsning og i dagene før menstruasjon.
Hva er den mest sannsynlige forklaringen på smertene?

A At hun har en dermoidcyste
B X At hun har endometriose
klassisk endometrioseklinikk
C At hun har kronisk salpingitt
D At hun har myomer

00001664c3fcd3a37d

49
Hos en 35 årig gravid kvinne med BMI 32 kg/m^2 er det gjort glukosebelastning i svangerskapsuke 24. Fastende blodsukker var 4,6 mmol/l (referanse: <6,7) og etter 2 timer 9,1 mmol/l (referanse <7,8). Du er hennes fastlege. Hvordan tolker du prøvesvarene og hvilke tiltak/behandling vil være mest korrekt?

A X Mest sansynlig har hun svangerskapsdiabetes, og behandlingen er primært kostregulering og kontroll av blodsukker før og etter måltid
Dette er første skritt som de fleste kommer i mål med. Henvisning kan bli aktuelt hvis man ikke oppnår glukosekontroll.
B Uklart hvilken type diabetes hun har og du vil henvise henne til endokrinolog for vurdering og ev. behandlig
C Mest sannsynlig har hun svangerskapsdiabetes og behandlingen er metformin i tillegg til kostregulering
D Mest sannsynlig har hun diabetes type 2, og behandlingen er primært insulin og kontroll av blodsukker før og etter måltid

00001664c3fcd3a37d

50
Hvilken av de følgende gravide kvinnene skal du henvise til svangerskapspoliklinikken i første trimester for vurdering?

A 32 år, pregravid BMI 30 kg/m^2 og PCOS
B 29 år, pregravid BMI 35 kg/m^2 og emesis
C 40 år, pregravid BMI 33 kg/m^2 og i forrige graviditet kostregulert svangerskapsdiabetes
D X 25 år, pregravid BMI 40 kg/m^2 og hodepine
Gravide med pregravid BMI over eller lik 40, skal henvises til svangerskapspoliklinikken for vurdering av risikofaktorer, planlegging og ekstra oppfølgning i graviditet

00001664c3fcd3a37d

51
En førstegangsfødende på 22 år ankommer fødeavdelingen. Hun er i uke 24+0, beregnet etter termin ultralyd. Hun forteller at det i går begynne å komme vandig tyntflytende utflod. Fargen er lysrosa, det er ingen lukt. Hun kjenner fosterbevegelser og har ingen magesmerter. Hun er ellers frisk.
Du er lege på fødeavdelingen. Hva er riktigst å gjøre nå?

A Gjøre en ultralydundersøkelse for å bekrefte/avkrefte vannavgang
B Ta en pinneprøve fra utfloden for å sjekke om hun har en seksuelt overførbar infeksjon
C X Gjøre en steril spekulumundersøkelse for å bekrefte/avkrefte vannavgang
Her er det anamnestisk mistanke om preterm vannavgang og da er en steril spekulumundersøkelse viktig for å få bekrefte/avkrefte denne. Man skal ikke gjøre vaginal eksplorasjon før en ev. vannavgang er avkreftet pga risiko for oppadstigende infeksjon. En ultralydundersøkelse vil ikke kunne avkrefte eller bekrefte vannavgang. En bakterieprøve skal tas hvis det er mistanke om preterm vannavgang, men det er ikke sekseult overførbar infeksjon vi primært ønsker å teste på, men det gjøres en generell dyrkning for å se om det er bakterier til stede som for eksempel gruppe B streptokokker.
D Utføre en digital vaginal eksplorasjon for å sjekke om hun er i fødsel

00001664c3fcd3a37d

52
En 26 år gammel førstegangsfødende kvinne, gravid i uke 34, kommer til deg som fastlege. Hun har sovet dårlig om natten grunnet sterk hudkløe, spesielt i håndflatene og under fotsålene.
Du undersøker henne og finner normale vitale parametre, intet hudutslett, urinstix negativ.
Hva er mest riktig å si til henne?

A At svangerskapskløe uten utslett er vanlig og ufarlig
Feil. Det stemmer at svangerskapskløe er et vanlig symptom hos gravide, men det kan være et tegn på intrahepatisk kolestase i svangerskapet, som er forbundet med økt risiko for intrauterin fosterdød.
B At hun bør henvises til svangerskapspoliklinikken for en ultralydundersøkelse
Feil. Er ikke første tiltak men kan gjøres etter hvert.
C X At du ønsker å undersøke leverfunksjonsprøver og gallesyrer
Riktig svar. Du bestiller leverfunksjonsprøver og gallesyrer for å undersøke for intrahepatisk kolestase.
D At svangerskapskløe uansett utslett er vanlig og ufarlig
Feil. Det stemmer at svangerskapskløe er et vanlig symptom hos gravide, men det kan være et tegn på intrahepatisk kolestase som er forbundet med økt risiko for intrauterin fosterdød.

00001664c3fcd3a37d

53
Pasienten er førstegangsfødende og gravid i uke 30. Blodtrykk, urin og blodprøver viser at hun har alvorlig preeklampsi. Barnet må forløses i løpet av kort tid pga mors alvorlige sykdom. Hun settes på Magnesiumsulfat intravenøst. Hva er målet med denne typen behandling?

A X Nevroproteksjon av fosteret
Magnesiumsulfat brukes som nevroproteksjon ved forløsning av barn før 32 uker.
B Lungemodning hos fosteret
Det er viktig å gi Celeston (steroider) ved truende preterm fødsel før 34 uker. Magnesiumsulfat gir kke lungemodning
C Senke blodtrykket hos mor
Magnesiumsulfat senker ikke blodtrykket
D Forhindre en spontan preterm fødsel
Magnesiumsulfat brukes ikke som tokolytika

00001664c3fcd3a37d

54
For å forebygge smitteoverføring fra mor til foster/barn bør alle gravide få tilbud om å bli undersøkt for følgende sykdommer på første konsultasjon i svangerskapet:

A Toxoplasmose, Syfilis, Rubella
B Hepatitt C, HIV, Toxoplasmose
C X Hepatitt B, Syfilis, HIV
Dette i følge Helsedirektorates sine retningslinjer for svangerskapsomsorgen.
D Hepatitt B, Toxoplasmose, HIV

00001664c3fcd3a37d

55
Hva er den mest sannsynlige årsaken til rikelig blødning som oppstår 3 uker etter en vaginal fødsel?

A X Hinnerester
Riktig. Relativt vanlig forekommende, gir langtrukken blødning.
B Trombocytopeni
Uvanlig tilstand
C Uoppdaget cervixrift
Sjeldent tilstand, gir alvorlig, rikelig blødning umiddelbart etter fødsel.
D Uterus atoni
Feil, uterus atoni forekommer umiddelbart etter fødsel, og er en meget rikelig og alvorlig akutt blødning.

00001664c3fcd3a37d

56
Hva betyr atresi?

A Manglende ekstremitet.
B X Manglende åpning.
Atresi er vanligvis manglende åpning i et hulorgan, som tarm eller øsofagus.
C Manglende organ.
Manglende organ heter agenesi.
D Manglende arterie.

00001664c3fcd3a37d

57
En 46 år gammel kvinne opereres med hysterektomi og bilateral salpingo-ooforektomi. Makroskopisk er det beskrevet tumormasser i begge adnex. Ved mikroskopisk undersøkelse er det infiltrerende tumorvev bestående av kjertler, grupper og store flak av grovt atypiske celler i begge ovarier. I fimbriedelen av venstre tube er det atypiske celler i slimhinneoverflaten. Morfologisk ligner de på tumorvevet i ovariet, men det er ikke sett infiltrerende vekst i tuben.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig for forandringene i ovariene?

A Lavgradig serøst karsinom
Feil. Lavgradig serøst karsinom (LGSC) er mye sjeldnere enn høygradig serøst karsinom, og LGSC er ikke assosiert med den beskrevne forløperlesjonen i fimbriene.
B Serøst tubart intraepitelialt karsinom
Feil. Dette er en forløperlesjon til høygradig serøst karsinom, og det sees gjerne i fimbriene.
C X Høygradig serøst karsinom
Riktig. Det er beskrevet infiltrerende vekst i ovariene, med grov atypi, og diagnosen i ovariene passer med forløperlesjonen som er beskrevet i fimbriene.
D Serøst cystadenom
Feil. Det passer ikke med beskrivelsen.

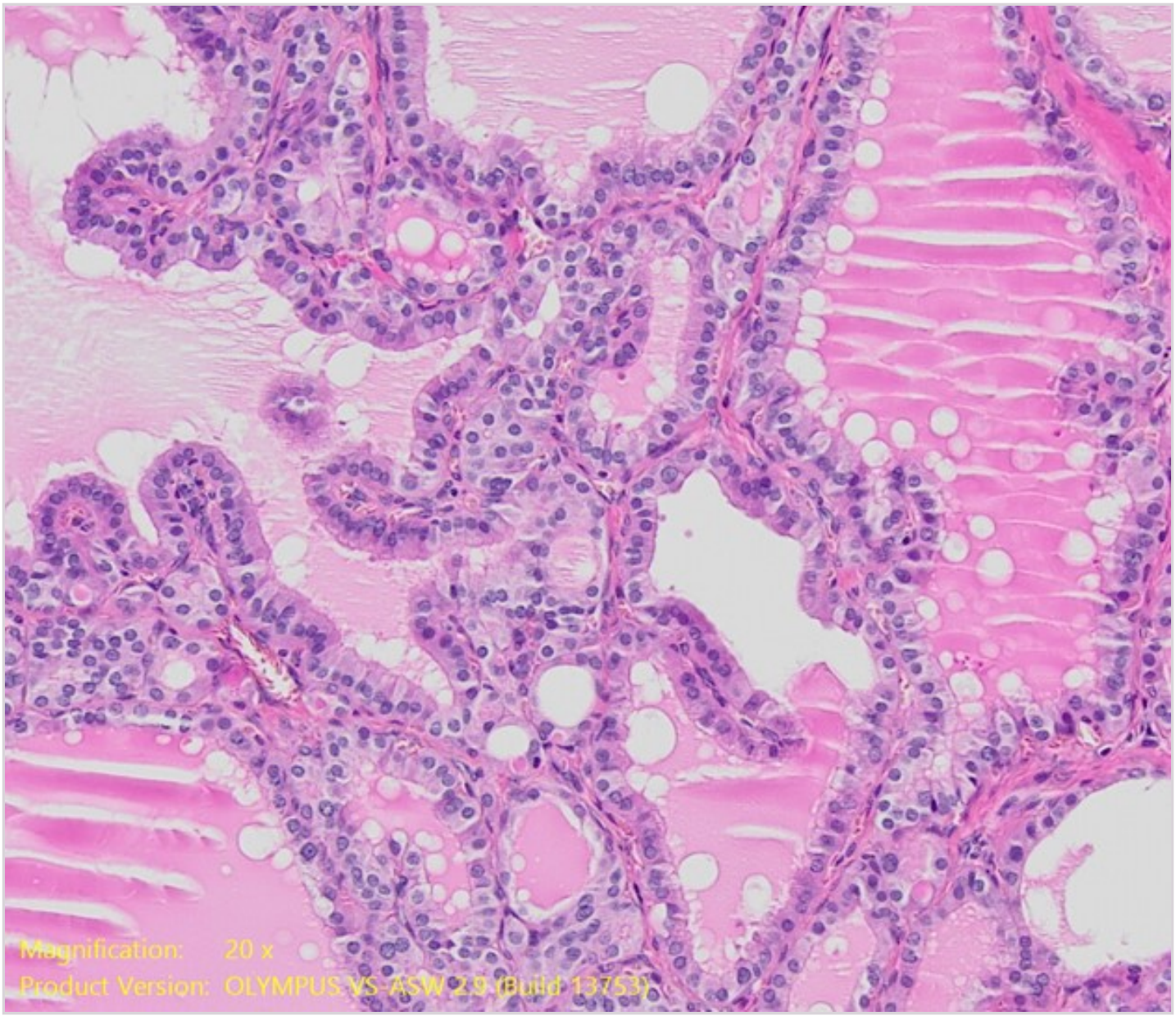
00001664c3fcd3a37d

58
En ung kvinne plages med magesmerter, særlig ved menstruasjon. Ved laparoskopi sees blålige flekker i peritoneum. Det blir tatt en biopsi fra en slik flekk på peritoneum. Mikroskopibeskrivelsen er som følger:
Det sees bløtvev med grupper av kjertler omgitt av en tynn brem av celletett, regelmessig stroma. Det er fersk og gammel blødning i stromaet. I kjertlene sees regelmessig sylinderepitel med kjerner uten atypi, og enkelte intraepiteliale mitoser.
Hva er diagnosen?

