

Svarsförslag eAT-provet 2021-11-19

Fall 1 – Allmänmedicin

Fråga 1.1.1.

Vilket målvärde för blodtrycket rekommenderar du i Kristinas fall? Motivera. (1 p)

Svarsförslag:

På grund av diabetes med nyttillkommen mikroalbuminuri bör hennes antihypertensiva behandling ökas i syfte att förbättra prognos för njurar och att minska kardiovaskulär risk.

Den skärpta målnivån för blodtrycket är 130/80 mmHg.

Fråga 1.1.2. Ge förslag på lämplig ökning av patientens antihypertensiva behandling.

Ange preparattyp och initial dosering. (1p)

Svarsförslag:

ARB eller ACE-hämmare i initialt låg dos.

Fråga 1.1.3. Vilka särskilda instruktioner ger du Kristina gällande medicineringen med Metformin och ARB/ACE-hämmare? (0,5 p)

Svarsförslag:

Vid dehydreringstillstånd ska ARB/ACE-hämmare och metformin utsättas tillfälligt.

Fråga 1.1.4. Beskriv 3 anamnestiska uppgifter, symtom eller kliniska fynd som skulle kunna väcka misstankar om prerenal orsak hos en patient (man eller kvinna) som utvecklat njursvikt. (1,5 p)

Svarsförslag:

Påtaglig vätskeförlust, aktuell svår infektion, överdosering av diuretika, inkompenenserad hjärtsvikt, läkemedel som minskar njurgenomblödning (t.ex. NSAID, RAAS-blockad), lågt blodtryck.

Fråga 1.1.5. Beskriv 3 anamnestiska uppgifter, symtom eller kliniska fynd som skulle kunna väcka misstankar om prerenal orsak hos en patient (man eller kvinna) som utvecklat njursvikt. (1,5 p)

Svarsförslag:

Ödem, långvarig hypertoni och/eller diabetes, ökad proteinuri, samtidig proteinuri och hematuri, akut tubulär nekros, akut glomerulonefrit, läkemedel, förgiftningar (t.ex. svampförgiftning), rabdomyolys, kontrastmedel.

Fråga 1.1.6. Beskriv 3 anamnestiska uppgifter, symtom eller kliniska fynd som skulle kunna väcka misstankar om prerenal orsak hos en patient (man eller kvinna) som utvecklat njursvikt. (1,5 p)

Svarsförslag:

Svårigheter att kissa, palpabel urinblåsa, prostatism, synligt blod i urinen (t.ex. urinblåsecancer), uretersten, retroperitoneal fibros, malignitet (t.ex. i lilla bäckenet/buken, urotelial malignitet alt. prostatacancer).

Fråga 1.1.7. Ange 2 vanliga läkemedelsgrupper ur vilka läkemedel ofta förekommer som bidragande orsak till utlösande av njursvikt. (1 p)

Svarsförslag:

NSAID eller läkemedel som påverkar renin-angiotensinsystemet, så kallad RAAS blockerare (ACE-hämmare, ARB eller aldosteronantagonister).

Fråga 1.2.1. Vilken diagnos ställer du? (0.5 p)

Svarsförslag:

Pustulosis palmoplantaris (PPP).

Fråga 1.2.2. Utifrån de fynd du gjort i Petters handflator, ange två viktiga anamnestiska faktorer. (1 p)

Svarsförslag:

Ev. rökning, ev. ledbesvär, yrkesanamnes.

Fråga 1.2.3. Petter undrar om man känner till den bakomliggande orsaken till de uttalade förändringarna i handflatorna och fotsulorna, och om han kan göra något själv för att förbättra tillståndet. Vad svarar du? (1 p)

Svarsförslag:

Orsaken är inte säkerställd. Rökstopp är önskvärt, kan leda till klar förbättring.

Fråga 1.2.4. Bör någon läkemedelsbehandling förskrivas? I så fall ange läkemedelsgrupp och administrationsätt. (1 p)

Svarsförslag:

Lokalbehandling med grupp IV-steroid bör förskrivas.

Fråga 1.2.5. Vad svarar du patienten på hans fråga om det finns några läkemedel utöver nikotinersättningsmedel som skulle kunna underlätta för honom att klara av att sluta röka? Ange två läkemedelsnamn. (1 p)

Svarsförslag:

Förutom nikotinersättningsmedel finns två olika läkemedel att pröva, bupropion, Zyban® och vareniklin, Champix®.

