

**Examination efter läkares Allmäntjänstgöring**

**Skriftligt prov**

SVARSFÖRSLAG TILL AT-PROV DEN 25 maj 2018

**NÄMDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄSTGÖRING**  
**Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala och Örebro**  
**samt Karolinska Institutet**

## Svarsförslag Fall 1 Kirurgifrågan 20 poäng

**1:1:1 Beskriv kortfattat de olika stegen i traumaundersökningen, enligt ATLS eller motsvarande, i punktform. (2 p)**

ABCDE inklusive stockvändning (log-roll)

**1:2:1 Resonera hur man tänker vid administrering av vätska i en situation som ovan med hänsyn till risken för ytterligare blödning och vilken vätska och volym du helst vill ge? Hur vill du då lägga upp planen med vätsketerapin för de kommande timmarna? (2,5 p)**

Du ger patienten en bolusdos med 250 ml Ringer-Acetat, (upp till 1000 ml portionsvis acceptabelt enligt senaste ATLS), för att se om man får ett puls / blodtryckssvar. Upprepas vid behov. Eftersträva permissive hypotension, syst BT cirka 80mmHg.

Du beställer helblod och vill hålla patientens blodtryck åt det lägre hållet för att inte öka riskerna för provocerande blödning (Permissive hypotension).

**1:3:1 Vilken blir din omedelbara åtgärd? (0,5 p)**

Bäckengördel ev. snabb slätröntgen av bäckenet på akutmottagningen om tillgång finns

**1:4:1 Vilka ytterligare skador bör man misstänka i det här fallet? (1 p)**

Skada på bäckenet och/med eventuellt även en inre bukblödning på grund av skada på bukorganen.

**1:4:2 Resonera hur du snabbast skulle vilja komma vidare med utredningen avseende eventuella skador. (1 p)**

CT krävs för full poäng, alternativt föregående av FAST

**1:5:1 Hur kan man handlägga en mjältruftur? Nämn minst tre olika sätt beroende på hur allvarlig skadan är. (1,5 p)**

En lindrigare mjältskada behandlas oftast konservativt med kontroller i början. En större skada med cirkulatoriskt stabil patient skulle även kunna emboliseras (coilas) på IR-lab. Med en patient som har svårt att hålla trycket bör man laparotomera och extirpera mjälten.

**1:5:2 Du tänker för dig själv på blodförsörjningen inför en eventuell embolisering (coiling) eller operation, namnge kärlen A och C på bilden. (1 p)**

A: a. hepaticus communis, (B: a. gastrica sinistra), C: a. lienalis.

**1:6:1 Vilken skada måste man utesluta om KAD inte fungerar hos en traumapatient? (0,5 p)**

Man bör misstänka en skada på urethra.

**1:7:1 Vid kroppsundersökning, ange 2 förekommande kliniska tecknen på uretraskadan du misstänker om en KAD inte fungerar? (1 p)**

Hematom i perineum och/eller blod från urethra.

**1:8:1 Skall patienten ha kvar sin KAD? Resonera kring ditt beslut. (0,5 p)**

KAD bör sitta kvar med tanke på nyligen genomgången trauma och operation. Man kan lättare följa urinproduktionen postoperativt.

**1:8:2 Vad blir ditt svar angående antibiotika? Redogör kortfattat. (0,5 p)**

Antibiotikaprofylax preoperativt var tänkt inför bukkirurgi där det skulle ha kunnat förekomma tarmskada och behövs inte längre postoperativt.

**1:9:1 Vad bör man tänka på sikt vad gäller splenektomerade patienter vad gäller framtida infektioner och vilka åtgärder kan behövas? (1 p)**

Vaccination mot pneumokocker, Haemophilus influenzae typ b och meningokocker. Antibiotikaprofylax.

**1:10:1 Beskriv hur du tänker när du ordinerar smärtstillande. (1 p)**

Paracetamol 1 g x 4 samt NSAID, t.ex. Ibuprofen 400 mg x 3. Opiat / Opioid v.b.

**1:11:1 Nämn 2 tänkbara diagnoser som du anser mest sannolika? (1 p)**

Bilden föreställer ett basaliom. Differential diagnos: skivepitelcancer.

**1:11:2 Vilken åtgärd föreslår du? (1 p)**

Det bör excideras och skickas för PAD.