A Adenomyose
Feil. Adenomyose er endometriekjertler og endometriestroma i myometriet.
B X Endometriose
Riktig. Endometriose er endometriekjertler og endometriestroma utenfor uterus.
C Høygradig serøst karsinom
Feil. Høygradig serøst karsinom har atypi, og kjertlene er ikke omgitt av endometriestroma.
D Metastase fra koloncancer
Feil. Metastase fra koloncancer har atypi, og kjertlene er ikke omgitt av endometriestroma.

00001664c3fcd3a37d

59
Under ser du et bilde av et hematoxylin-eosin-(HE)-farget histopatologisk snitt som er tatt fra thyroidea til en pasient som plages med hjertebank, økt svetting og vekttap.
Hva er mest sannsynlige diagnose?



A Normal tyroidea
Feil: Normalt thyroideavev har rundformede follikler uten pappillære projeksjoner. Det er ikke normalt med så mange 'resorpsjonsvakuoler' i normalt thyroideavev.

B Metastase
Feil: Vi kan se at vevet er fra thyroidea og det er ingen tegn til malignitet i bildet (atypiske celler, mitoser, nekroser, invasiv vekst).

C Papillært tyroideakarsinom
Feil: Vi ser kolloid og aktivitet i folliklene, som ikke ses ved papillære thyroideacarcinomer. Vi ser heller ikke tegn til de karakteristiske kjerneforandringer som ses i papillære thyroideacarcinomer (pseudoinklusjoner, nukleære foldinger («kaffebønnekjerner») og tomme kjerner (mattglasstruktur)).

D X Diffus hyperplasi (Graves hypertyreose)
Riktig: Det ses irregulære former på folliklene, økt mengde "resorpsjonsvakuoler", mer kubiske epitelceller og papillære projeksjoner (eksempel midt i bildet).

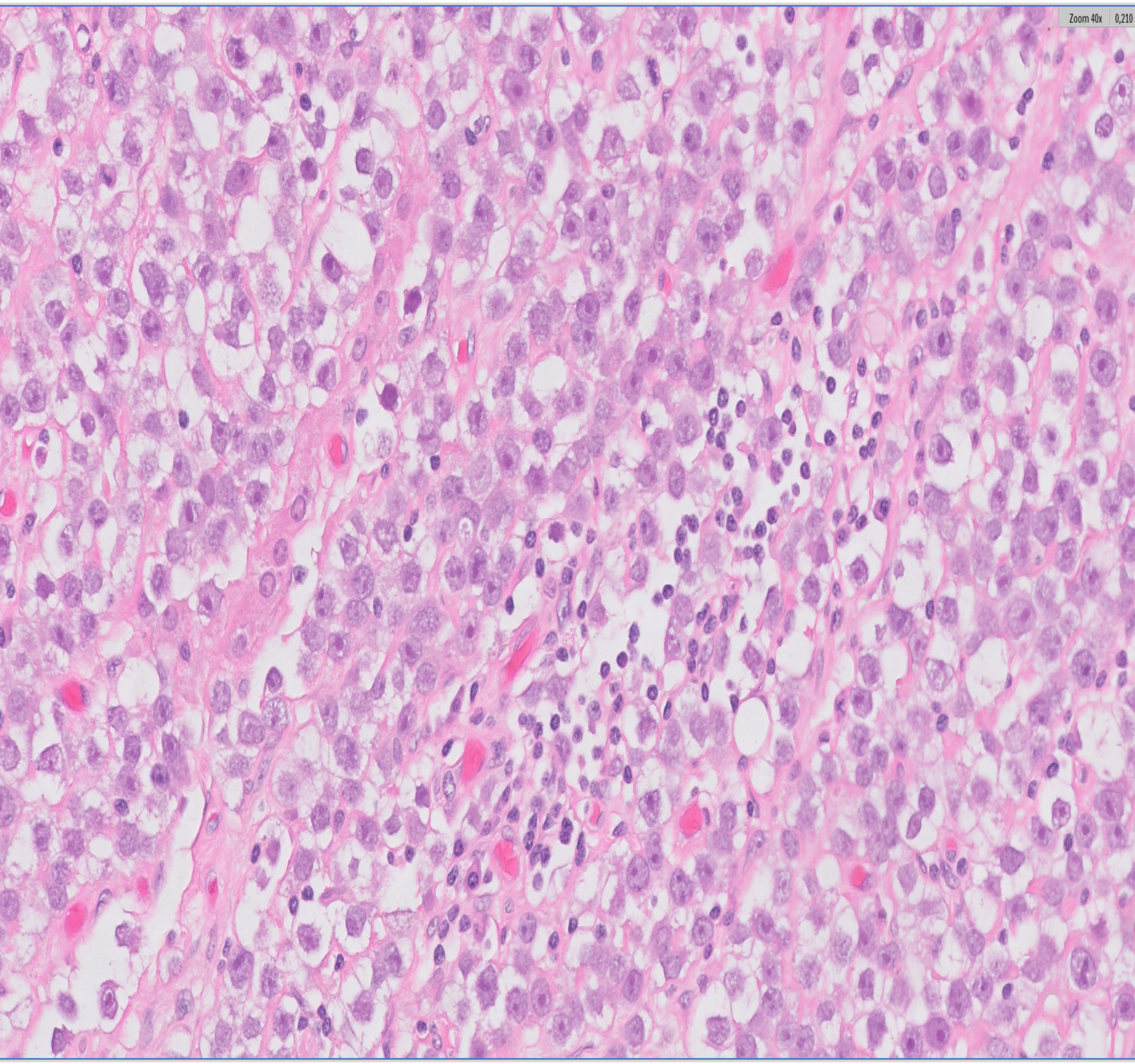
00001664c3fcd3a37d

60
En 34 år gammel kvinne oppdager selv en 3 cm stor tumor i det venstre brystet, og etter utredning blir hun diagnostisert med brystkreft. Hennes mor fikk også brystkreft i ung alder, og kvinnens søster ble diagnostisert med høygradig serøst karsinom i begge tuber og ovarier da hun var 38 år. Du mistenker at hun og hennes familie kan ha en arvelig genmutasjon.
Hva er det mest aktuelt å undersøke av genetiske endringer?

A Human epidermal vekstfaktor 2-genet (*HER2*)
Endringer i uttrykk av HER2-genet forekommer i ca. 15% av brystkrefttilfeller, men det er ikke arvelig.
B X Brystkansergen 1 og 2 (*BRCA1 og 2*)
Omtrent 5% av brystkreft tilfeller er arvelig og det oftest mutasjoner i BRCA genene som er assosiert med arvelig brytskreft. Mutasjoner i BRCA1-genet er mest vanlig i Norge.
C Wilms tumor 1-genet (*WT1*)
WT1-genet er assosiert med Wilms tumor som oppstår hos barn (2-5 år). Den har et variert histologisk bilde med vevstyper av blastemal, epitelial og stromal opprinnelse.
D Retinoblastomgenet (*Rb*)
Mutasjoner i Rb-genet er assosiert med retinoblastom i tillegg til blære- og lungekanser.

00001664c3fcd3a37d

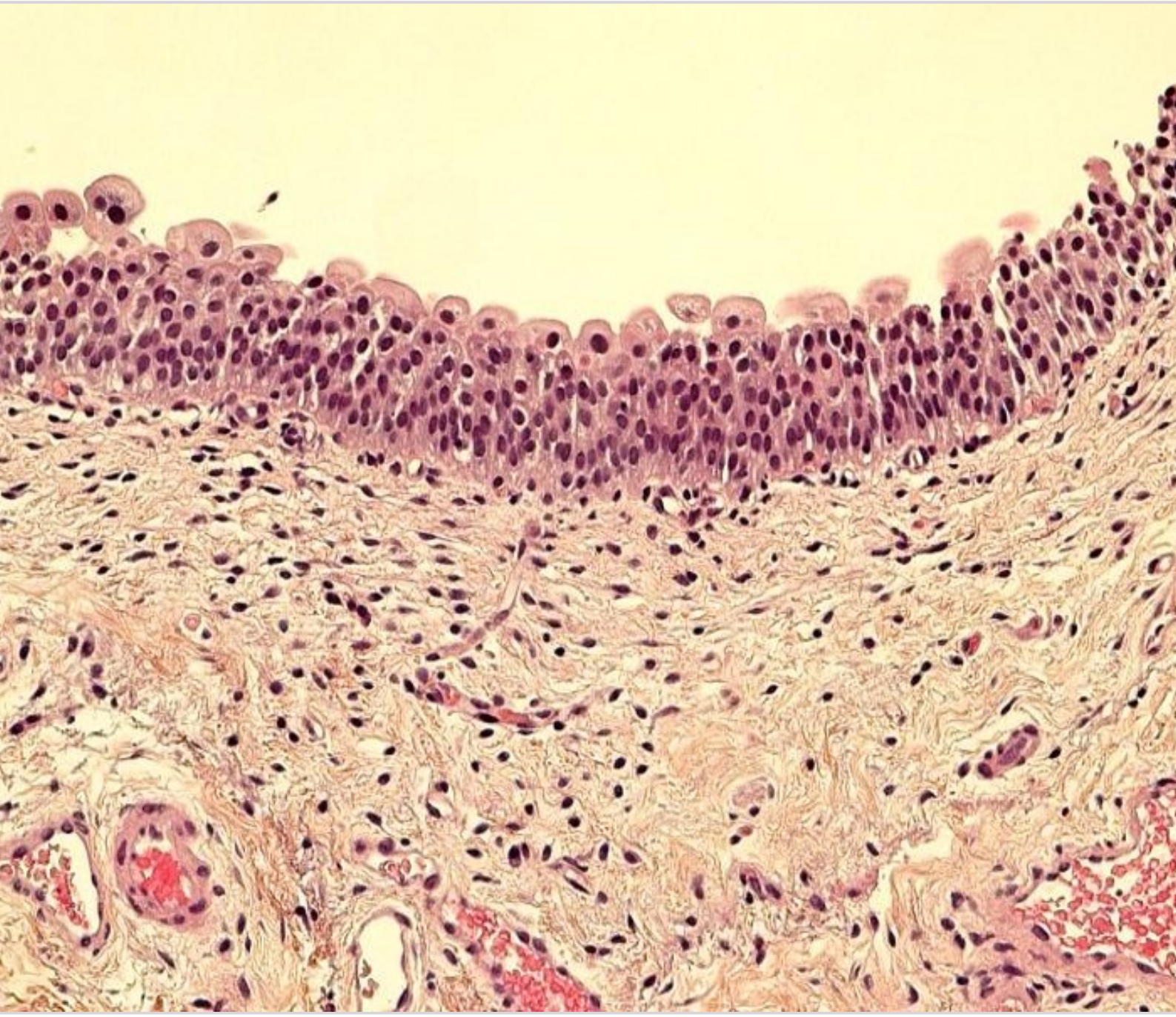
61
En 27 år gammel mann har merket en kul i en testikkel. Ultralydundersøkelse ga funn som passet med en malign tumor. Det ble utført radikal orkiektomi. Makroskopisk undersøkelse viser en tumor med homogen snittflate. Mikroskopi av snitt fra tumor viser bildet nedenfor.
Hvilken diagnose passer best?



