

eAT-provet, 2022-02-25

Frågor och Svarsförslag

Fall 1 – Psykiatri

Fall 1, Fråga 1.1.

Max poäng: 3

Fråga 1.1. Ange 3 anamnestiska uppgifter som du i detta skede måste fråga om och motivera varför.

Svarsförslag 1.1.

- Viktiga uppgifter kan vara hereditet för psykisk sjukdom i släkten.
- Användning av droger.
- Tidigare psykisk ohälsa (depressiva perioder).
- Penetrering av sömnanamnes.
- Aktuella läkemedel.
- Suicidalitet (aktuell och tidigare).
- Tidsduration av symptombild.
- För full poäng krävs dels viktig anamnestisk uppgift av betydelse för aktuellt fall, dels rimlig motivering.

Fall 1, Fråga 1.2.

Max poäng: 2

Fråga 1.2. Vad bedömer du är den mest sannolika diagnosen utifrån anamnes och klinisk bild? Motivera med 3 symptom som stöder ditt diagnosförslag.

Svarsförslag 1.2. Hypomani är den mest sannolika diagnosen. Baseras på irritabilitet som är ett av tre huvudkriterier för mani (tillsammans med ökad energi, aktivitet eller rastlöshet, och förhöjt stämningsläge). Utöver detta ska 4 av följande symptom förekomma; minskat behov av sömn, talträngdhet, lätt distraherad, ökad målinriktad aktivitet (omdömeslöst affärsprojekt), bristande sjukdomsinsikt. Symptomen förefaller inte i nuvarande tillstånd lett till allvarlig funktionsnedsättning samt psykotiska symptom föreligger ej vilket talar emot mani.

Fall 1, Fråga 1.3.

Max poäng: 2

Fråga 1.3. Ange 2 rimliga differentialdiagnostiska tillstånd som du alltid måste beakta vid den symptombild som Peter presenterar. Motivera ditt svar.

Svarsförslag 1.3. Mani (bipolär sjukdom), substansbrukssyndrom eller drogutlösta symptom. Rimlig motivering krävs för varje svarfsförslag för full poäng.

Fall 1, Fråga 1.4.

Max poäng: 3

Fråga 1.4. Beskriv kortfattat ditt förslag på vidare handläggning. Svaret skall innehålla lämplig uppföljning med tidsram och vårdnivå.

Svarsförslag 1.4. För full poäng bör man ange:

1. Att patienten skall följas upp i psykiatri (öppenvård eller heldygnsvård).
2. Man bör förklara om vårdintyg är indicerat samt 3. Ange rimlig uppföljningsplanering för patienten ur tidsperspektiv.

Fall 1, Fråga 1.5.

Max poäng: 1

Fråga 1.5. Utifrån anamnes och aktuellt tillstånd vad är din preliminära bedömning att Peter lider av? Motivera ditt svar.

Svarsförslag 1.5. Det mest sannolika är att Peter drabbats av en akut mani. Andra tillstånd som exempelvis akut psykos (eventuellt substansutlöst) kan vara rimligt. För full poäng kräves diagnos och rimlig motivering.

Fall 1, Fråga 1.6.

Max poäng: 1

Fråga 1.6. Vad gör du för att säkerställa att Peter blir bedömd av läkare?

Svarsförslag 1.6. Du är väl insatt i Peters sjukhistorik och har ju träffat honom tidigare. Som läkare i allmän tjänst kan du begära biträde av polis för handräckning av Peter till akutmottagningen för att genomföra undersökning för vårdintyg enligt 47§ andra stycket första punkten.

Fall 1, Fråga 1.7.1.

Max poäng: 4

Fråga 1.7.1. Beskriv kortfattat din vidare handläggning av Peter i akutskedet. Motivera din handläggning.