**Fråga 1.2.6. Vilket är villkoret för förstagångsförskrivning av Zyban® eller Champix®?
(0.5 p)**

Svarsförslag:

Villkoret är att patienten accepterar rådgivning kring rökstoppet förutom recept på Zyban® eller Champix®.

Fråga 1.3.1. Utifrån det du redan enligt ovanstående känner till om Gunnel ange 2 tänkbara orsaker till förhöjning av hennes P-Calcium (1 p)

Svarsförslag:

Tiazider kan ge lätt förhöjning av P-Calcium. Höga doser peroralt tillfört D-vitamin kan ge till och med kraftigt förhöjda P-Calciumnivåer.

**Fråga 1.3.2. Vilken ytterligare labanalyt behövs för att beräkna korrigerat P-Calcium?
(0.5 p)**

Svarsförslag:

P-Albumin.

Fråga 1.3.3. På senare år har det börjat användas ett annat prov (än korrigerat Calcium) som kan ge en säkrare uppfattning om den sanna nivån av extracellulärt kalcium. Vad kallas detta prov? (0.5 p)

Svarsförslag:

Calciumjon eller Joniserat calcium.

Fråga 1.3.4. Vad är skälet till frikostighet vad gäller att ordinera provet P-Calcium? Vilken brukar den vanliga symtombilden vid lätt-måttlig hyperkalcemi vara? (1p)

Svarsförslag:

Det vanligaste är att lätt-måttlig hyperkalcemi inte ger några symtom alls eller endast lätta, ospecifika symtom. [Listade symtom som kan uppträda vid svår hyperkalcemi ger inte poäng.]

Fråga 1.3.5. Ange 4 i sammanhanget viktiga undersökningsmoment vid kroppsundersökning av Gunnel (utöver hjärt- lungstatus, blodtrycksmätning och EKG) med hänsyn till hyperkalcemin). (1p)

Svarsförslag:

Undersökning av hud, palpation av lymfkörtlar, sköldkörtel, bröst, buk, kotpelare.

Fråga 1.3.6. Förutom malignitet, tiazidbehandling och intag av D-vitamin ange 4 andra tänkbara bakomliggande orsaker till förhöjt P-Calcium. (2p)

Svarsförslag:

Primär hyperparatyreodism (pHPT), sarkoidos, tyreotoxikos, litiumbehandling, immobilisering, njursvikt, familjär hypokalciurisk hyperkalcemi (FHH).

Fråga 1.3.7. Ange 2 maligniteter kända för att kunna ligga bakom kombinationen tresiffrig SR och hyperkalcemi. (1p)

Svarsförslag:

Multipelt myelom och njurcancer.

Fall 2 – Kirurgi

Fråga 2.1.1. Vad är det viktigt att fråga om i anamnesen? Var specifik med frågorna, minst 5 stycken och motivera dina svar. (3p)

Svarsförslag:

(Viktnedgång, klåda, färg på avföring och urin, hereditet, smärtanamnes – utlösande faktorer, läkemedel, tid sjuk, droger)

Fråga 2.1.2. Berätta hur du går till väga när du undersöker patienten och vad du söker efter med tanke på anamnesen ovan (3 p)

Svarsförslag:

(Bukpalpation: Ascites, palpabel gallblåsa – Courvoisiers tecken, Smärta vid djupandning – Murphy's tecken, sclere + hud inspektion)

Fråga 2.2.1. Vilka 3 fynd i status får dig att reagera och vad kallas dessa tre tillsammans med ett egennamn som syndrom? Vilket fysiologiskt tillstånd är troligaste orsaken och vilken diagnos misstänker du efter din kliniska undersökning? (1 p)

Svarsförslag:

(Smärta-Ikterus-feber kallas Charcots triad och är associerat med kolangit.)

Fråga 2.2.2. Vilka laborationsprover skulle du vilja beställa? Nämn minst fyra och specificera vilka du är speciellt intresserad av med tillhörande motivering. (2 p)

Svarsförslag:

Blodstatus, Vätskestatus, CRP. ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, GT, Amylas-Lipas. För att du misstänker sjukdom i gallvägarna med gallstas. Du vill även titta på inflammationsparametrar, Hb samt bukspottskörtelprover.