A Urotelialt karsinom
B Malign germinalcelletumor differensiert som modent teratom
Modent teratom har modne vevselementer utgått fra mesoderm, ektoderm og endoderm. Det ses ikke her.
C X Malign germinalcelletumor differensiert som seminom
Riktig. Her ses runde tumorceller med rikelig cytoplasma og kjerner med tydelig nukleol. Seminom har typisk homogen snittflate, i motsentning til teratom hvor snittflaten er heterogen.
D Normalt testisvev med spermatogenese

00001664c3fcd3a37d

62
Urolog har sendt inn en ekstirpert urinblære til avdeling for patologi. En lege i spesialisering har tatt snitt fra ulike områder i blæra. Enkelte snitt er fra tumorsuspekte områder, mens andre snitt er fra normalt utseende områder. (HES-farging, 200 x forstørrelse).



Hva viser dette bildet?

A Papillært urotelialt karsinom
B Karsinom in situ i flat slimhinne
C X Normalt urotel
Riktig svar. Her ses urotel med normal tykkelse og med modning til paraplyceller på overflaten. Ingen kjerneatypi eller økt mitotisk aktivitet.
D Teratom

00001664c3fcd3a37d

63
Ved utredning av glomerulær sykdom inngår ofte nyrebiopsi. I tilegg til vanlig lysmikroskopi inngår også en rekke tilleggsundersøkelser inkludert immunhistokjemi. Ved immunfluorescensmikroskopi med bruk av antistoffer mot immunglobuliner, kan man få en såkalt **granulær** immunfluorescens i kapillærveggene.
Hvilken type glomerulær skademekanisme kan da foreligge?

A X Immunkompleksnedslag i den glomerulære basalmembranen
Avleiring av sirkulerende immunkompleks i den glomerulær basalmembranen gir en typisk granulær immunfluorescens.
B Mesangialt immunkompleksnedslag
C Antistoffreaksjon mot den glomerulære basalmembranen
Dette gir en typisk lineær immunfluorescens.
D Brudd i basalmembranen

00001664c3fcd3a37d

64
Ei jente ble født vaginalt en uke før termin. Undersøkelse av barnelege andre levedag var normal, og mor og barn ble utskrevet etter 48 timer på barsel. En uke etter hjemreise får jenta feber på 38,9 grader og moren ringer til legevakten i kommunen. Jenta har hatt våte bleier men er svært slapp.
Hvilket råd er riktig å gi til mor over telefon?

A Be mor sikre at hun får i seg drikke og ta ny kontakt hvis det går over 12 timer uten diurese
Skal undersøkes av lege og ikke unødig forsinkes tilsett slik
B Be mor gi paracet og ta med barnet til legevakten neste dag hvis feberen ikke har gått ned
Barn med feber under 1(-3) mnd alder skal undersøkes av lege
C X Be mor ta med jenta til legevakten for en klinisk vurdering
Så små barn med feber skal undersøkes klinisk av lege uten forsinkelse
D Sende e-resept på Penicillin til nærmeste apotek og be mor starte behandling umiddelbart
skal tilses av lege.

00001664c3fcd3a37d

65
Som vakthavende barnelege blir du tilkalt til fødestuen p.g.a. fosterbradycardi og truende asfyxi ved en vaginal terminfødsel. Fødelegene skal til å legge vakuum (sugekopp), og de sier at det kan være et dårlig barn. Mens du venter, forbereder du og nyfødtsykepleier hva dere skal gjøre når barnet kommer.

Hva er de to viktigste typene overvåkning av barnet som benyttes under en eventuell resuscitering?

A X Oksygenmetningsmåler og EKG
Dette er den mest effektive måten å monitorere oksygenering og hjertefunksjon
B EKG og cerebral blodstrømsmonitor
Cerebral blodstrømsmonitorering finnes per d.d. ikke til klinisk bruk i resusciteringsøyemed
C Oksygenmetningsmåler og endetidal CO_2-måler
Endetidal CO2-måler kan godt brukes men korrekt monitorering av hjerterytme prioriteres høyere.

D EKG og kontinuerlig temperaturmåler

00001664c3fcd3a37d

66
Arne er to år og ble født i svangerskapuke 26. Han hadde en alvorlig hjerneblødning etter fødsel, og han har fått en spastisk cerebral parese (CP) som følge av dette. Etter en kontroll hos barnelege har foreldrene fått vite at Arne ved hjelp av GMFCS (Gross Motor Function Classification System) klassifiserer til en motorisk funksjon på nivå 1. De lurer nå på om de etter hvert må bygge om huset fordi Arne kommer til å bli avhengig av rullestol.
Hva er riktig svar?

A Arne vil ikke trenge rullestol innendørs, men han vil trenge spesialtilpasset bad
B Arne vil ikke kunne gå i trapper, så hele huset bør være på et plan
C Arne vil bli helt avhengig av rullestol og vil trenge spesialtilpasset bad
D X Arne vil kunne gå i trapper og trenger ikke spesialtilpasset bad
GMFCS nivå 1 en betyr kun lettere motorisk vansker og han vil kunne gå i trapper og ikke trenge spesialtilpasset bad.

00001664c3fcd3a37d

67
Du er fastlege, og en far kommer med sin sønn, Petter, på 18 måneder til en akutt-time. Petter har utviklet seg normalt ifølge far. De var sammen på lekeplassen da gutten datt fra egen høyde og slo seg i bakhodet. Han begynte å skrike og fikk så et anfall med pustestans og slapphet før han begynte å puste igjen. Anfallet varte opp mot et halvt minutt. Far mener gutten kanskje ble litt blå på leppene under anfallet. Far forteller også at Petter den siste tida har hatt flere tilsvarende anfall når han har slått seg. Ved klinisk undersøkelse er det normal somatisk og nevrologisk status, og Petter har et normalt EKG.
Hva er riktig å gjøre videre?

A Henvise til CT caput med tanke på akutt traume etter hodeskade
Se kommentarer til de øvrige alternativene. I tillegg kommerat strålebelasnitngen ved CT caput gjør at man skla ha god indikasjon for å gjøre undersøkelsen på små barn.
B Henvise til EEG for videre utredning av mulig epilepsi
Se kommentarer på de øvrige alternaitvene.
C X Berolige far med at dette er vanlig og ingen ytterligere utredning er nødvendig
Dette er en vanlig type "anfall" hos små barn og det er ikke behov for videre utredning. (« Affektkramper» eller «breath-holding spells»)
D Henvise til barnekardiolog for videre hjerteutredning selv om EKG var normalt
Denne type anfall er vanlige og med et normalt EKG er det ingen sterk mistanke om hjertesykdom.

00001664c3fcd3a37d

68
En 15 år gammel jente som driver aktivt med dans 5 dager i uken har vært til oppfølging hos deg som fastlege fordi hun har vondt i høyre kne siste måneden. Smerten forverres ved aktivitet. Du har foreskrevet NSAIDS og paracetamol siste 2 ukene som har hjulpet. Ved undersøkelse er kneet stabilt. Medialt på kneet hvor hun har vondt palperer du en minimal hard hevelse. Hva vil du gjøre videre?

A X Henvise til røntgen av kne
Smerte og hevelse er typiske funn ved solide svulster. Hard hevelse og smerte kan indikere bentumor og det bør utredes nærmere med røntgen i første omgang.
B Avvente spontan bedring og ny kontroll om 2 uker
C Fortsette med smertestillende i 2 uker og ny kontroll
D Henvise til fysioterapeut

00001664c3fcd3a37d

69
10 måneder gammel jente, tidligere frisk, fulgt vanlig vaksinasjonsprogram. Ble syk i helgen med høy feber og var fortsatt febril på mandagen så mor holdt henne hjemme fra dagmamma. Bortsett fra feberen var hun i ganske god almenntilstand, og nå dagen etter er hun afebril, fortsatt i fin form, men har fått et blekrødt, makulopapulært utslett i nakke/rygg, bryst og over magen.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Skarlatina
Nei, skarlagensfeber karakteriseres av høy feber, oftest dårlig almenntilstand, tonsilitt og utslett (samtidig med feber)
B Erythema infectiosum
Nei, den femte barnesykdom karakteriseres av at det sjelden er feber, at utslettet består av kraftig røde kinn ("slapped cheek") og girlanderformet/slynget rødt utslett, særlig på strekkesidene av armene.
C Rubella
Nei, røde hunder har som regel lett feber noen dager før og sammen med utslettet som typisk kan være blekrødt (som her), men sprer seg fra brystet og ut perifert til armer og bein og er ledsaget av forstørrete lymfeknuter i nakken.
D X Exanthema subitum
Typisk beskrivelse av den fjerde barnesykdom eller Exanthema subitum eller «3-dagersfeber » med 3 dagers høy feber og lite øvrige symptomer, deretter normalisering av feberen med utbrudd av typisk utslett (alltid etter at barnet er blitt afebril).

00001664c3fcd3a37d

70
En bekymret mor kontakter helsestasjonslegen. Familien har i helgen hatt besøk av mors søster med flere eldre barn som hostet. Nå har mor fått beskjed om at den ene har testet positivt for kikhoste. Mor spør legen om hennes 14 måneder gamle datter kan være smittet og hva de evt skal gjøre for å beskytte henne. Hun har fulgt vanlig vaksinasjonsprogram.
Hva bør legen svare mor?

A Datteren fikk kikhostevaksine ved 3 og 5 måneders alder og er bare delvis beskyttet mot smitte. Hun bør få en boosterdose kikhostevaksine og en erythromycinkur.
Feil, hun fikk også vaksine ved 12 måneders alder og er fullvaksinert. Ingen tiltak nødvendige
B Datteren skal ikke ha kikhostevaksinen før ved 15 måneders alder og er helt ubeskyttet. Hvis hun utvikler symptomer, bør hun innlegges til overvåking/behandling.
Feil, hun har fått alle de 3 vaksinene ved 3, 5 og 12 måneders alder og er derfor beskyttet mot smitte. Ved 15 måneder gis MMR som er en helt annen vaksine. Ingen tiltak nødvendige
C Datteren har fått vaksine ved 6 ukers og 3 måneders alder og er fullvaksinert, men for sikkerhets skyld bør hun få en boosterdose kikhostevaksine.
Feil, hun fikk vaksiner ved 3, 5 og 12 mnd. Det gis ikke ytterligere doser før i 2. klasse når vaksineeffekten er avtatt.
D X Datteren har fått 3 vaksinedoser og er fullvaksinert og dermed beskyttet mot kikhoste. Ingen ytterligere tiltak er derfor nødvendig.
Riktig, siden hun har fått alle sine 3 vaksinedoser ved 3, 5 og 12 måneders alder skal hun være godt beskyttet de nærmeste 3-5 årene.

00001664c3fcd3a37d

71
Ved nyfødtundersøkelse undersøker du et barn med foreldre som er født i India. Du finner mongolske flekker som dekker det meste av gluteus bilateralt samt på frontalt på høyre lår.
Hvilket av følgende utsagn er korrekt?

A X Mongolske flekker er benigne, men bør beskrives og dokumenteres i barnets journal
Riktig svar
B Det er et behov for videre diagnostiske undersøkelser for å ekskludere malign hudkreft
Feil. Mongolske flekker er benigne
C Det er et akutt behov for videre undersøkelser for å utelukke mulig barnemishandling
Feil svar. Barn er født med slike mongolske flekker og forandrer ikke utseende eller farge over tid (iallefal i nyfødtperioden).
D Mongolske flekker er ofte assosiert med andre malformasjoner eller syndromer
Feil.