Svarsförslag 1.7.1. Peter lider av en mani vilket är en allvarlig psykisk störning. Du bedömer att han i nuvarande tillstånd har ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård och att det finns grundad anledning att nödvändig vård (inkluderat medicinering) inte kan ges med Peters samtycke, trots att han accepterar ditt förslag om inläggning. Du bör i detta fall skriva ett vårdintyg enligt §4 lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Fall 1, Fråga 1.7.2.

Max poäng: 2

Fråga 1.7.2. Ge två förslag på akut medicinsk behandling du kan ge på akutmottagning till Peter? Ange lämplig medicinering att ge per oralt, samt lämplig

medicinering om tvångsadministration är nödvändigt. Motivera ditt val av läkemedel.

Svarsförslag 1.7.2. Vid akut agitation/mani; Prova att ge frivilligt (peroralt) i första hand; ex. olanzapin. I andra hand med tvång om nödvändigt, ex. lorazepam im, kombination haloperidol/prometazin im
Sömnmedicin; t.ex nitrazepam, levopramazin per oralt
För full poäng krävs lämpliga preparat och motivering.

Fall 1, Fråga 1.7.3.

Max poäng: 2

Fråga 1.7.3. Beskriv kortfattat hur den aktuella situationen måste hanteras.

Svarsförslag 1.7.3. Bedömning av vårdintyget och §6b beslut bör ske skyndsamt av läkare med chefsöverläkardelegation (bakjour/specialistjour). Tvångsmedicinering och avskiljning bör också övervägas med tanke på den aktuella situationen. (Som legitimerad läkare kan du fatta beslut om tvångsåtgärder enligt §6a innan intagningsbeslut fattats av chefsöverläkare).

Fall 2 – Internmedicin

Fall 2, Fråga 2.1.1.

Max poäng: 1

Del 1 – 76-årig dam med svullet ben

Du tjänstgör på akutmottagningen som AT-läkare och handlägger en dam som inkommit med remiss från sin allmänläkare med ett svullet ben.

Ulla-Britt är 76 år gift. Hon har varit rökare och hon är pensionerad lärare. De klarar sig bra utan hjälp i hemmet. Hon har hypertoni och typ 2 diabetes men inte några andra kroniska sjukdomar.

Fråga 2.1.1. Vilken är den sannolikaste diagnosen som allmänläkaren angivit på remissen till akutmottagningen?

Svarsförslag 2.1.1.

Diagnosförslaget på remissen är **djup ventrombos (DVT)?**

Fall 2, Fråga 2.1.2.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.2. Ange två viktiga anamnestiska uppgifter du behöver för att bedöma hennes symtom.

Svarsförslag 2.1.2.

Tidigare venös trombos, nyligen genomgått något kirurgiskt ingrepp, varit inlagd på sjukhus, varit skadad, varit sängliggande eller immobiliserad av någon anledning eller finns annat medicinskt tillstånd med ökad risk för venös trombos, till exempel cancersjukdom, stroke med pareser, infektionssjukdom, reumatisk eller annan systemsjukdom, systemisk östrogenbehandling, uttalad artros, grav övervikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller annan allvarlig hjärtkärlsjukdom?

Fall 2, Fråga 2.1.3.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.3. Nämn två andra diagnoser du alltid bör överväga vid denna typ av symtom.

Svarsförslag 2.1.3.

Andra diagnoser att överväga vid **svullet och smärtande underben** är perifer arteriell kärlsjukdom, claudicatio intermittens, Bakercysta eller artros, traumatisk skada/fraktur med eller utan hematoma, artrit/sjukdom eller tillstånd med perifert ödem, till exempel. försämrad hjärtsvikt, njursvikt och läkemedelsbiverkningar. Vid anamnes på tidigare trombos kan posttrombotiska förändringar och venös insufficiens eventuellt förklara en ökad svullnad. Lungemboli är en konsekvens av DVT och bör alltid bedömas vid DVT-utredning.

Fall 2, Fråga 2.1.4.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.4. För att komma vidare i diagnostiken av eventuell DVT så genomför du en klinisk sannolikhetsbedömning enligt Wells. Ange två statusfynd som ingår i Wells score.