**1:12:1 Vad bör man misstänka? Ge förslag på möjliga diagnoser. Ange ett invasivt och ett icke-invasivt sätt att komma närmare diagnos? (2 p)**

Bilden skulle kunna föreställa ett malignt melanom, benigt eller dysplastiskt naevus. Excidera och skicka för PAD eller Dermatioskopi.

**1:13:1 På vilket sätt bör patienten handläggas vidare med tanke på PAD-fyndet? (1 p)**

Utvidgad excision + SN

**1:14:1 Vilken specifik typ av röntgenundersökning, som inte finns på alla sjukhus, är särskilt lämplig för att kartlägga metastasutbredningen hos en patient med malignt melanom och som bör göras innan man går vidare med en axillutrymning? (0,5 p)**

FDG PET-CT

**1:15:1 Kemoterapi har tyvärr begränsad effekt på malignt melanom. De senaste åren har det tillkommit andra behandlingar av metastaser. Ge förslag på hur man kan behandla spridd melanomsjukdom beroende på metastasutbredning och tumörbiologi? (0,5 p)**

Operation, BRAF-hämmare och immunterapi.

## Svarsförslag Psykiatrirfrågan 20 poäng

### **2:1:1 Ange 3 tänkbara bakomliggande psykiatriska diagnoser som skulle kunna vara förenliga med patientens beskrivning. För ett differentialdiagnostiskt resonemang. (2,5 p)**

Du uppfattar att detta är ganska komplicerat. Tänkbara psykiatriska diagnoser kan vara en instabil personlighetsstörning, ADHD, missbruk av något slag, eller ett ångesttillstånd.

### **2:2:1 Resonera hur du ställer dig till önskemålet om lugnande respektive sömnmedel. (1 p)**

Säg att du vill veta mer om hennes problematik och att du inte omedelbart vill ge något lugnande eller något att sova på och att hon i stället ska få en samtalskontakt och fortsatt kontakt med läkaren.

### **2:3:1 Nämn fyra viktiga suicidriskfaktorer du behöver kartlägga för att kunna göra en välgrundad suicidriskbedömning. (2 p)**

Du frågar om hennes suicidtankar, hur ofta, i vilket sammanhang de kommer och vad hon gör när de kommer. Har hon haft mera konkreta planer på hur hon skulle göra för att ta sitt liv och har hon gjort något suicidförsök tidigare. Det finns sannolikt en förhöjd suicidrisk, men du bedömer den som måttlig, särskilt nu när hon fått en samtalskontakt och löfte om en fortsatt kvalificerad kontakt på ungdomsmottagningen. (

### **2:4:1 Vad är det i hennes sjukhistoria som gör att det skulle kunna handla om en ADHD-problematik? Ange några kardinalsymtom som krävs för att kunna ställa en ADHD-diagnos. (1,5 p)**

För ADHD diagnos krävs symtom på uppmärksamhetsstörning, koncentrationssvårigheter och hyperaktivitet, svårt att sitta still, impulsivitet och att problemen börjat tidigt i barndomen och nu leder till påtagliga problem i livet, funktionsnedsättning i skola och arbete. I detta fall problematisk skolgång, icke godkända slutbetyg, svårt att komma i tid till sitt arbete, impulsivitet, en trasslig social situation.

### **2:5:1 För ett psykiatriskt differentialdiagnostiskt resonemang som kan förklara patientens symtom. Nämn 2 tänkbara psykiatriska diagnoser. Motivera dina förslag. (2 p)**

Det hela skulle kunna vara en fördröjd sorgereaktion eller möjligen en tidig demensutveckling, men i första hand är det väl frågan om ett depressivt syndrom som utvecklats som en fördröjd krisreaktion. Hen bör ha uteslutit somatiska förhållanden som åtminstone kan ha bidragit till den psykiska insufficiensen.

### **2:6:1 Du vill utesluta möjliga somatiska förhållanden som kan bidra till patientens problem. Vilka prover ordinerar Du? Motivera. (1 p)**

Det är viktigt att ta somatiskt status och laboratorieprover, t ex Hb, elektrolyter inkl. kalcium, tyreoida-prover även om hen uppfattar tillståndet som en depression.

### **2:7:1 Motivera dina val av antidepressivum (SSRI-preparat) respektive sömnmedel (zopiklon) i detta fall. Ge förslag på alternativ medicinering och motivera valen. (1,5 p)**

I första hand ett SSRI-preparat. Ett alternativ kunde vara mirtazapin, som är ett

antidepressivum med måttliga biverkningar, det brukar bidra till förbättrad sömn och den viktuppgång, som ofta förekommer, är ju ingen nackdel i detta fall. Zopiklon är ett beprövat sömnmedel och du bedömer risken för missbruksutveckling som mycket liten i detta fall.