Fråga 2.2.3. Vad finns det för differentialdiagnoser då patienten kliniskt har kolangit och med informationen du har så här långt? Nämn minst två och motivera för varje diagnosförslag. (2 p)

Svarsförslag:

(Gallsten/koledokussten, kolecystit, Tumör i gallvägar/gallblåsa, Tumör i bukspottskörtel, PSC vid UC, Alkohol med cirrhos, iatrogen skada)

Fråga 2.3.1. Nämn minst en sorts bakterie som är vanligtvis förekommande vid kolangit. (1 p)

Svarsförslag:

E.Coli, Klebsiella, Enterokocker, Enterobakter. Bakteriefloren vid kolangit påminner om den vid kolecystit, men det anaeroba inslaget är betydligt större. Bacteroides fragilis, som är en raritet vid kolecystit, och fusobakterier är vanligt förekommande. I fall med sjukhusakvirerad kolangit isoleras mer typisk nosokomial flora, exempelvis Pseudomonas, Proteus, Serratia spp, KNS och jästsvamp.

Fråga 2.3.2. Vilken åtgärd är nu viktigast i detta ögonblick och hur lyder dina ordinationer för handläggningen framöver? (2 p)

Svarsförslag:

Antibiotika med t.ex Piperacillin/Tazobactam , Amoxicillin/Klavulansyra. (Blododling, UL, CT, även MR/MRCP men inte på alla sjukh.). Vätska och eventuellt syrgas.

Fråga 2.3.3. Vilka differentialdiagnoser tänker du på? Nämn minst två. (2 p)

Svarsförslag:

Gallblåsecancer, pancreascancer, Tumör från extrahepatiska gallvägar t.ex. Klatskin's tumör.

Fråga 2.4.1. Vilken åtgärd är nu efter CT den bästa undersökningen och åtgärden? (1 p)

Svarsförslag:

Avlasta gallvägarna, antigen via ERCP eller PTC inom 24 tim.

Fråga 2.4.2. Vad finns det för per- och postoperativa risker med ERCP? Nämn minst två. (1 p)

Svarsförslag:

Per-op perforation, blödning. Post-op pankreatit.

Fråga 2.5.1. Patienten upplevdes som särskilt lättblödande under operationen, vad kan vara förklaringen till det? Vad behöver man kontrollera om ytterligare operation blir aktuell? (1 p)

Svarsförslag:

K-vitamin brist på dåligt upptag i tarmen i frånvaro av gallsalter. Man måste kontrollera ett koagulationsstatus och eventuellt substituera med vit-K.

Fråga 2.5.2. Redogör för 5-årsöverlevnaden för gallgångscancer. Skilj på de som inte opereras och de som opereras i ditt svar. Använd gärna procentsatser? (1 p)

Svarsförslag:

Dålig. Femårsöverlevnad ses nästan enbart efter kurativt syftande kirurgi. Om ingreppet bedöms som radikalt lever hälften efter fem år. Även efter kirurgi som bedömts som ej säkert radikal registreras femårsöverlevnad för cirka 20 %

Fall 3 – Intermedicin

Fråga 3.1.1. Vilka sjukdomar kan tänkas ge återkommande svullnad och smärtor av detta slag i de nedre extremiteternas leder? (ge fyra förslag) (2 p)

Svarsförslag:

Reumatoid artrit, septisk artrit, pyrofosfat artrit (falsk gikt) och gikt.

Fråga 3.1.2. Hur räknar man ut patientens BMI (Body Mass Index)? (1 p)

Svarsförslag:

Kroppsvikten i kg delad med kroppslängden i meter i kvadrat (kg/m²).

Fråga 3.1.3. Ange 6 relevanta labprover du vill beställa utifrån patientens sjukhistoria och aktuella tillstånd. (3 p)

Svarsförslag:

Blodstatus, SR och CRP, reumaprover (t.ex RF, Citrullin ak, ANA), elektrolyter (s-Na, s-K), s-kreatinin och s-urat.

Fråga 3.1.4. Nämn två avbildande undersökningar som kan rekommenderas i ett fall som detta för undersökning av de påverkade lederna? (1 p)

Svarsförslag:

Ultraljud (för påvisande av dubbelkonturer på ledbroskytter) och deCT (datortomografi med dubbelenergiteknik).

Fråga 3.2.1. Vilken diagnos misstänker du i första hand vid dagens akutbesök? (1 p)

Svarsförslag:

Akut giktattack.