Svarsförslag 2.1.4.

I Wells score ingår följande statusfynd: helbenssvullnad, vadmått >3 cm större på symtomatiska sidan, pittingödem på symtomgivande sidan, kollateralflöde i ytliga icke-varikösa kärl, och lokaliserad ömhet längs djupa vensystemet. Rodnad och värmeökning ingår inte som statusfynd i Wells score.

Fall 2, Fråga 2.1.5.

Max poäng: 1

Klinisk sannolikhetsbedömning för DVT enligt Wells score genomförs

Fråga 2.1.5. Vilken cut-off-nivå, beslutsgräns i antal poäng, finns i Wells score för att sannolikheten för DVT ska anses som hög?

Svarsförslag 2.1.5.

Cut-off-nivån för hög sannolikhet för DVT är 2 poäng eller mer i Wells score.

Fall 2, Fråga 2.1.6.

Max poäng: 1

Klinisk sannolikhetsbedömning för DVT enligt Wells score genomförs

Fråga 2.1.6. Ange en anamnestisk uppgift som inte ingår i Wells score men som kan ha betydelse för sannolikheten att patienten har en DVT.

Svarsförslag 2.1.6.

Östrogenbehandling, p-piller, annan hormonbehandling, graviditet, hereditär koagulationsrubbing, pågående cytostatika, nylig covid-19-infektion, inflammatorisk tarmsjukdom. Pågående antikoagulantibehandling ingår inte i Wells score och innebär att sannolikheten är lägre för venös trombosjukdom. Hög ålder är en riskfaktor för venös trombos.

Fall 2, Fråga 2.1.7.

Max poäng: 1

Fråga 2.1.7. Vilken undersökning eller provtagning är mest adekvat att gå vidare med med dessa fynd?

Svarsförslag 2.1.7.

Ett ultraljud med duplex teknik beställs på kliniskt fysiologiska laboratoriet på sjukhuset och patienten får en tid inom en timme. Alternativa undersökningar är ultraljud på akutmottagning eller flebografi på röntgenavdelning. D-dimer bör inte tas vid DVT-misstanke om den kliniska sannolikheten enligt Wells score är hög.

Fall 2, Fråga 2.1.8.

Max poäng: 3

Fråga 2.1.8. Vilka blodprover är mest adekvata att ta på akutmottagningen? Ange de tre viktigaste proverna och motivera dina val.

Svarsförslag 2.1.8.

Blodstatus, främst Hb och TPK, samt kreatinin/eGFR behövs för att avgöra vilken behandling patienten bör ha och vad som är säkrast. Vid anemi och trombocytopeni ökar risken för blödning vid insättande av antikoagulantia. Nedsatt njurfunktion innebär att man eventuellt behöver sänka antikoagulantia. Övriga prover som kan övervägas är leverstatus (ASAT/ALAT, PK, mm) om det finns anamnestiska uppgifter om leverpåverkan. Påverkad leverfunktion ökar risken för biverkningar av antikoagulantia. D-dimer ska INTE beställas eller tas när man har en hög sannolikhet för DVT enligt Wells score utan då ska en diagnostisk undersökning genomföras så snabbt som möjligt.

Fall 2, Fråga 2.1.9.

Max poäng: 1

Övriga prover som tagits inklusive PK var normala. Hennes vikt är 78 kg, hon är 170 cm lång.

Fråga 2.1.9. Hur lägger du upp behandlingen den närmaste tiden? Ange preparatgrupp eller generiskt namn på läkemedel, doseringsprincip och efterföljande dos (1 p) samt ange kortfattat verkningsmekanism för valt preparat (1 p).

Svarsförslag 2.1.9.