00001664c3fcd3a37d

72
Mor kommer til fastlegen med sin 4 år gamle datter som i 5 dager har klaget over vondt i tissen og hatt økende utflod. Ved undersøkelsen er hun i bra almentilstand, afebril. Hun har ganske hissig rødme på hud og slimhinner i genitalia samt gulgrønn utflod. Forøvrig normal status.
Hva bør du gjøre?

A Du mistenker at jenta har vært utsatt for seksuelle overgrep, og legger henne inn ved Barneavdelingen.
B Du behandler henne med canesten krem og avtaler ny kontroll dersom hun ikke blir bedre.
C Du mistenker at jenta har vært utsatt for seksuelle overgrep og sender bekymringsmelding til barnevernstjenesten.
D X Du tar dyrkningsprøver fra urin og skjedesekret (aerob dyrkning og STI) og avventer svar på disse.
Dette kan godt være betahemolytiske streptokokker gruppe A, viktig å avklare dette først.

73
En tidligere frisk 7 år gammel jente har fulgt vanlig vaksinasjonsprogram. Hun har vært forkjølt i en liten ukes tid. Utover søndagen får hun økende hoste, høy feber og ondt i brystet. På legevakten finner legen at hun er bleik, puster litt raskt og anstrengt med stønning, men ikke tydelige innDragninger. Det er ikke dempning, men mulig bronkial respirasjonslyd nederst høyre lunge på baksiden, ingen fremmedlyd.
Hvilke diagnoser og mulige årsaker bør legen først og fremst mistenke?

A Kikhoste pga *Bordetella pertussis/parapertussis*
Kikhoste starter ofte med forskjølelsesliknende symptomer og etterhvert forverring med tiltakende hoste som klassisk blir mer anfallsvis (selvom dette ses sjeldnere hos vaksinerte). Den raske forverring og feber er nok mindre typisk for kikhoste hvor B pertussis bare ytterst sjeldent fører til pneumoni.
B X Pneumoni med bakgrunn i *Streptococcus pneumonia*
Den akutte forverring over kort tid, symptomene og de kliniske funn gir mistanke om en lungebetennelse nederst i høyre lunge. Selv hos vaksinerte barn må man mistenke en bakteriell pneumoni, og pneumokokker er fortsatt hyppigste årskak.
C Akutt bronkitt pga luftveisvirus eller *Mykoplasma pneumonia*
En forkjølelse med rhinofarynigtt kan kompliseres med akutt bronkitt, men den relativt raske forverring og de kliniske funn gir mer mistanke om pneumoni enn bronkitt. Den tydelige forverring etter en ukes forkjølelse er mindre sannynlig ved virus og M pneumoniae enn f.eks. infeksjon med S pneumoniae.
D Pneumoni med bakgrunn i *Mykoplasma pneumonia*
I de fleste tilfeller utvikler M pneumonia utløst pneumoni seg noe langsommere over flere dager, gir oftere irritasjonshoste, sjeldnere høy feber og sjeldnere slike fokale lungefunn. At jente er fullvaksinert og hennes alder kunne imidlertid peke på andre mikrober enn pneumokokker

---

74
Bruno er 2 år gammel. Han har siden 6 måneders alder hatt 4 anfall med tungpust og hvesing som varer en ukes tid, ofte forutgått av forkjølelse og hoste. Han har vært på legevakt og hatt en innleggelse for dette, og behandling har hjulpet raskt på symptomer. Imellom disse episoder har han vært stort sett frisk, har fått vanlige vaksiner, vokst og utviklet seg bra. Hans foreldre og 2 søsken har ikke astma eller allergi, men begge foreldre røyker inne.
Hvilken vurdering synes du passer best til Brunos tilstand?

A protrahert bakteriell bronkitt med kronisk våt hoste.
Er ofte konstant surkling i måneder ved denne tilstand, ikke så tydelig episodisk som hos Bruno.
B X barneastma.
Behandlingseffekt kan tyde på barneastma, Fravær av atopi betyr uansett at prognosen i mange tilfeller kan være bedre enn ved astma assosiert med atopi.
C immunsvikt med lave immunglobuliner.
Humoral immunsvikt gir oftere otitt, sinusitt og pneumoni enn viralt utløste bronkopulmonalt obstruktive episoder.

75
Hvilken av følgende sykdommer hos barn er karakterisert av høy feber, utslett i hender og føtter, halsglandelsvulst og konjunktivitt?

A Hemolytisk-uremisk syndrom
Diarre som blir blodig i mange tilfeller og etter noen dager tiltakende blekhet og slapphet og minkende diurese.
B Akutt lymfatisk leukemi
Ses ofte blekhet, hudblødninger, ev. feber og noen ganger lymfeknutesvulst og forstørret lever og milt.
C Akutt nefritisk syndrom
Subfebrilia, blekhet, lette ødemer og nyresvikt.
D X Kawasakis sykdom
Ved Kawasaki sykdom er det (langvarig) høy feber > 5 dager, halsglandelsvulst, polymorft utslett, plantart/palmart utslett, slimhinneforandringer i munn-lepper og øyne (ubehandlet er det stor risiko for aneurysmedannelse i koronarkar).

00001664c3fcd3a37d

76
AVSD og stor VSD kan begge føre til utvikling av hjertesvikt i 4-6 ukers alder.
Hvilken annen medfødt hjertefeil kan også føre til hjertesvikt ved 4-6 ukers alder?

A Transposisjon av de store kar
B Fallots tetrade
C X Stor primum ASD
Rundt 10% av barna med primum ASD utvikler hjertesvikt. De er partielle AVSD og har ofte klaffelekkasjer som bidrar til dette. Sekundum ASD får ikke hjertesvikt. Fallots tetrade har for lite flow til lungene, ikke for mye. Transposisjon uten VSD er balansert og vanligvis reparert før 4-6 ukers alder.
D Stor sekundum ASD

00001664c3fcd3a37d

77
Hva karakteriserer barn med duktusavhengig coarctatio?

A Barna har som eneste kliniske funn ikke palpabel lyskepuls fra 7-10 dager etter fødsel
B Barna utvikler akutt hjertesvikt med stor lever og rask pust fra første levedag etter fødsel
C Barna har som eneste kliniske funn ikke palpabel lyskepuls fra første levedag etter fødsel
D X Barna utvikler akutt hjertesvikt med stor lever og rask pust fra 7-10 dager etter fødsel
Hjertesvikten er typisk ikke tilstede de første dagene etter fødsel pga forsinket lukning av duktus. Da kan også lyskepulsen enda være palpabel. Når duktus begynner å lukkes ved 7-10 dager, utvikles derimot hjertesvikten svært fort, og lyskepuls er ikke lenger palpabel (men ikke som eneste symptom uten hjertesvikt)

00001664c3fcd3a37d

78
Per er 10 måneder gammel. Du er fastlege. Foreldrene kommer med Per til konsultasjon hos deg. De forteller at når Per gråter så kommer det en plommestor kul i høyre lyske. Foreldrene kan dytte kulen tilbake og den er myk. Når du undersøker Per finner du ikke noe galt i lysken, han gråter ikke og er blid og fornøyd. Hva mistenker du og hva gjør du videre?

A Du mistenker at barnet har hatt en abscess som når er gått tilbake, du tar blodprøver med fokus på infeksjon (CRP, leukocytter)
B Du mistenker lymfadenitt som er gått over og sender de hjem
C Du mistenker lyskebrokk og henviser til ultralyd abdomenfor nærmere diagnostikk
Lyskebrokk er en klinisk diagnose og ultralyd er ikke nødvendig når sykehistorien er typisk.
D X Du mistenker lyskebrokk og henviser til nærmeste kirurgiske avdeling for vurdering med tanke på operasjon
Klassisk sykehistorie på lyskebrokk, skal alltid opereres hos barn.

00001664c3fcd3a37d

79
Lisa er 8 måneder gammel og bor litt utenfor Hammerfest. Du er legevaktslege og tilser pasienten hjemme sammen med ambulansepersonale. Lisa er svært medtatt, hun fremstår helt utslått og gir lite kontakt. Foreldrene forteller at hun hadde gulfarget oppkast tidligere på dagen, etterhvert begynte hun å kaste opp grønt. Abdomen er utspilt og hard. Foreldrene forteller at hun virket veldig smertepåvirket tidligere på dagen. Hva er beste videre tiltak/råd?

A X Du ordner akutt transport med raskest tilgjengelige transportmiddel (f.eks helikopter) til nærmeste barnekirurgiske avdeling
Svært syk pasient med gallefarget oppkast, sterkt suspekt på malrotasjonsvolvolus
B Anbefaler oppvæsking per os hjemme og rekontakt hvis dette ikke fungerer og hun ikke har diurese nærmeste 6 timer
C Får ambulansepersonell til å behjelpe med å få gitt væskestøt over 1-2 timer da hun er såpass medtatt
D Anbefaler microlax til tarmtømming samt kvalmestillende, rekontakt hvis ingen bedring innen 6 timer.

00001664c3fcd3a37d

80
Du har ei 8 år gammel jente på fastlegekontoret hvor foreldre forteller at hun har vært slapp siste måneden. Trøtt og mindre energi, og virker å ha gått litt ned i vekt tross hun har spist godt. Litt hodepine enkelte dager siste par uker, gjerne litt utover dagen. Det har vært noen samtaler på skolen dette året om kranglig med medelever. Hun var ellers syk med luftveisinfeksjon, ukarakteristisk utslett og feber et par dager for et par måneder siden.
Hva er viktigst å kartlegge nå?

A Om de har sjekket synet hos optiker nylig
B Skole- og hjemmeforhold.
C Vekst, utvikling og vaksinestatus
D X Naturlige funksjoner
Her er det helt essensielt å komme inn på naturlige funksjoner for å avdekke ev. polyuri og polydipsi mtp. ev, diabetes mellitus, men også ift. differensialdiagnoser som eks. cøliaki. Her må det uansett tenkes bredt, men det haster særlig å avdekke mulighet for diabetes som raskt kan bli alvorlig uoppdaget.

00001664c3fcd3a37d

81
En snart 7 år gammel gutt kommer til Ø-hjelpstime på legekontoret ditt da han følte en brødskivebit satte seg fast i brystet ved frokost og mor slo han på ryggen før det etterhvert føltes som det løsnet. Foreldrene er nylig skilt, og han er fra tidligere frisk foruten lett atopisk eksem og allergi mot pelsdyr og bjørkepollen. Ved undersøkelse er han nå i fin form uten symptomer. Mor har lagt merke til at gutten spiser langsomt, bruker tid på å tygge, og drikker mye vann til maten, ellers har det også tidligere satt seg fast matbiter, men ikke med like kraftige symptomer som nå. Hva bør du gjøre?

A X Henviser til barneavdeling for utredning av mistenkt eosinofil øsophagitt.
Anamnese på eosinofil øsophagitt med langsom spising, dysfagi og kjent assosiasjon til atopisk sykdom.
B Henviser til kontrastundersøkelse røntgen ØVD for mistenkte anatomisk avvik.
C Starter med PPI eller H2-blokker for mistenkt Gastroøsophagealt refluksssyndrom (GØRS).
D Gir råd og samtale om følelsesmessige belastninger for mistenkt psykosomatisk tilstand.