Fråga 3.2.2. Diagnostiken utifrån klinisk bild skulle i den aktuella situationen kunna kompletteras med en riktad diagnostisk åtgärd. Vilken? (1 p)

Svarsförslag:

Försök till en steril diagnostisk punktion av stortåleden för att få ut ledexudat för analys av uratkristaller (guldstandard för gikt diagnos)

Fråga 3.3.1 Nämn tre behandlingsalternativ vid en akut giktattack. (3 p)

Svarsförslag:

Behandlingsalternativen är NSAID/cox-hämmare (5-10 dagar i full dos), kolkicin (0,5 mgx3 i 4 dagar) eller kortison (Prednisolon® 30 mg per os i 5 dagar).

Fråga 3.4.1. Varför bör uratsänkande medel sättas in i Magnus fall (fyra skäl räknas) och vilket läkemedel är förstahandsval? (3p)

Svarsförslag:

I Magnus fall skall uratsänkande behandling sättas in pga. ålder <40 år, giktattacker engagerande flera leder, s-urat >480 µmol/l och förekomst av samsjuklighet i form av tidigare njurstenar och hypertoni. Allopurinol (Zyloric®) är förstahandsmedel.

Fråga 3.4.2. Vilken är målnivån för urat i serum under behandlingen och varför skall patienten ha tillgång till lämplig akutbehandling att ta under de tre till sex första månaderna? (2p)

Svarsförslag:

Målvärdet för s-urat är <360 µmol/l. Under de 3-6 första månaderna med successivt upptrappad behandling finns en ökad risk för akuta giktattacker och patienten bör därför ha tillgång till akutbehandling vid behov.

Fråga 3.5.1. Varför bör man byta tiazider mot annan antihypertensiv behandling och vad för typ av preparat bör distriktsläkaren föreslå? (1p)

Svarsförslag:

Eftersom tiazidpreparat kan höja uratvärdet i serum väljer distriktsläkaren sannolikt i stället amlodipin – en kalciumantagonist som också kan sänka uratvärdet.

Fråga 3.5.2. Vad ingår i en kardiovaskulär riskprofil (anamnestiskt och laboratoriemässigt)? (2p)

Svarsförslag:

I kartläggningen av patientens kardiovaskulära riskprofil bör ingå: En riktad anamnes kring eventuella symptom på kardiovaskulär sjukdom. Därefter ställningstagande till primärpreventiv behandling med hjälp av exempelvis SCORE. SCORE inkluderar ålder och kön, rökvanor, systoliskt blodtryck, och total och non-HDL kolesterol. Dessutom bör alkoholvanor efterfrågas och fasteblodsocker och evt. HbA1c mätas. Njurfunktionen bör evalueras och ett EKG registreras.

Fall 4 – Psykiatri

Fråga 4.1.1. Vilken psykiatrisk diagnos stämmer bäst in på ovanstående problembild? Ange den mest sannolika primär diagnosen och två möjliga psykiatriska differentialdiagnoser. Motivera din primär diagnos. (2 p)

Svarsförslag:

Kropps syndrom/somatoformt syndrom med korrekt motivering (Spridda symtom från ett flertal system, övertygelse om sjukdom trots extensiv utredning, lång duration och stort lidande.) 0.5 diff: depression, GAD, hypokondri 0.5p

Fråga 4.1.2. Vad bör du göra om patienten vill prata om sina kroppsliga symtom? (0.5 p)

Svarsförslag:

Inleder med fokus på kroppsliga symtom, det är alliansbyggande och ger information

Fråga 4.1.3. Om du bedömer att ett kroppssyndrom föreligger, vilken vårdinstans bör vanligen ha det övergripande ansvaret för Anna? Motivera. (1p)

Svarsförslag:

Allmänmedicin/Hälsocentral, detta för att minska antalet utredningar och mediciner som sätts in, samt ger bäst möjlighet för kontinuitet. Andra specialiteter kan stötta vid behov, exempelvis psykiatrin.

Fråga 4.1.4. Baserat på anamnes och aktuellt status, vilken primär diagnos bör du misstänka i det här läget? (0.5p)

Svarsförslag:

Depression (med somatisering)

Fråga 4.1.5. Bör du sätta in medicinering i samband med den här konsultationen? Motivera. (1p)

Svarsförslag:

Sätter ej in medicin. tillståndet är svårbedömt, bristande sjukdomsinsikt, ej klart hur uppföljning skall ske.