Hon har en okomplicerad DVT och behandling inleds direkt på akuten med NOAK (nya orala antikoagulantia eller DOAK, direktverkande orala antikoagulantia), antingen apixaban (Eliquis) i laddningsdos 5 mg 2x2 i en vecka därefter 5 mg 1x2, eller rivaroxaban (Xarelto) med laddningsdos 15 mg 1x2 i tre veckor, därefter 20 mg 1x1. Båda dessa preparat är hämmare av koagulationsfaktor Xa. Alternativt kan man ge LMH (låg molekylärt heparin) i subkutana injektioner. Exempel på LMH är dalteparin (Fragmin) och tinzaparin (Innohep). LMH ges i viktanpassad dos i endossprutor och behöver dosreducerad vid njursvikt, trombocytopeni, med mera. LMH verkar genom att främja antitrombins hämning av de aktiverade koagulationsfaktorerna, främst faktor Xa. Trombinhämmaren (faktor II) dabigatran (Pradaxa) och faktor Xa-hämmaren edoxaban (Lixiana), är också godkända för behandling av okomplicerad DVT, men först efter minst 5 dygn med LMH subkutant eller ofraktionerat heparin intravenöst. Insättning av anti-vitamin-K-medlet warfarin/Waran rekommenderas inte i detta fall på akutmottagningen, men kan eventuellt bli aktuellt längre fram.

Fall 2, Fråga 2.2.1.

Max poäng: 0.5

Fall 2, Del 2 - 76-årig dam

Fråga 2.2.1. Vad har hänt? Ange en viktig diagnos att misstänka nu på akutrummet.

Svarsförslag 2.2.1.

Ulla-Britt hann aldrig hämta ut sitt recept på sjukhusapoteket och fick ingen akutbehandling på akutmottagningen, på grund av lång väntetid. Hon har mycket sannolikt fått en **lungembolisering**, med emboli från den trombotiserade vena femoralis till lungartärerna, vilket ger en cirkulatorisk och respiratorisk påverkan.

Fall 2, Fråga 2.2.2.

Max poäng: 0.5

Fråga 2.2.2. Vilken akutbehandling ger du, ange preparat och administrationssätt.

Svarsförslag 2.2.2.

Du bör ge intravenöst ofraktionerat **heparin** i en bolusdos på 5 000 E **intravenöst** samt ordinaera **syrgas på mask** med mål att ha saturation >95%. Vi hög-risk LE rekommenderas att ge iv heparin före diagnostiska undersökningar.

Fall 2, Fråga 2.2.3.

Max poäng: 1

Fråga 2.2.3 Vilken eller vilka diagnostiska undersökningar bedömer du behöver göras i detta skede?

Svarsförslag 2.2.3.

Du bör beställa en akut **datortomografi lungartärer (DTLA)** med kontrast och om möjligt göra en akut **ekokardiografi**, om möjligt på akutrummet, detta får dock inte förhindra akut inläggning, helst på intensivvårdsenhet (HIA/IVA) för övervakning. DTLA visar segmentella lungembolier i flera artärer men inga tecken på högerkammerbelastning.

Fall 2, Fråga 2.2.4.

Max poäng: 1

Fråga 2.2.4. Vilket är det mest typiska patologiska blodgasfyndet vid lungemboli, ange två fynd.

Svarsförslag 2.2.4.

Det mest typiska patologiska blodgasfyndet vid lungemboli är **hypoxi** med **sänkt pO₂** och samtidig **hypokapni** med **sänkt pCO₂** som kompensationsmekanism, hyperventilation. Det vanligaste blodgasfyndet vid LE är att det är normalt, dvs kroppen kan kompensera hypoxin som uppstår.

Fall 2, Fråga 2.2.5.

Max poäng: 1

Fråga 2.2.5. Patienter med akut lungemboli bör riskstratifieras, detta för att avgöra risken för tidig mortalitet. Hur riskstratifierar du patienten och vad blir din bedömning?

Svarsförslag 2.2.5.

Enligt European Society of Cardiology (ESC) Guidelines 2019 är fynd **av klinisk chock**, förhöjd **sPESI**, dvs "simplified Pulmonary Embolism Severity Index", högerkammerbelastning på ekokardiografi eller DTLA samt patologiskt förhöjt proNT-BNP och/eller troponin-T förenligt med sämre prognos. sPESI är en prognostisk score som ger 1 poäng var för ålder >80 år, saturation <90%, systoliskt blodtryck <100 mm Hg, hjärtfrekvens >110/min samt poäng för förekomst av hjärtlungsjukdom eller cancer.