00001664c3fcd3a37d

82
Du skal vurdere om et barn har et vekstavvik og har følgende opplysninger: Gutt, født til termin med fødselslengde 50 cm og fødselsvekt 3500 g. Hans høyde har ligget på 50-percentilen for alder fram til han var 7 år. Nå 10 år gammel ligger høyden på 10-percentilen. Skjelettalder er 9,5 år.
Foreldreopplysninger: Mor er 167 cm, far er 180 cm og midtforeldrehøyde er mellom 10 - og 90-percentilen. Begge kom i pubertet til normal tid.
Hvilke vurderinger og tiltak er riktigst?

A X Inflammatorisk tarmsykdom kan gi dette vekstmønsteret og gutten bør utredes.
Klassisk vekstmønster for erhvervet kronisk sykdom. Etter 2 års alder vurderes kryssing av én percentilKANAL som mulig pathologi - uavhengig av midtforeldrehøyden.
B Gutten har et vekstavvik og høyt stoffskifte (hyperthyreose) kan være en årsak som bør utredes
HypERthyreose gir vekstspurt, ikke svikt. HypOthyreose gir vekstsvikt
C Veksthastigheten varierer mye hos barn og vurderes som normal så lenge høyden ligger innenfor midforeldrehøyden.
D Veksten er forenlig med mønsteret for forsinket vekst og pubertet og trenger ikke utredning
Ikke sannsynlig med pubertet til normal tid hos far samt skjelettalder tilnærmet lik kronologisk alder.

00001664c3fcd3a37d

83
Noen legemidler utskilles i aktiv form via nyrene, enten uforandret eller som aktiv metabolitt. For slike legemidler vil reduksjon i nyrefunksjonen kunne føre til opphopning av aktivt stoff med økt risiko for bivirkninger og toksisitet.
Hvilket av disse opioidene er særlig utsatt for dette?

A Metadon
B Buprenorfin
C Fentanyl
D X Morfin
Morfins aktive metabolitt morfin-6-glukuronid kan akkumuleres ved nyresvikt. For fentanyl, buprenorfin og metadon anses faren for akkumulering av aktivt stoff ved nyresvikt som mindre. Kfr. Legemiddelhåndboka T21.1.1.2 Medikamentell behandling - WHO smertetrapp | Legemiddelhåndboka (legemiddelhandboka.no) - https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1.2/Medikamentell_behandling_-_WHO_smertetrapp Avsnitt: Bruk av opioider til pasienter med nyre- og/eller leversvikt

00001664c3fcd3a37d

84
Bisfosfonater skal ikke inntas samtidig med melk eller melkeprodukter.
Hva er grunnen til det?

A Melkens pH hindrer bisfosfonat-opptaket fra tarmen
B Kalsium i melk binder seg til bisfosfonatene og gir avleiringer som er vevstoksiske
C X Kalsium i melk binder seg til bisfosfonatene og hindrer bisfosfonat-opptaket fra tarmen
Kfr. Store medisinske leksikon bisfosfonater – Store medisinske leksikon (snl.no) - https://sml.snl.no/bisfosfonater
D Melkens pH bryter ned bisfosfonatene

00001664c3fcd3a37d

85
Det finnes mange ulike typer blodtrykksmidler: adrenerge blokkere, kalsiumantagonister, ACE-hemmere, angiotensin II-reseptorblokkere, diuretika. Bivirkninger kan forekomme ved bruk av slike midler. Økt risiko for urinsyregikt er én slik bivirkning.
Hvilke midler er særlig assosiert med denne bivirkningen?

A Adrenerge blokkere
B Kalsiumantagonister
C X Diuretika
Kfr. de godkjente norske preparatomtalene (SPC) på SLVs nettsider (www.legemiddelsok.no - http://www.legemiddelsok.no)
D ACE-hemmere

00001664c3fcd3a37d

86
Metformin anbefales som førstevalg ved oppstart av blodsukkersenkende legemiddelbehandling av diabetes type 2.
Hvilken sjelden, men alvorlig metabolsk komplikasjon må man være oppmerksom på ved bruk av dette legemidlet?

A Ketoacidose
B Fenylketonuri
C Hypoglykemi
D X Laktacidose
Kfr. den godkjente norske preparatomtalen (SPC) til metformin på SLVs nettsider (www.legemiddelsok.no - http://www.legemiddelsok.no)

00001664c3fcd3a37d

87
Hvilket av disse antidiabetiske legemidlene gir tendens til vektoppgang?

A Metformin
Vektnøytralt eller tendens til svak vektnedgang
B Semaglutid (en GLP-1-analog)
Tvert imot, gir tendens til sterk vektnedgang
C Empagliflozin (en SGLT2-hemmer)
Moderat vektnedgang
D X Insulin
Insulin virker anabolt og øker fettlagringen
Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2 - Helsedirektoratet - https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/blodsukkersenkende-behandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-2#valg-av-blodsukkersenkende-legemiddel-etter-metformin-ved-diabetes-type-2-praktisk-informasjon

00001664c3fcd3a37d

88
En eldre mann med prostatahyperplasi, hypertensjon, et tidligere hjerteinfarkt og depressive plager bruker bl.a. følgende legemidler:
- Metoprolol (en beta-blokker)
- Ramipril (en ACE-hemmer)
- Doksazosin (en alfa-blokker)
- Sertralin (et SSRI-preparat)

Han klager nå over seksuelle problemer med redusert lyst og vansker med å oppnå orgasme.
Hvilket legemiddel har mest sannsynlig årsakssammenheng med dette?

A Metoprolol
Erektil dysfunksjon er en kjent bivirkning av betablokkere, men mindre vanlig enn tidligere antatt. Metoprolol er i mindre grad forbundet med lystproblemer og anorgasmi.
B Doksazosin
Kan gi erektil dysfunksjon. Ikke assosiert med nedsatt libido/anorgasmi.
C Ramipril
Forbigående erektil dysfunksjon og redusert libido angis som en mindre vanlig bivirkning. Ikke assosiert med anorgasmi.
D X Sertralin
Redusert libido er assosiert med bruk av SSRI-preparater, men vanskelig å skille fra symptomer på underliggende depresjon.
Anorgasmi er en typisk bivirkning av SSRI-preparater.
https://www.legemiddelhandboka.no/L5.3.1/Selektive_serotoninreopptakshemmere - https://www.legemiddelhandboka.no/L5.3.1/Selektive_serotoninreopptakshemmere

00001664c3fcd3a37d

89
Ved bruk av karbimazol (et tioamid-tyreostatikum) er det noen symptomer det er ekstra viktig å be pasientene om å være oppmerksomme på, og instruere dem om straks å kontakte lege om de skulle oppstå.
Hvilke symptomer er det?

A X Feber, sår hals og sykdomsfølelse
Karbimazol kan i sjeldne tilfeller gi beinmargsdepresjon med agranulocytose. https://www.legemiddelsok.no/_layouts/15/Preparatomtaler/Spc/18-12192.pdf
B Makulopapulært utslett på truncus
C Diare, magesmerter og oppkast
D Kvalme, hodepine og artralgi

00001664c3fcd3a37d

90
En kvinne er gravid i uke 9+0 (regnet etter første dag i siste menstruasjon). Hun har nettopp funnet ut at hun er gravid. I forrige uke inntok hun et legemiddel som i følge referanselitteraturen har fosterskadelig potensial.
Hva slags effekter hos fosteret er det mest nærliggende å frykte i dette tilfellet?

A Fysiologiske forstyrrelser i neonatalperioden
B Alt eller ingenting-effekt; det vil si at enten går svangerskapet til grunne eller så er fosteret uskadet
C X Strukturelle skader
mest sannsynlig
D Intrauterin veksthemming

00001664c3fcd3a37d

91
Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs) gir risiko for kardiotoksiske effekter.
Hvilke effekter?

A Proarytmisk og protrombotisk effekt
B X Protrombotisk effekt og økt tendens til hjertesvikt
Risiko for kardiotoksiske effekter består i økt blodtrykk, økt tendens til hjertesvikt og økt trombosetendens (sistnevnte varierer noe mellom ulike NSAIDs hvor de mest COX-2-selektive gir høyest risiko). Hypertensjon og hjertesvikt er koblet til vasokonstriksjon og væske- og saltretensjon, som igjen er en konsekvens av redusert prostaglandinsyntese med redusert GFR og aktivering av RAAS-systemet. Protrombotiske effekter skyldes redusert produksjon av prostasyklin, som har vasodilaterende egenskaper og bidrar til å opprettholde normal endotelfunksjon.
C Økt tendens til hjertesvikt og koronar vasokonstriksjon
D Koronar vasokonstriksjon og proarytmisk effekt

00001664c3fcd3a37d

92
Hvilken av de nedenstående tilstandene vil kunne avhjelpes med nifedipin (en kalsiumantagonist)?

A Münchausens syndrom
Nei
B X Raynauds fenomen
Karselektive kalsiumantagonister gir perifer vasodilatasjon og motvirker vasokonstriksjonen som forårsaker symptomene ved Raynauds sykdom.
C Parkinsons sykdom
Nei
D Addisons sykdom
Nei

00001664c3fcd3a37d

93
Noen legemidler kan skade eller hemme nyrene ved bruk.
Hvilket legemiddel er særlig assosiert med dette?

A Kvetiapin
B Klozapin
C X Litium
Både langvarig bruk og episodisk overdosering med litium kan øke risikoen for nyreskade. Det er derfor vesentlig med tett monitorering med nyrefunksjonsprøver og serumkonsentrasjonsmåling ved all litiumbehandling. De andre legemidlene i oppgaven er ikke kjent å være spesielt nefrotoksiske i seg selv.
D Olanzapin