**2:8:1 Vilka alternativ har du nu för den fortsatta handläggningen? (1 p)**

Du kan naturligtvis satsa på en fortsatt öppenvårdskontakt, men tillståndet har ju snarast försämrats. Inte minst har tillkommit livsleda och Du bedömer slutenvård som nödvändig.

**2:9:1 Vad i patientens tillstånd skulle kunna motivera tvångsvård enligt LPT? (1 p)**

Patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Hon motsätter sig vård och det finns också en påtaglig suicidrisk. Allt detta motiverar slutna psykiatrisk vård.

**2:10:1 Kognitiv beteendeterapi (KBT) har blivit en mycket vanlig psykoterapiform på senare år. Ange tre karaktäristiska inslag i KBT-behandling. (1,5 p)**

KBT fokuserar på att förändra tankemönster. Man är mer intresserad av här-och-nu-situationen än barndom och uppväxt. Man har ofta hemuppgifter och diskuterar konkreta behandlingsstrategier för att hantera negativa tankar och beteenden. (

**2:11:1 Vad är det i ECT-behandlingen som måste utvecklas för att behandlingen ska få effekt? (0,5 p)**

Ett generellt epileptiskt anfall är nödvändigt för effekt.

**2:12:1 Vilken är den vanligaste biverkan vid ECT-behandling? (0,5 p)**

Övergående minnesstörning.

**2:13:1 För ett differentialdiagnostiskt resonemang kring patientens problematik. (1,5 p)**

Det hela ter sig som ett utmattningsyndrom alternativt ett blandat ångest- och depressionstillstånd, alternativt en stressreaktion.

**2:14:1 Vilka åtgärder vidtar du? (1 p)**

Du utvidgar anamnesen, gör en somatisk undersökning och tar EKG och lab-prover, elektrolyter inkl. kalcium, tyreoida, leverprover.

**2:15:1 Hur går du vidare med diagnostiseringen av patientens tillstånd? (0,5 p)**

Du kompletterar anamnesen med hjälp av ett diagnosinstrument, exempelvis MINI eller något annat rimligt

**2:16:1 Ge förslag till lämplig medicinering och hur du tänker följa upp fallet. (1 p)**

Du sätter in ett SSRI-preparat med effekt både mot ångest och mot depression samt ett sömnmedel som inte har så stor beroendepotential, exempelvis Propavan. Du planerar att träffa patienten förslagsvis var fjortonde dag framöver för att bl.a. utvärdera effekten av medicineringen, följa upp kontakten med arbetsplatsen och hur han lyckats med sin fysiska aktivitet.



## Svarsförslag Internmedicinfrågan 20 poäng

### 3:1:1 Vilka diagnoser som kräver akut åtgärd måste du utesluta? (2 p)

Pneumoni, KOL med exacerbation, hjärtinfarkt eller hjärtsvikt.

### 3:2:1 Nu kommer sjuksköterskan med EKG remsan – Hur blir din tolkning (EKG bifogas)?

(1 p)

Sinustakykardi, för övrigt normalt EKG.

### 3:3:1 Hur går du nu vidare med utredningen? (2 p)

Du beställer rutinblodstatus med CRP samt hjärtskademarkörer, saturationsmätning/arteriell blodgas och akut lungröntgen.

### 3:4:1 Hur tolkar du provsvaren? (2p)

Akut respiratorisk svikt med hypoxi och akut respiratorisk acidosis, vilket bekräftas av blodgasanalysen.

Högt CRP och förhöjt LPK talar för en akut infektion. Det lätt förhöjda troponinvärdet kan förklaras av att pat är hypoxisk och fra. infekterad.