Noll (0) eller max 1 poäng på sPESI innebär bättre prognos än högre poäng. Alla patienter med LE bör riskstratifieras enligt sPESI och ovan nämnda markörer innan beslut om behandling i akutskedet. Förutom ovan kan också EKG användas i bedömningen.

Fall 2, Fråga 2.3.1.

Max poäng: 0.5

Del 3 - 76-årig dam

Fråga 2.3.1. Vad menas med B-symtom?

Svarsförslag 2.3.1.

B-symtom är **kliniska fynd som för misstankarna mot malign sjukdom** och kan leda utredningen åt rätt håll. B-symtom förekommer hos cirka en tredjedel av patienterna med Hodgkins lymfom, och används ofta som initial anamnestic screening vid malignitetsutredning.

Fall 2, Fråga 2.3.2.

Max poäng: 0.5

Fråga 2.3.2. Ange tre (3) B-symtom.

Svarsförslag 2.3.2.

Klassiska B-symtom är **oförklarlig viktnedgång, svängande eller fluktuerande feber och nattsvettningar**. Ulla-Britt anger att hon gått ned några kg i vikt de senaste veckorna och att hon är tröttare än vanligt, aptiten är sämre, och dessutom är avföringen annorlunda och hon har eventuellt sett lite blod vid något tillfälle. Kliniskt status ger inte mycket mer, det finns inga patologiska lymfkörtlar på hals eller i ljumskar. I buken palperas levern lätt förstörd, icke-ömmade. Det genomförs inte någon rektalundersökning eller undersökning av bröstet.

Fall 2, Fråga 2.3.3.

Max poäng: 1

Fråga 2.3.3. Du ordinerar utvidgade blodprover. Vilket enskilt blodprov har sannolikt störst betydelse för din möjlighet att identifiera en bakomliggande malign sjukdom hos Ulla-Britt?

Svarsförslag 2.3.3.

Fynd av anemi, **lågt hemoglobin, Hb**, har sannolikt störst betydelse för möjligheten att hitta en malign sjukdom via blodprovsscreening. Oförklarlig anemi bör alltid utredas.

Ulla-Britt har ett Hb på 104 dag 3, en mikrocytär anemi med lågt MCV. Vid ankomsten var Hb 110 g/L. Leverprover visar lätt påverkan på transaminaser med ASAT på 1,8 och ALAT på 1,9 mekv/L, PK(INR)

är 1,1. Övriga blodprover är normala, b-glukos 12. En kompletterande utredning planeras polikliniskt, detta då en bakomliggande malign sjukdom misstänks. Ulla-Britt mår efter 4 dygn på sjukhus ganska bra och vill åka hem. Tanken med frågan var att belysa vilket blodprov generellt sett, inte just hos patienten, som innebär att man bör gå vidare i malignitetsutredning.

Fall 2, Fråga 2.3.4.

Max poäng: 1

Fråga 2.3.4. Vilken kompletterande utredning bedömer du med dessa fynd vara lämpligast att genomföra? Ange en (1) undersökning.

Svarsförslag 2.3.4.

Ulla-Britt kunde gå hem med information om att kompletterande utredning av hennes tarm var nödvändig, där vi skrev remiss för **koloskopi** att genomföra på endoskopiskt centrum inom kort. Det beställdes även en datortomografi **DT buk med kontrast** med frågan malign sjukdom i tarm eller lever, tecken på metastaser?

Fall 2, Fråga 2.3.5.

Max poäng: 1

Fråga 2.3.5. Hur bör du göra med hennes behandling av trombossjukdomen med dessa fynd? Bör den ändras och i så fall till vad och varför?

Svarsförslag 2.3.5.