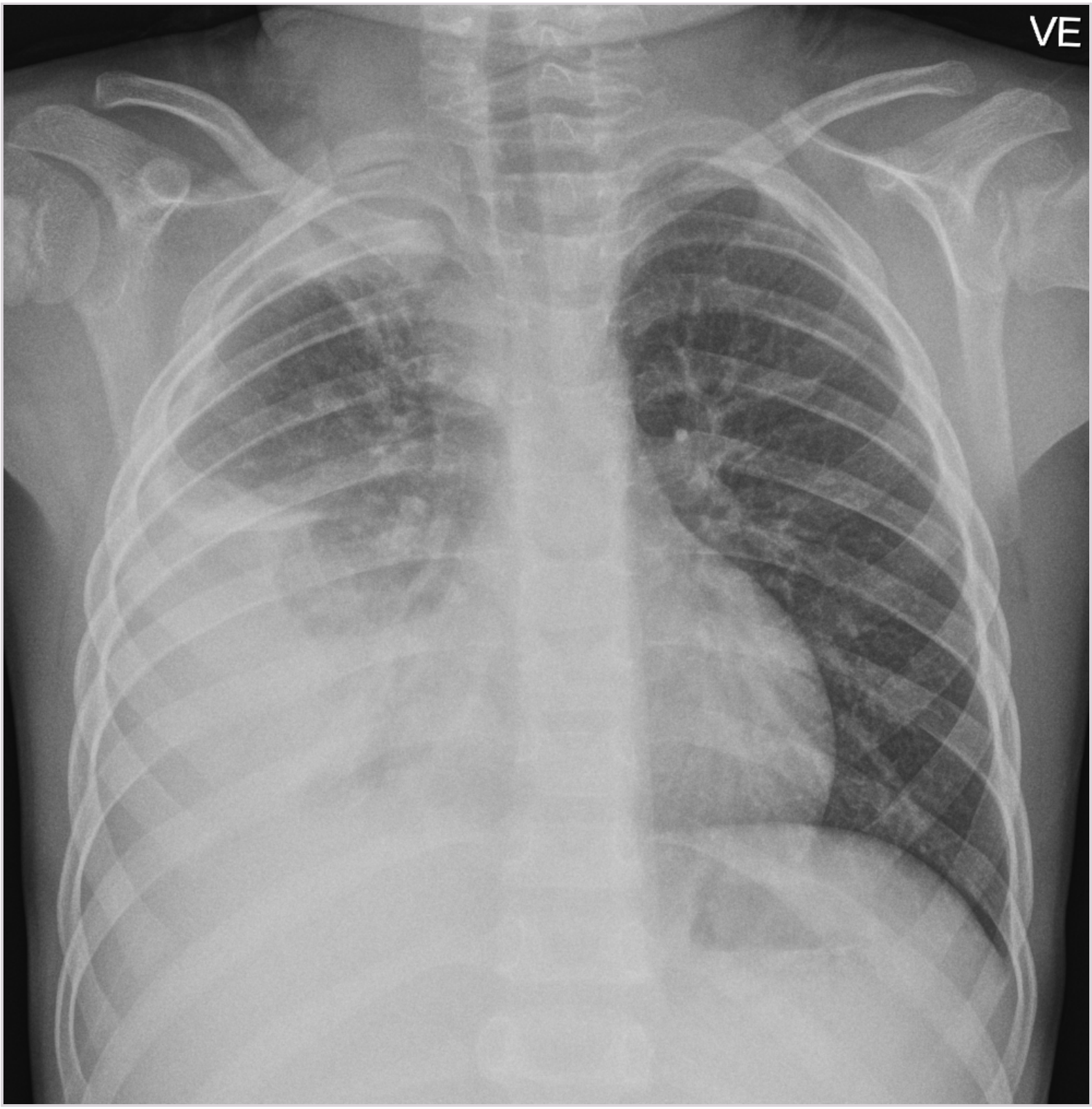
00001664c3fcd3a37d

94
Traumer er en av de vanligste årsaker til mortalitet og morbiditet hos barn > 1 år. Mens hode- og thoraxskader står for de fleste dødsfall og funksjonshemming, kan oversette abdominale skader medføre til betydelig mortalitet på kort sikt. Ultralyd er en av de to viktige bildemodaliteter for å evaluere traumepasienter i sykehus initialt. I traumemottak gjennomfører radiologer en såkalt eFAST (extended Focused Assessment with Sonography for Trauma).
Hvilken av alternativene nedenfor skal **ikke** vurderes ved eFAST?

A X Skade på de viscerale organer intraabdominalt
Dette skal IKKE vurderes i en traumesammenheng. Underøkelsen skal gjøres så fort som mulig uten å gå på bekostning av kvalitet av de undersøkte områder. Det tar altfor lang tid å gå gjennom hvert organ som potensielt kan vere skadet og sensitiviteten på å oppdage skader ved UL er ikke god (sml. med CT multitraume).
B Hemopericardium
C Pneumothorax
Dette vurderes også ved røntgen thorax, men mindre pneumohorax kan bli oversett hos traumepasienter som ligg flat på traumebordet. I trente hender vil UL uansett ha større sens. & spes. enn konvensjonell røntgen for deteksjon av pnuemothorax (men er ikke like god til å si noe om størrelsen / utbredelsen).
"e" i "eFAST" betyr at det skal sjekkes for pneumothorax. en "vanlig FAST" skal fokusere kun på fri væske / blod i pleura+pericard+peritoneum.
D Hemoperitoneum

00001664c3fcd3a37d

95
Som turnuslege (LIS1) ved barneklinikken skal du vurdere en 8 år gammel gutt med klinikk og biokjemi på en nedre luftveisinfeksjon. Det har blitt tatt et røntgen thorax og radiologen skriver følgende: "Konsoliderende fortetninger i høyre lunge med sanns. parapneumonisk effusjon basalt". Sistnevnte har du ikke hørt før og etter et kjapt litteratursøk finner du følgende: "Parapneumonisk effusjon defineres som pleuravæske assosiert med pneumoni. Tidlig i sykdomsforløp er pleuravæsken frittflyttende, men kan kompliseres med septerte lokulamenter etter hvert".
Hvilken bildemodalitet henviser du til for avklaring og karakterisering av den mistenke parapneumoniske effusjonen?


VE

A CT Thorax med iv. kontrast
Dette kan vurderes etter rtg thorax + UL thorax OG ved klinisk forverring eller ved mistanke om andre pneumoniassosierte lungekomplikasjoner; empyem, lungeabscess, lungenekrose, osv.

B X UL thorax
Lett tilgjengelig og gir best avklaring mtp. utseende (enkel/ukomplisert væske eller septert/ kompleks væske), estimat om mengde og mulighet for intervensjon.
Basert på funnene ved thorakal ultralyd deler man effusjoner inn i 3 stadier:
- *Stadium 1: Eksudativ fase/ukomplisert effusjon med lavekkogen, frittflyttende væske uten lokulamenter, med normal pH, glukose og lavt celletall; denne fasen varer i 24–72 timer.*
- *Stadium 2: Fibropurulent fase, med økt antall celler i pleuravæsken (nøytrofile, lymfocytter og eosinofile).*
- *Koagulasjonskaskaden aktiveres, og økt avleiring av fibrin i pleurahulen fører til septering og dannelse av multiple lokulamenter. Denne fasen varer 7–10 dager.*
- *Stadium 3: Organisatorisk fase med invasjon av fibroblaster i pleurahulen og dannelse av tykke skorper på både viscerale og parietale pleura. Det dannes en tykk, lite elastisk membran, som kan hindre lungen i å ekspandere.*

C MR thorax uten iv. kontrast
Altfor ressurs- og tidskrevende. Bør ikke brukes med unntak av annen suspekt underliggende eller assosiert etiologi (malignitet, vaskulære malformasjoner, osv.).

D Ingen ytterligere bilder, røntgen thorax gir adekvat avklaring.
Her kan det potensielt foreligge en komplisert pneumoni. Dette må videre utredes utover konvensjonell røntgen, da en ikke kan skille væske fra konsolidereinger/atelektaser eller ander komplikasjoner som f.eks. empyem.

00001664c3fcd3a37d

96
Du har henvist et nyfødt barn til røntgen thorax grunnet økende pustevansker noen timer etter fødselen. Radiologen skriver:
"Symmetriske, fingranulære fortetninger i begge lunger samt sentrale luftbronkogram.
R: Funn forenlig med ... "
Hvilken tilstand har radiologen konkludert med?

A Våte lunger (TTN - transient tachypnea of the newborn)
B Pulmonalt interstitielt emfysem (PIE)
C Mekonium aspirasjon syndrom (MAS)
D X Respiratorisk distress syndrom (RDS)
Typisk med fingranulære / finnodulære fortetninger, gjerne symmetrisk distribuert i begge lunger. Grad 1 - 4 (grad 2= fingranulære fortetninger med luftbronkogram)
Luftbronchogram er uspesifikt og kan ses ved ulik patologi (pneumoni, atelektaser, osv.)

00001664c3fcd3a37d

97
Som assistenlege (LIS3) ved barnekirurgisk avdeling blir du bedt om å vurdere en 2 dager gammel gutt som prenatalt har fått påvist bilateral hydronefrose. Dagens UL viser ingen patologi - oppsummert fra radiologi rapporten "R: Tynnvegget urinblære. Ingen hydronefrose. Normale nyrer.". Du ønsker å følge opp pasienten med nye bilder.
Hvilken bildemodalitet bør du henvise til i første omgang?

A Røntgen MCUG (miksjonscysturethragrafi)
Dette kan vurderes etter UL og når mistanke er urethraklaff eller vesikoureteral refluks.

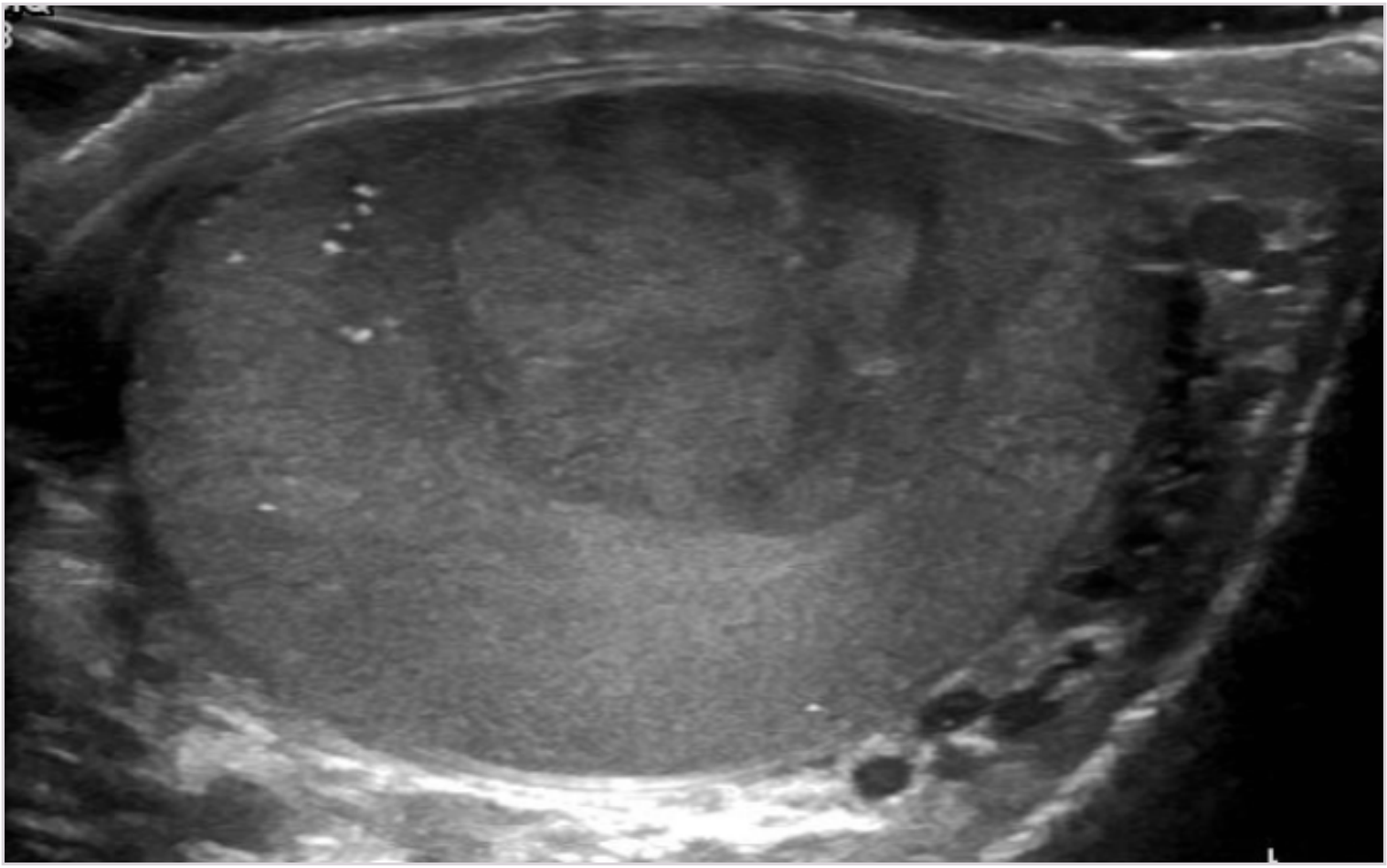
B X UL urinveier om ca. 7 dager
Fysiologisk dehydrering ila. første leveuke vil i de fleste tilfeller medføre til slanke samlesystem i nyrene (iallefall hos lett og moderate hydronefroser). Dette må følges opp tidleg. Etter norske retningslinjer skal førstegangs UL urinveier gjerast mellom 5.-10. levedøgn - med unntakt av bilaterale alvorlege (uttalte) hydronefroser eller hydronefrose i singel nyre.

C Røntgen urografi
Dette kan vurderes etter UL og ved mistanke om overgangsstenoser. Her vil dog NM renografi - ev. dynamisk MR urografi - vere mye bedre bildediagnostiske modaliteter for den vurderingen.