### 3:5:1 Vilken patogen är vanligast som orsak till en samhällsförvärd pneumoni och vilket är lämpligt antibiotikaval till denna patient? (1p)

Pneumokocker. Bensylpenicillin eller t ex Cefotaxim eller liknande cefalosporinpreparat intravenöst

### 3:6:1 Vilken undersökning krävs för att ställa diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)? (1p)

Spirometri med reversibilitetstest (efter bronkdilaterare)

### 3:7:1 Tolka hennes spirometri (bifogas) och diskutera graden av obstruktivitet utifrån resultatet. (3p)

Spirometri, som är basen i utredningen av KOL, visar ett värde på FEV<sub>1</sub>/FVC som är <0,7 och som inte signifikant förbättras vid reversibilitetstestet med bronkvidgande läkemedel. Detta tillsammans med patientens anamnes bekräftar diagnosen KOL. FEV<sub>1</sub> efter bronkdilatation ligger inom 30-50 % av förväntat normalvärde. Baserat på spirometriresultatet har patienten således en KOL i spirometriskt stadium 3

### 3:8:1 Förutom spirometriresultatet, hur skall du ytterligare värdera sjukdomens svårighetsgrad inför valet av farmakologisk behandling? (2p)

Sjukdomens svårighetsgrad bedöms, förutom genom den spirometriska klassifikationen, också på basen av svaren på symtomfrågeformulär som t. ex CAT och/eller mMRC tillsammans med frekvensen och svårighetsgraden av exacerbationer.

### 3:9:1 Utifrån patientens situation, vilka *icke farmakologiska* åtgärder bör du nu föreslå? (3 p)

Initiera interprofessionell samverkan. Absolut rökstopp – hjälp via rökavvänjningsmottagning. Dietistkontakt för nutritionsråd och viktkontroll. Remiss till fysioterapeut för instruktion om fysisk aktivitet/träning. Kontakt med KOL-sköterska för

undervisning och uppföljning och kontroll av läkemedelsbehandling. Du ombesörjer också att patienten vaccineras mot influensa och pneumokocker

### **3:10:1 Vilka kliniska undersökningar planerar du att göra vid återbesöket och varför? (3p)**

Ny lungröntgen för uppföljning av pneumonin (vid KOL ökad risk för malignitet pga rökning) samt ny spirometri för att värdera lungfunktionen då patienten är kliniskt stabil. Saturationsmätning och eventuellt ny arteriell blodgas för att bedöma saturation samt rutinblodstatus med CRP. Ny utvärdering av symtom med CAT och/eller mMRC-frågeformulär

## **Svarsförslag Allmänmedicinfrågan 20 poäng**

### **4:1:1 Hur svarar du Peter? Önskar du ytterligare information, i så fall vilken? (max 2 p)**

- Nej, ny antibiotikakur kan inte skrivas utan vidare (0,5 p)
- Kompletterad anamnes bör tas, t.ex. aktuella symtom, hur tablettkuren togs, om tablettorna delades med partner (0,5 p)
- Sexualanamnes under och efter kuren (eventuellt obehandlad partner och återsmitta) (0,5 p)
- Förnyad provtagning av klamydia bör göras (0,5 p)
- Provtagning bör kompletteras avseende ytterligare tänkbar smitta, mycoplasma genitalium (och/eller gonorré, analyseras ofta samtidigt med klamydia på lab), om dessa prover inte togs vid första besöket (0,5 p)

### **4:2:1 Nämn 4 vanliga orsaker till svängande blodtryck mellan olika mätningar? (max 2 p)**

- Varierande följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling för blodtrycket (0,5 p),
- Variabel stressnivå (0,5 p)
- Missbruks/abstinensproblematik (t ex periodvis alkoholmissbruk) (0,5 p)
- Vitrockshypertoni (0,5 p)
- Olika mätteknik hos olika personer som mäter (0,5 p)
- Omväxlande användning av handleds- och överarmsmätare (0,5 p)
- Omväxlande användning av 12 och 15 cm-mätare hos individ med kraftiga överarmar (0,5 p)
- Sömnapné med variabel obstruktion (0,5 p)

### **4:3:1 Efter inledningsfraserna fortsätter du konsultationen med att ta upp områden av betydelse gällande Ullas blodtryckssjukdom. Nämn 4 viktiga anamnestiska frågeområden att belysa under ett återbesök för kontroll av hypertoni. (max 2 p)**

- Symtom på höga eller låga blodtryck (huvudvärk, yrsel, ortostatism) (0,5 p)
- Aktuell stressnivå (0,5 p)
- Levnadsvanor i övrigt (tobak, alkohol, fysisk aktivitet, kost, lakrits) (0,5 p)
- Följsamhet och ev. biverkningar till blodtrycksmedicinering (0,5p)
- Tecken organskada
- Funktionsförmåga (utveckling av hjärtsvikt) (0,5 p)



- Ev. ischemiska symtom (0,5 p)