Vi ändrade hennes medicinering till **enbart LMH**, i viktanpassad dos med endossprutor, detta för att NOAK kan innebära större risk för blödning från en eventuell tumör i tarmen. Dessutom bör NOAK vara utsatt inför koloskopi där man eventuellt gör ett vävnadsprov/biopsi, detta för att förhindra blödning från tarmen vid undersökningen. NOAK kan ges vid vissa cancerassocierade trombossjukdomar i kliniskt lugnt skede, det vill sägas när blödningsrisken är låg, blodstatus stabilt och det inte finns uppenbar interaktionsrisk med cytostatika eller dylikt samt att magtarmfunktionen är normal. Metformin bör pausas inför kontrastförstärkt DT.

Fall 2, Fråga 2.3.6.

Max poäng: 1

Fråga 2.3.6. Vad bör du skriva i hennes utskrivningsmeddelande och tala om för henne att vara uppmärksam på inför planerad utredning med uppföljande besök på medicinmottagning?

Svarsförslag 2.3.6.

I utskrivningsmeddelandet anges tydligt att hon **fått en trombossjukdom** där grundorsaken måste **utredas ytterligare**. Hon bör vara uppmärksam på **blödningssymtom** och söka akut om hon får bröstsmärtor, svår andnöd, svimningssymtom, blödning ur tarmen, urinen el dylikt. Hon bör undvika acetylsalicylsyra (ASA) och antiinflammatoriska läkemedel av typ NSAID.

Fall 3 – Kirurgi

En 58-årig för övrigt frisk kvinna söker för högersidiga knäsmärtor som uppträder vid belastning och trappgång. Besvären ökar om patienten har gått mycket under en dag.

Fall 3, Fråga 3.1.1.

Max poäng: 0,5

Fråga 3.1.1. Vilken diagnos ligger närmast till hands?

Svarsförslag: Knäartros.

Fall 3, Fråga 3.1.2.

Max poäng: 1

Fråga 3.1.2. Vilken differentialdiagnos måste du tänka på och hur kan du med en enkel klinisk undersökning avgöra varifrån smärtorna kommer?

Svarsförslag: Besvären kan vara utlösta från en artros i höftleden. Klinisk undersökning med rotation av höftleden i 90-graders flexion avgör om det föreligger en så kallad refered pain. Om rörligheten i höftleden är fri kan engagemang från denna led uteslutas.

Fall 3, Fråga 3.1.3.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.3. Vad råder du patienten? Nämn 4 alternativ.

Svarsförslag: Ett BMI på 33 bidrar till smärtproblematiken! Förändrade levnadsvanor som leder till viktreduktion. Riktad fysioterapi med hjälp av artrosskola eller fysioterapeut. Smärtstillande medicinering. Ortosbehandling med valgiserande knäortos, cortisoninjektion.

Fall 3, Fråga 3.1.4.

Max poäng: 2

Fråga 3.1.4. Vad har hänt och vad blir dina åtgärder? Vad kommer att ske på sjukhuset?

Svarsförslag: Patienten har en djup infektion. I detta läge är det enda rätta att skicka patienten till opererande sjukhusakutmottagning med en remiss med önskan om revisionskirurgi. Odlingar tas intraartikulärt, en synovektomi och byte av lösa komponenter genomföres. Antibiotikabehandling tidigast efter tagna djupa odlingar. (2p)

En 72-årig man söker för smärtor i ländryggen sedan 6v. Han bekymras av att han har nattlig värk. Han har opererats för spinal stenos för cirka 20 år sedan och har haft bra effekt av ingreppet. I övrigt är han frisk och tar inga mediciner.

Fall 3, Fråga 3.2.1.

Max poäng: 2

Fråga 3.2.1. Hur vill du penetrera anamnesen?

Svarsförslag: Övriga symtom? Miktionsbesvär? Avföringsvanor? Buksmärtor? Bröstmärtor? Andningsbesvär? Anamnes på tobakskonsumtion. Gångförmåga och finmotorik. Allmänna symtom såsom viktnedgång, feber, svettningar. Minst 4 alternativ. (2p)

Fall 3, Fråga 3.2.2.