Fråga 4.1.6. Varför bör man vara försiktig med att sätta in alla former av mediciner vid kroppssyndrom? (0.5 p)

Svarsförslag:

Hög risk för biverkningar. Hög risk att patienten samlar på sig en diger medicinlista. Risk för utveckling av beroende (smärtstillande). Förstärkning av "sjukdomsbild" (om man behandlar somatiska åkommor)

Fråga 4.1.7. Vad behöver du göra i det här läget? (0.5 p)

Svarsförslag:

Hembesök 0.5 Allra minst en direktkontakt med patienten (telefon eller digitalt möte)

Fråga 4.1.8. Vilken primär diagnos är det mest sannolikt att Anna har? Motivera din diagnos. Vad blir din åtgärd? (1p)

Svarsförslag:

-Djup depression med psykotiska symtom/ alternativt katatoni på depressiv basis. + korrekt motivering 1 // inläggning 0.5

Fråga 4.1.9. Uppfyller Anna kriterier för utfärdande av vårdintyg? Motivera utförligt. (2p)

Svarsförslag:

Uppfyller kriterier 0.5p, korrekta kriterier+ motivering 0.5px3

Fråga 4.1.10. Var bör hon initialt bedömas när hon kommer in till sjukhuset med ditt skrivna vårdintyg? (0.5 p)

Svarsförslag:

Akutmottagningen (Medicin (eller motsvarande))

Fråga 4.1.11. Vilken behandling är förstaval vid en djup depression med uttalade psykotiska inslag? (0.5 p)

Svarsförslag:

ECT

Fråga 4.1.12. Vad bör AT-läkaren misstänka att Anna drabbats av? (0.5 p)

Svarsförslag:

Att hon kan ha återinsjuknat i en somatiserad depression.

Fråga 4.1.13. Vad är ett vanligt skäl till återinsjuknande i psykiatrisk sjukdom, särskilt vid allvarligare sjukdomsbild, och vad behöver AT-läkaren fråga Anna? (0.5 p)

Svarsförslag:

Slutat med medicinering. Fråga om hon slutat med Duloxetin.

Fråga 4.2.1. Vilka statusfynd letar du efter vid bedömning av Saras grad av alkoholabstinens? Ange 4 symtom. (1p)

Svarsförslag:

Rödbrusig, skakig/darrig, stegrad blodtryck, stegrad puls, ångest, förvirring, hallucinationer.

Fråga 4.2.2. Sara blåser fortfarande 0.5 promille. Vad bör din åtgärd i det här läget vara? Motivera. (1p)

Svarsförslag:

Ordinerar bensodiazepiner. Hon är abstinent

Fråga 4.2.3. Ge förslag på en lämplig bensodiazepin och ange adekvat dosering. Ange hur och när du utvärderar effekten. (1p)

Svarsförslag:

Stesolid 10 mg /Oxascand 15-25 mg och följer upp effekt efter ca 15-20 minuter. Ordinera mer medicin om initial dosering ej har effekt. Följ blodtryck, puls och allmäntillstånd.

Fråga 4.2.4. Oxazepam och diazepam skiljer sig farmakokinetiskt Vad är fördelen med att ge diazepam i det här läget? (0.5p)

Svarsförslag:

Snabbare tillslag

Fråga 4.2.5. Varför är det vanligt med stegrad ångest vid alkoholabstinens? Vilket signalsystem i hjärnan är påverkat? (1p)

Svarsförslag:

Alkohol är en GABA-agonist. Stimulering av GABA-systemet ger ångestlindring. När man slutar dricka alkohol medför en reaktiv ökning av glutamaterg signalering agitation/ångest.

Fråga 4.2.6. Vilket tillstånd bör du misstänka i det här läget? (1p)

Svarsförslag:

Wernickes encefalopati

Fråga 4.2.7. Förklara mekanismen bakom Wernicke`s encefalopati och varför man löper ökad risk att drabbas av WE vid tillnyktring efter långvarigt alkoholbruk? Hur behandlas Wernickes encefalopati? (2p)

Svarsförslag:

WE beror på tiaminbrist, upptag av tiamin påverkas av alkohol. Högdos-tiamin x flera per dag. Vanligtvis parenteralt.

Fråga 4.2.8. Hur ställs diagnosen Wernicke`s encefalopati? Finns det någon radiologisk undersökning som kan hjälpa till vid diagnostik av Wernicke`s?

Svarsförslag:

Klinisk diagnos. Ja. MR.

Fråga 4.2.9. Vad kallas det kroniska tillstånd som kan uppstå efter en obehandlad eller underbehandlad Wernickes Encefalopati? Ange även ett av huvudsymtomen för poäng. (0.5p)

Svarsförslag:

Korsakoff demens 0.5 p