D UL urinveier om 3-6 måneder
Dersom lettgradig hydronefrose er påvist ved første UL vil en kontrollere med ny UL urinveier om 4-6 uker. Å vente oppmot 1/2-år kan ha konsekvenser for nyrefunksjon dersom hydronefrosen ikke blir diagnostisert og videre utredet.

00001664c3fcd3a37d

98
En 28 år gammel mann henvises til UL grunnet lett ømhet og mulig kul i venstre testikkel som han har merket i 2-3 uker. Mye sykling forut for ømhet, men intet tydelig traume og ingen infeksjonssymptomer. Ved ultralyd ses følgende bilde. Ved radiolog er det blant annet beskrevet "tydelig Dopplersignal i lesjonen". Hva er mest sannsynlig diagnose?



A Hematom i testikkel
Internt Dopplersignal og kun sparsomt "traume" taler sterkt mot
B Abscess i testikkel
Internt Dopplersignal og manglende infeksjonsklinikk taler sterkt mot.
C Benign tumor i testikkel
I aktuell pasientpopulasjon er malign tumor mer sannsynlig enn benign
D X Malign tumor i testikkel
Klart mest sannsynlige etiologi

00001864c3fcd3a37d

99
En 66 år gammel mann utredes for mistenkt cancer prostatae. Ved MR med T2-vektet sekvens ses forventet område av venstre vesicula seminalis med lavt signal, mens høyre vesicula seminalis har høyt signal. Radiologen angir forandringer i prostata og vesicula seminalis som tumorsuspekt - på hvilken side og hvorfor?

A Ved T2-vektet sekvens forventes lavt signal fra vesicula seminalis og funn er mest suspekt på tumorinnvekst fra cancer prostatae høyre side.
Væske i normal vesicula seminalis -> høyt T2-signal forventes. Klart vanligste maligne årsak er innvekst fra prostatacancer.
B X Ved T2-vektet sekvens forventes høyt signal fra vesicula seminalis og funn er mest suspekt på tumorinnvekst fra cancer prostatae venstre side.
Væske i normal vesicula seminalis -> høyt T2-signal forventes. Klart vanligste maligne årsak er innvekst fra prostatacancer.
C Ved T2-vektet sekvens forventes høyt signal fra vesicula seminalis og funn er mest suspekt på primær malignitet utgående fra vesicula seminalis venstre side.
Væske i normal vesicula seminalis -> høyt T2-signal forventes. Primær malignitet utgående fra vesicula seminalis er ekstremt sjelden.
D Ved T2-vektet sekvens forventes lavt signal fra vesicula seminalis og funn er mest suspekt på primær malignitet utgående fra vesicula seminalis høyre side.
Væske i normal vesicula seminalis -> høyt T2-signal forventes. Primær malignitet utgående fra vesicula seminalis er ekstremt sjelden.

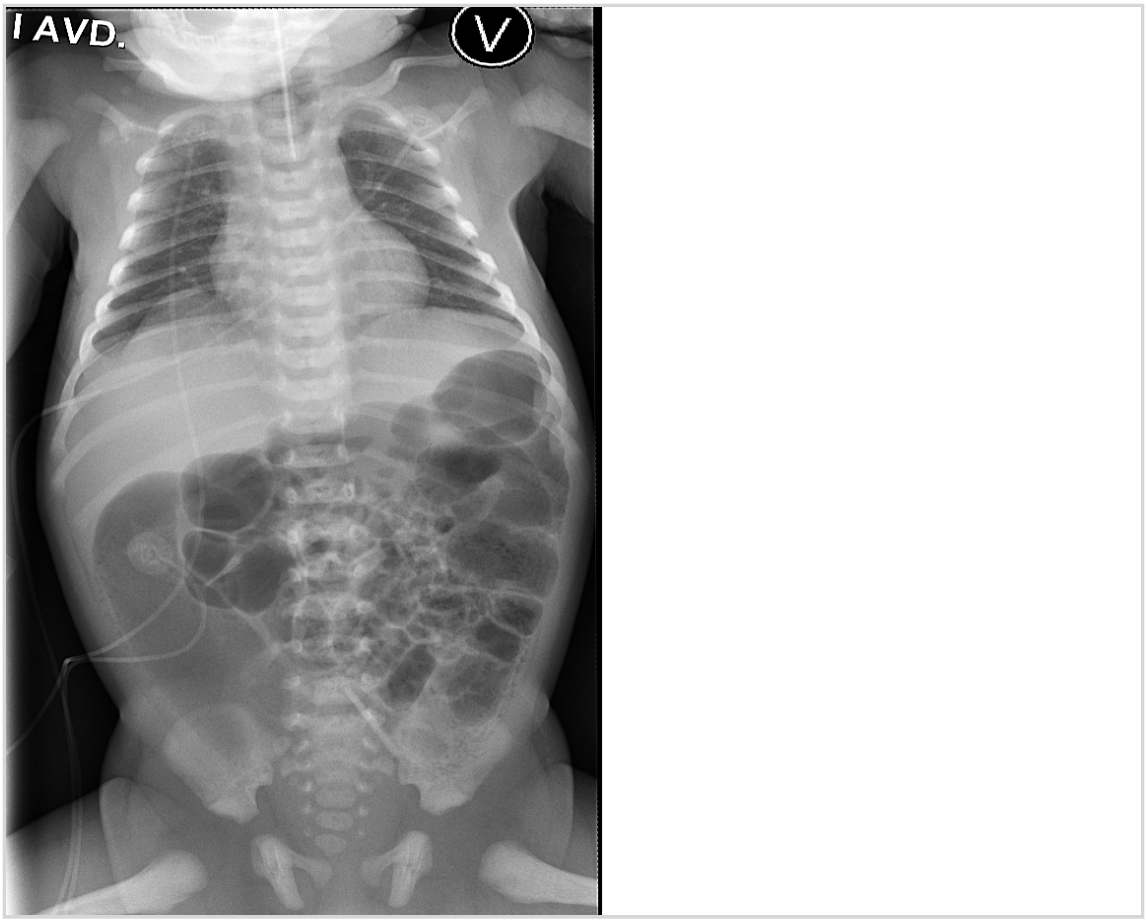
00001664c3fcd3a37d

100
En 73 år gammel mann får utført CT abdomen/bekken på grunn av uspesifikke magesmerter der en ikke finner forklarende patologi. Som et bifunn foreligger en 8 mm homogent lavattenuerende lesjon i midtre del av høyre nyre. Radiologen beskriver lesjonen som en "sannsynlig simpel cyste". Hvordan skal en som kliniker forholde seg til dette funnet?

A Lesjonen er uavklart, men liten. Bør kontrolleres med CT om 6-12 måneder.
Svært lav risiko for malignitet, ikke indikasjon for kontroll.
B Grunnet alder er det høy risiko for malignitet og lesjonen bør henvises biopsi.
Svært lav risiko for malignitet, ikke indikasjon for invasiv utredning.
C X Ikke indikasjon for videre utredning eller kontroll av aktuell lesjon.
Små, lavattenuerende lesjoner som radiolog beskriver som sannsynlig simple cyster er mest sannsynlig sistnevnte og det er ikke indikasjon for videre utredning eller kontroll.
D Lesjonen er for liten til sikker vurdering på CT og bør utredes videre med UL, evt. MR dersom dårlig visualisert på UL.
Ikke indikasjon for videre utredning.

00001664c3fcd3a37d

101
En gravid kvinne fikk prenatalt hos fosteret påvist atresier i GI-trakten. Dette ønsker du som er assistentlege v/nyfødtavdelingen å avklare etter fødselen. Du rekvirer et røntgenbilde av thorax og abdomen.
Hva viser denne?



A X Øsofagusatresi med fistel
Nasogastrisk sonde ligger i øvre øsofagusstumpen (luftfylt distendert). Ettersom det er luft i tarmavsnitt subdiafragmalt må det foreligge ein fistel (denne ser vi så klart ikkje). Pasienten har også ein analatresi, men denne ses ikke ved røntgen; klinisk diagnose!

B Øsofagusatresi uten fistel
Luft i tarmene, fistel må foreligge!

C Øsofagusatresi uten fistel og analatresi
Luft i tarmene, fistel må foreligge!
Analatresi er en klinisk diagnose!

D Øsofagusatresi med fistel og analatresi
Analatresi er en klinisk diagnose!
Røntgen kan iblant brukes til å differensiere høyre fra lave atresier (sidebilde i mageleie med rumpa opp og markør i nivå med antatt rektum; måle avstanden fra markør til luft i rektosigmoideum).

00001664c3fcd3a37d

102

En 79 år gammel kvinne får tilfeldig påvist en 51 mm oppfylning i venstre nyre ved CT thorax/abdomen/bekken. Lesjonen fremstår utgående fra nyreparenkymet, ingen sikker innvekst i nyrebekkenet. Ved radiolog beskrevet som sikkert kontrastladende og suspekt på malignitet. Det er ingen andre malignsuspekte forandringer i thorax/abdomen/bekken. Hva er neste trinn i utredning av lesjonen?

A X Bildeveiledet perkutan biopsi for histopatologisk avklaring av lesjonen.
Beste tilnærming for representativ biopsi.

B MR nyrer for ytterligere vevskarakterisering og styrking av mistanke om primær nyrekreft.
Ikke behov for MR for videre diagnostikk, CT er tilstrekkelig.

C PET/CT for sikker staging av mistenkt malignitet før biopsi.
PET/CT brukes ikke på rutine for staging av mistenkt primært nyrecellecarcinom.

D Ureterorenoskopi med biopsi for histopatologisk avklaring av lesjonen.
Vil ikke sikkert kunne visualisere tumor fra innsiden av urinveiene.

00001664c3fcd3a37d

103
En 71 år gammel mann oppsøker legevakten med urinretensjon. Han har noe ubehag og forteller at han dagen før var på fest og han hadde drukket mer alkohol enn han pleier. Med bladderscan måler du 2 liter urin i blæren. Hvordan bør du håndtere denne situasjonen?

A Det beste er å tømme blæren med et engangskateter og be pasienten oppsøke fastlege dagen etter dersom vannlatingen ikke kommer i gang igjen. Du forklarer at mye alkohol kan gi urinretensjon
Når en pasient har 2 liter i blæren uten sterke smerter taler det for at dette er et problem som har utviklet seg over tid og pasienten har mest sannsynlig en svekket detrusor. Dette må utredes videre hos spesialist.

B Det beste er å legge inn et permanent kateter som kan fjernes hos fastlege etter et par dager for så å se om vannlatingen kommer i gang
Med 2 liter i blæren bør pasienten henvises til urologisk poliklinikk for videre utredning

C Det beste er å tømme blæren med engangskateter siden dette reduserer risikoen for infeksjon. Du gjør DRE, palpererer forstørret protata og tar PSA
PSA skal ikke taes i en akuttsituasjon med retensjon da dette vil gi en falsk forhøyet PSA

D X Det beste er å legge et permanent kateter og henvise pasienten til urologisk poliklinikk
Denne pasienten har trolig hatt noe dårligere blæretømming over tid med gradvis dilatasjon av urinblæren. Han kan derfor ha 2 liter i blæren uten at dette blir veldig smertefullt. Alkoholinntaket har trolig utløst det aktuelle men han bør utredes hos spesialist.

104
Pasienten er en 72 år gammel aktiv pensjonist. Han er henvist av sin fastlege til urologisk poliklinikk pga residiverende nedre urinveisinfeksjoner de siste par årene, siste gang komplisert med epididymitt. Han er hjerte-lungefrisk. Vannlatingen er preget av hesitasjon, redusert stråletrykk, lang tømmingstid. Det er normale verdier av hemoglobin, kreatinin og prostata spesifikk antigen (PSA). Ultralyd urinveier viser ingen hydronefrose, men 400 ml resturin. Prostata volum måles til 70 ml.
Hvilken videre utredning og evnt behandling er den beste for denne pasienten?