Max poäng: 1,5

Fråga 3.2.2. Hur kompletterar du status?

Svarsförslag: Per rektumpalpation, distalstatus i samtliga extremiteter, scanning av urinblåsan. (1.5p)

Fall 3, Fråga 3.2.3.

Max poäng: 1

Fråga 3.2.3. Hur fortsätter du din kliniska undersökning?

Svarsförslag: Palpation längs kärlsträngen och undersökning med Hohmans tecken. (1p)

Fall 3, Fråga 3.2.4.

Max poäng: 4

Fråga 3.2.4. Vilka differentialdiagnoser tänker du på hos denna patient? Tänk i helhetsperspektivet.

Svarsförslag: Denna patient har en anamnes som för misstanken till en metastas. Detta måste utredas med bildgivande metoder; slätröntgen - ct – magnetkamera (gold standard). Vidare föreligger misstanke på djup ventrombos; utreds med ultraljud. Det kan naturligtvis föreligga andra processer i ryggen såsom infektion, degeneration. (4p)

Fall 3, Fråga 3.2.5.

Max poäng: 2

Fråga 3.2.5. Hur utreder du patienten vidare? Vilka labprover vill du ha? Vilka radiologiska undersökningar?

Svarsförslag: Lab: Hb, röda och vita blodkroppar, CRP, SR, Krea, calcium, urinsticka. Röntgen: ultraljud av ben, CT/slätröntgen rygg eller MR rygg. 4 alternativ. (2p)

En 40-årig kvinna söker på grund av en resistens i vänster bröst som hon upptäckt för några veckor sedan och som ej har försvunnit spontant. Ur anamnesen framkommer att hon har bröstimplantat sedan 15 år. I status finner du att det finns en oöm resistens i yttre nedre kvadranten. Bröstet är inte färg- eller formförändrat. Det finns ingen sekretion ur bröstvårtan. Du palperar en icke förskjutbar oöm resistens.

Fall 3, Fråga 3.3.1.

Max poäng: 0.5

Fråga 3.3.1. Vad gör du med denna patient?

Svarsförslag: Skickar patienten på mammografi. (0.5p)

Fall 3, Fråga 3.3.2

Max poäng: 0,5

Fråga 3.3.2. Hur fortsätter du handläggningen?

Svarsförslag: Patienten skickas på ultraljudsledd punktion för cytologisk utvärdering. (0.5p).

Fall 3, Fråga 3.3.3.

Max poäng: 1.5

Fråga 3.3.3. Hur är den fortsatta handläggningen?

Svarsförslag: Operation med sektorresektion och "sentinel node", antiöstrogenerbehandling och strålbehandling. (1.5p)

Fall 3, Fråga 3.3.4.

Max poäng: 1.5

Fråga 3.3.4. När behövs en remiss för genetisk utredning?

Svarsförslag: Om flera medlemmar i den närmaste släkten har drabbats av bröstcancer eller cancer i äggstockar alternativt bröstcancer i låg ålder alternativt bilateral bröstcancer. (1.5p)

Fall 4 – Allmänmedicin

Fall 4, Fråga 4.1.

Max poäng: 2

Fråga 4.1. Hur vill du komplettera anamnesen avseende besvären från bröstkorgen? Ange 4 relevanta frågor att ställa till patienten.

Svarsförslag: Feber, Ändrade avföringar, Miktionsbesvär, Illamående, Kräkningar, Korrelation till måltid, Trauma, Tidigare liknande besvär, Andningsbesvär, Typ av fetmaoperation, Komplikation vid operationen, Ont i magen, Trötthet.

Fall 4, Fråga 4.2.

Max poäng: 1

Fråga 4.2. Hur vill du komplettera utredningen på vårdcentralen? Motivera svaret?

Svarsförslag: CRP

Fall 4, Fråga 4.3.1.