**4:4:1 Trots att den insatta läkemedelsbehandlingen varit adekvat har blodtrycket inte gått ned tillräckligt.**

**Näm 3 kliniskt relevanta tänkbare bakomliggande orsaker till att blodtrycksvärden inte går ned som önskvärt (förutom bristande följsamhet till läkemedelsbehandling, vitrockshypertoni, missbruksproblematik och sömnapné). ( max 1,5 p)**

- Otillräcklig läkemedelsbehandling, behov av ytterligare preparat (0,5 p)
- Njurartärstenos (0,5 p)
- Annan njursjukdom (renovaskulär sjukdom eller renoparenkymal sjukdom såsom diabetesnefropati eller nefrit) (0,5 p)
- Primär hyperaldosteronism (0,5 p)
- Hög lakritskonsumtion (0,5 p)
- Missbruk (0,5 p)
- Annat adekvat svar på frågan (0,5 p).

[Feokromocytom ger inte poäng då sjukdomen är sällsynt.]

**4:5:1 Du överväger att justera Ullas läkemedelsbehandling för hennes blodtryck. Ge två förslag på tänkbara lämpliga kompletterande behandlingar i Ullas fall.**

**Motivera dina förslag. (max 2 p)**

- Lägga till tiazid (1 p)
  - Lägga till kalciumflödeshämmare (1 p)
  - Annat relevant förslag med motivering, t ex betablockerare vid ischemiska besvär (1 p)
- [Spironolakton eller ARB ger ej poäng p.g.a. högt P-Kalium.]

**4:6:1 Gör en tolkning av Ullas nya EKG, se nedan. (1 p)**

- Sinusrytm (0 p)
- Höga R-vågsamplituder i vänstersidiga avledningar (0,5 p)
- Djupa S-vågor i avledning V1-V3, ST-T-förändringar i laterala avledningar (belastningstecken?) (0,5 p)
- Normalställd el-axel. (0 p)

**4:7:1 Vilken diagnos ställer du? (0,5 p)**

- Pityriasis rosea (medaljongsjuka)

**4:8:1 Vad beror förändringarna på? (0,5 p)**

- Orsaken är inte helt känd, men troligen orsakas hudförändringarna av en immunologisk reaktion mot en infektion

**4:8:2 Vad säger du till Pelle angående behandling, prognos och behov av uppföljning? (0,5 p)**

- Ofarligt och ej smittsamt, ingen behandling behövs, försvinner småningom av sig själv

**4:9:1 Vilka ytterligare anamnestiska uppgifter vill du få i Antons fall med avseende på hans knäsvullnad? Vad frågar du Anton om för att kunna fånga differentialdiagnoser och tänkbara orsaker till svullnaden? (max 3 p)**

- Tidigare knäskada? (0,5 p)
- Tidigare ledsjukdom? (0,5 p)
- Känd malignitet (0,5 p)
- Känd gikt? (0,5 p)
- Psoriasis? (0,5 p)
- Utlandsvistelse nyligen? (0,5 p)
- Nyligen genomgången episod med diarré/magsjuka? (0,5 p)
- Misstanke sexuellt överförbar sjukdom? (0,5 p)
- Fästingbett? (0,5 p)
- Sår/hudinfektion? (0,5 p)
- Tidigare känd inflammatorisk ryggsjukdom? (0,5 p)
- Andra relevanta förslag (0,5 p).

**4:10:1 Nämn de differentialdiagnoser du redan i detta skede börjat fundera över. (max 2,5 p)**

- Reaktiv artrit (0,5 p)
- Uppseglade septisk artrit (0,5 p)
- Kristallartrit (pyrofosfatsynovit, gikt) (0,5 p)
- Spondartrit (0,5 p)
- Psoriasisartrit (0,5 p)
- Borreliaartrit (0,5 p).

**4:11:1 För att komma närmare diagnosen överväger du att punktera knäleden och skicka ledvätska för analys. Nämn de 3 viktigaste ledvätskeanalyserna lämpliga att göra i Antons fall. (1,5 p)**

- Odling (0,5 p)
- LPK (poly/mono) (0,5 p)
- Kristaller (0,5 p)

**4:12:1 Ange 2 vanligt förekommande bakomliggande faktorer/orsaker som kan föregå/utlösa reaktiv artrit? (max 1 p)**

- Tarmpatogener som Yersinia, Campylobacter, Salmonella, Shigella (max 0,5 p)
- STD t.ex. klamydia eller gonorré (max 0,5 p)
- Annan infektion (0,5 p)
- HLA B27 positivitet (0,5 p).