A X Pasienten opplæres i RIK (ren intermitterende kateterisering) som gjøres 3-5 ganger daglig. Han bør henvises til utredning med cystoflowmetri (Trykk-flow undersøkelse, en urodynamisk undersøkelse)
Pasienten har stort resturinvolum, og urinblæren trenger hjelp til blæretømming. RIK foretrekkes framfor permanent kateter, bl.a pga mindre risiko for infeksjon og bedre livskvalitet hos en aktiv 72 åring. Med såpass mye resturin kan detrusor være svekket. Dersom cystoflowmetri viser detrusorparese skal han ikke opereres med TURP, men fortsette med RIK. Cystoflowmetri bør derfor utføres før videre behandlingen bestemmes når resturinmengden er over 3-400 ml. Medikamentell behandling av prostataobstruksjon har begrenset effekt hos pasienter med resturin >150 ml

B Pasienten bør opplæres i RIK (ren intermitterende kateterisering) som gjøres 3-5 ganger daglig. Duodart (alfa-blokker + 5-alfa-reduktasehemmer) anbefales.
Ved såpass mye resturin bør pasienten utredes med tanke på detrusofunksjonen; altså urodymanisk undersøkelse. Evnt medikamentell behandling gis evnt først etter at undersøkelsen er gjennomfør.

C Pasienten bør få et permanent blærekateter for avlastning av blæren og søkes innlagt for TURP (transurethral reseksjon av prostata).
Med såpasss mye resturin må man undersøke detrusorfunksjonen med urodynamikk.

D Pasienten bør søkes direkte til TURP (transuretralreseksjon av prostata) hvor det bes om prioritet for operasjon på grunn av resturin, residiverende infeksjoner og fare for resistensutvikling.
Pas må utredes nærmere før evnt TUR-P

105
Pasienten er en 85 år gammel mann, strålebehandlet for prostatacancer for 20 år siden men ellers i god form. Han oppsøker deg som fastlege på grunn av økende plager med hyppig vannlating og dysuri siste måned. Urin stix viser hvite++, blod++, nitritt+. Hva bør du gjøre videre?

A Sette urin til dyrkning og henvise pasienten til CT urinveier.
CT er ikke tilstrekkelig for å kunne utelukke tumor i blæren.
B Sette urin til dyrkning og kontakte pasienten når svar foreligger slik at han får riktig antibiotika.
Ikke tilstrekkelig. Blærecancer må utelukkes pga tidligere strålebehandling og økt risiko for blærecancer
C X Sette urin til dyrkning og henvise pasienten til cystoskopi.
Cystoskopi er den nødvendige undersøkelsen for å kunne påvise tumor i blæren. CT kan være indisert men kan bestemmes etter cystoskopi. Ved urinveisinfeksjon er det i de fleste tilfeller riktig å starte behandling før man har fått svar på urinbaktus med resistens. Pasientens symptomer vil her være avgjørende.
D Sette urin til dyrkning og starte umiddelbart med antibiotika mot urinveisinfeksjon. Du kontakter pasienten dersom medisinen du har valgt viser seg å være resistent mot aktuell agens.
Ikke tilstrekkelig.Pasienten har fått strålebehandling i bekkenet og har dermed økt risiko for blærecancer. Ved blæresymptomer må derfor pasienten utredes for dette.

00001664c3fcd3a37d

106
En av syklistene faller stygt under et sykkelløp og får et slag mot høyre flanke. Han er våken og ved full bevissthet og fraktes til akuttmottaket på nærmeste sykehus for videre undersøkelse. Han tømmer urinblæren og ser at urinen er helt rød av blod. CT viser grad 4 laserasjon av høyre nyre. Pasienten er stabil. Hvordan bør pasienten behandles videre?

A X Pasienten bør overvåkes med hyppig måling av puls og blodtrykk samt Hb. Dersom pasienten er stabil er konservativ tilnærming den beste behandling.
Pasienten bør ligge på en overvåkningsenhet siden det kan være fare for ytterligere blødning til man er tryggere på at situasjonen er stabil. Sengeleie på sykehusavdeling i flere dager er den videre behandlingen før gradvis mobilisering. Normal aktivitet kan gjenopptas etter 2-3 måneder.
B Pasienten bør sendes til akutt angiografi for å se om der er pågående blødning som skal coiles
Det gjøres dersom pasienten blir ustabil. Ikke før.
C Pasienten meldes akutt til operasjon for nefrectomi
Man fjerner ikke skadede nyrer med mindre pasienten er ustabil og man ikke får kontroll med coiling på røntgenavdelingen
D Pasienten opereres akutt og blødende kar ligeres og området tamponeres til neste dag
Det er ikke mulig å finne blødende kar i et stort retroperitonealt hematom. Dersom pasienten opereres gjøres det nefrectomi på vital indikasjon; altså ustabil pasient hvor annen behandling ikke er tilstrekkelig

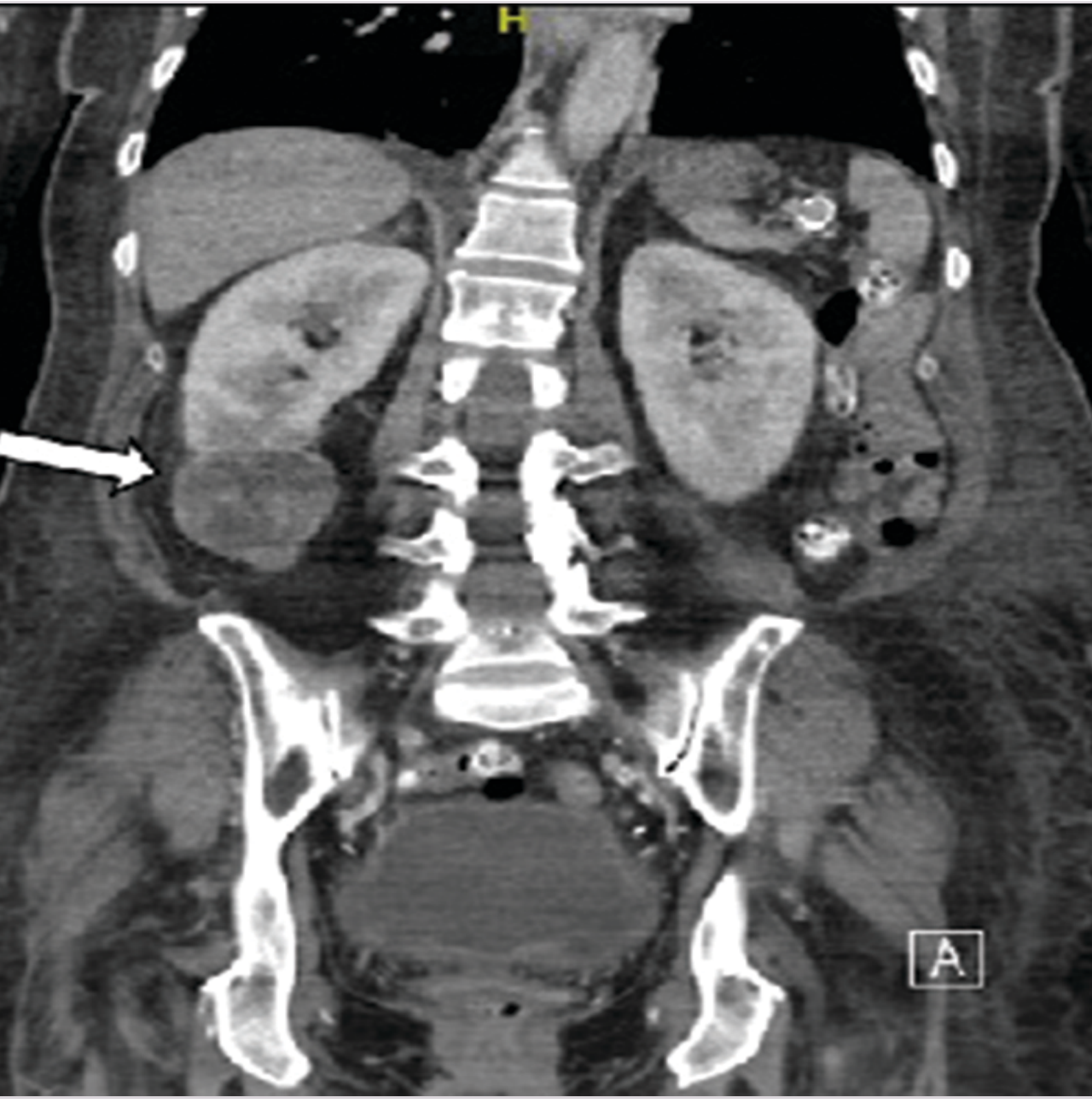
00001664c3fcd3a37d

107
En 65 år gammel mann oppsøker deg på fastlegekontoret på grunn av økende vannlatiningsplager de siste par årene. Han må nå opp 3 ganger om natten og er sliten av dårlig søvnkvalitet. Hva er riktig håndtering av denne pasienten?

A Digital rektal eksplorasjon, PSA og henvisning til urolog for utredning av prostatakreft.
De fleste menn med prostatakreft har ikke symptomer på vannlatingsbesvær. Her vil man ikke behandle pas problem heller. I det korrekte svaret tar man høyde for mulig prostatakreft.
B Digital rektal eksplorasjon, PSA, IPSS, miksjonsliste og henvisning til urolog for videre utredning.
oppstart av behandling kan utføres i primærhelsetjeneste
C X Digital rektal eksplorasjon, PSA. IPSS, miksjonsliste og oppstart av alfa-blokker.
riktig svar
D Digital rektal eksplorasjon, miksjonsliste og henvisning til endokrinolog pga nattlig polyuri.
diabetes insipidus er en meget sjelden tilstand, og ikke det man først utreder

00001664c3fcd3a37d

108
Hva er anbefalt behandling av klarcellet nyrecancer, 3,5 cm diameter, i nedre pol hos 57 år gammel kvinne med diabetes og hypertensjon (se bilde)?


H
A

A Laparoskopisk nefrektomi
B X Robotassistert laparoskopisk nyrereseksjon
Nefronsparende tilnærming alltid det beste ved tumores < 7 cm, hvis mulig med minimalt invasiv prosedyre.
C Åpen nefrektomi
D Watchful waiting
Ung pasient med forventet lang levetid bør tilbys aktiv behandling

00001664c3fcd3a37d

109
En 80 år gammel mann har siste 3 årene hatt økende problem i form av hyppig vannlating og nocturi. Trykket har blitt mye dårligere og siste ukene har han også fått urinlekkasje. Hvilken type inkontinens er mest sannsynlig hos denne pasienten?

A Urgeinkontinens
Menn kan ha urgeinkontinens men det er ikke vanlig
B Stressinkontinens
Stressinkontinens er ikke vanlig hos men med mindre de har hatt kirurgi i form av radikal prostatectomi eller TURP
C Blandingsinkontinens
Med blandingsinkontinens mener man en blanding av stress og urgeinkontinens. Det forekommer også hos menn mer er ikke hyppig
D X Overflowinkontinens
Overflowinkontinens kan utvikles seg hos menn med prostatahyperplasi og vannlatingsproblem som ikke behandles. Blæren kan etterhvert bli overstrukket og miste både sensitivitet og detrusorkraft som igjen kan gi retensjon og urinlekkasje.

00001664c3fcd3a37d

Testen har 109 oppgaver. På utskriftstidspunktet var 0 oppgaver blitt trukket og det var gjort fasitendringer på 0 oppgaver.