Max poäng: 2

Fråga 4.1.3. Ange 2 relevanta diagnoser som kan förklara besvären i bröstkorgen. Motivera.

Svarsförslag: Postoperativ komplikation, Abscess, Pleurit, Rizopati, Lungemboli, Aortaaneurysm.

Fall 4, Fråga 4.3.2.

Max poäng: 1

Fråga 4.3.2. Hur handlägger du patienten? Vilken ytterligare undersökning beställer du?

Svarsförslag: Samråd med kirurgjouren och datortomografi thorax/övre buk.

Fall 4, Fråga 4.4.1.

Max poäng: 1

Fråga 4.4.1. Hur vill du komplettera anamnesen avseende miktionsbesvären?

Svarsförslag: Igångsättningssvårigheter svag stråle trängningar, känsla av dålig tömning, efterdropp, ökade urinmängder törst.

Fall 4, Fråga 4.4.2.

Max poäng: 2

Fråga 4.4.2. Ange 4 tillstånd som kan förklara besvären.

Svarsförslag: Benign prostataförstoring, prostatacancer, urinvägsinfektion, urinretention, diabetes.

Fall 4, Fråga 4.4.3.

Max poäng: 2

Fråga 4.4.3. Vilka 4 relevanta prover och undersökningar gör du med anledning av miktionsbesvären?

Svarsförslag: Urinsticka, PSA, urinodling, bladderscan, krea, palpation per rektum (PR), P-glukos.

Fall 4, Fråga 4.5.1.

Max poäng: 1

Fråga 4.5.1. Vilka diagnoser misstänker du med ledning av resultaten?

Svarsförslag: Urinretention som kan vara betingad av prostatahyperplasi. Diabetes.

Fall 4, Fråga 4.5.2.

Max poäng: 1

Fråga 4.5.2. Vilken åtgärd ordinerar du på vårdcentralen med ledning av undersökningsresultaten?

Svarsförslag: KAD, diabetesdiagnostik med anledning av glucosuri

Fall 4, Fråga 4.5.3.

Max poäng: 1

Fråga 4.5.3. Hur följer du upp denna åtgärd?

Svarsförslag: Vid försök att avlägsna kateter efter 1-2 veckor görs ny bladderscan, remiss till urologen

Fall 4, Fråga 4.5.4.

Max poäng: 1

Fråga 4.5.4. Vilka 2 ytterligare prover ordinerar du med anledning av urinvägssymtomen? Motivera.

Svarsförslag: Urinodling. PSA

Fall 4, Fråga 4.5.5.

Max poäng: 1

Fråga 4.5.5. Vilka 4 ytterligare prover ordinerar du med anledning av patientens glukosuri? Motivera.

Svarsförslag: Faste P-Glukos Kreatinin, eGFR HbA1c, Blodstatus, U-Albumin/kreatinin-index TSH, ev lipidstatus

Fall 4, Fråga 4.6.1.

Max poäng: 1

Fråga 4.6.1. Vilken behandling ordinerar du med ledning av provsvaren?

Svarsförslag: Information. Livsstilsåtgärder, metformin

Fall 4, Fråga 4.6.2.

Max poäng: 1

Fråga 4.6.2. Om detta är otillräckligt, vilken ytterligare behandling rekommenderar du patienten för diabetes? Motivera.

Svarsförslag: Dietistkonsultation, GLP-1-receptor agonist eller SGLT2-hämmare.

Fall 4, Fråga 4.6.3.

Max poäng: 2

Fråga 4.6.3. Hur handlägger du patienten med ledning av lipidvärdena? Vilka målvärden för kolesterol och HbA1c bör patienten nå? Motivera.

Svarsförslag: Behandling med statin. HbA1c mål 48 mmol/mol. Efter genomförda livsstilsråd kan statindosen justeras för att nå lipidmålen totalkolesterol < 4,5 mmol/l, LDL < 1,8 mmol/l vid hög kardiovaskulär risk (eller < 1,4 mmol/l vid mycket hög risk)