

Examination efter läkares allmäntjänstgöring (AT)

Skriftligt prov den 29 augusti 2025

tid 9.00 - 14.00

INSTRUKTION

Skrivningen består av fyra fall och har totalt 80 poäng. I varje fall kommer sjukdomsbild och fakta att tillföras successivt med nya delfrågor. Den mindre texten repeterar basinformation.

Frågorna behandlar inte bara fakta och lärobokslösningar. Minst lika stor vikt kommer att läggas vid det kliniska resonemanget. Det räcker således inte vid vissa frågor att bara redovisa vidtagna åtgärder utan vi vill också att du redovisar dina skäl för valda åtgärder. I frågornas konstruktion ligger att du måste begränsa dina svar. (De frågor som avkräver flera svar t.ex. 4, kommer endast de första 4 svaren att rättas och övriga förslag lämnas utan rättning).

Vid rättningen kommer vi att värdera hur du avgränsat problemställningar i svaret.

Det bör således inte vara för snävt men ej heller för vidlyftigt och omfattande.

Motstridiga eller ovidkommande svar kan medföra poängavdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör räcka.

Obs! När du har klickat på "spara och gå vidare till nästa sida" kan du inte gå tillbaka i skrivningen.

Fall 1 - 20 poäng 13 delfrågor

Fall 2 - 20 poäng 17 delfrågor

Fall 3 - 20 poäng 11 delfrågor

Fall 4 - 20 poäng 12 delfrågor

eAT examinationen använder sig av en fast gräns för godkänd, 65% (52 p). Det är totala poängen som räknas, och som visas som resultat i DigiExam. Således kan man på delmoment ha under 65% men sammantaget blir godkänd. Vid underkänt resultat kan du begära omrättning inom fem dagar efter publicering av resultatet.

I skrivsalen ska finnas tillgång till kladdpapper, penna och radergummi. Det är tillåtet att ha med dryck och något lite att äta. Toalettbesök får göras mellan skrivningsfallen.

Efter alla skrivningsfrågor finns en enkät som frågekonstruktören gärna ser att du besvarar. När du är färdig med provet: Uppmärksamma skrivvakten. Tack för hjälpen!

Vi önskar dig **lycka till** med skrivningen och hoppas att du skall finna frågorna relevanta för den tjänstgöring du genomgått eller håller på att avsluta.

NÄMNDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄNSTGÖRING

Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala, Örebro samt
Karolinska Institutet

Fall 1 Fråga 1.1.1

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5 gånger per dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner regelbundet. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Fråga 1.1.1. Vilken diagnos är den mest sannolika?

Svarsförslag: Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), Crohn eller ulcerös kolit godkänt som svar. (1)

Fall 1 Fråga 1.1.2

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).

Fråga 1.1.2. Vilken enskild kliniskt kemisk analys kan ge stöd åt din diagnosmisstanke?

Svarsförslag: F-kalprotektin 1p.

Fall 1 Fråga 1.1.3

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och beställer F-kalprotektin.

Fråga 1.1.3. Ge en förklaring till vad kalprotektin är, vad detta prov mäter och hur svaret bör tolkas.

Svarsförslag: Kalprotektin är ett akutfasprotein som finns i neutrofila granulocyter 1p. Provet är ett indirekt mått på halten neutrofila granulocyter i avföringen och därmed i tarmslemhinnan, dvs högt värde = hög inflammatorisk aktivitet 1p.

Fall 1 Fråga 1.1.4

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor.

Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin, ett akutfasprotein som finns i neutrofila granulocyter, som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Fråga 1.1.4. Gastroenterologen rekommenderar att du kompletterar utredningen med ytterligare några avföringsprover. Vilka prover är motiverade och varför bör de tas?

Svarsförslag: Avföringsodling för att utesluta bakteriella orsaker 1p, mikroskopi för att se efter cystor och maskägg 1p.

Fall 1 Fråga 1.1.5

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Fråga 1.1.5. Med vilken undersökning kan man bekräfta din diagnosmisstanke om en inflammatorisk tarmsjukdom i detta fall?

Svarsförslag: Koloskopi (0,5p) med biopsi (0,5p).

Fall 1 Fråga 1.1.6

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarm ljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Patienten remitteras till sjukhus och läggs in på gastroavdelningen för vidare vård.

Utredningen kompletteras med koloskopi.

Fråga 1.1.6. Hur initierar man läkemedelsbehandlingen vid IBD i akutskedet?

Svarsförslag: Högdos kortison (0,5p) intravenöst (0,5p).

Fall 1 Fråga 1.1.7

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömhet i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Du påbörjar högdos kortison intravenöst.

Fråga 1.1.7. Patienten frågar om hon får äta som vanligt. Vad säger rekommendationerna om matintag i akutskedet av IBD?

Svarsförslag: Normalkost, försöka få i sig rikligt med vätska pga vätskeförluster genom diaréen.(1)

Fall 1 Fråga 1.1.8

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömhet i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Hon får äta normalkost, samt försöka få i sig rikligt med vätska pga vätskeförluster genom diaréen.

Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Fråga 1.1.8. Vilken enskild anamnestisk uppgift vägleder bäst i avgörandet om att detta beror på ett nytt skov av IBD?

Svarsförslag: Antalet avföringar(1)

Fall 1 Fråga 1.1.9

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Antalet avföringar är den anamnestiska uppgift som bäst vägleder om besvären orsakas av IBD.

Fråga 1.1.9. Beskriv även hur man kan avgöra svårighetsgraden av skovet med enkla kliniska statusfynd och blodprover.

Svarsförslag: status - blod i avföringen (0,5p), feber (0,5p). Man kan även beskriva Trueloves och Witts kriterier (milt – måttligt – svårt). Prover - CRP, blodstatus, P-albumin, Elektrolyter + Kreatinin, leverprover. SR (totalt 2p)

Fall 1 Fråga 1.1.10

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar medför ofta en kronisk anemi.

Fråga 1.1.10. Beskriv två olika bakomliggande mekanismer till detta och vad som är den dominerande orsaken till anemin.

Svarsförslag: Blödning och inflammation medför båda järnbristanemi (2)

Fall 1 Fråga 1.1.11

Du jobbar som läkare på en vårdcentral och där träffar du en 24-årig kvinna med drygt fem veckors anamnes på lös slemmig avföring, ca 5/dag. De senaste dagarna har hon även haft blod i avföringen och tenesmer. Hon beskriver att hon haft liknande episoder med lös avföring för några månader sedan, men då sökte hon inte vård eftersom det då gick över efter ett par veckor. Hon är i övrigt frisk och tar inga mediciner. När du undersöker henne är hon afebril och har livliga tarmljud, diffus palpationsömheter i buken, men inga palpabla resistenser.

Du beställer blodprov enligt rutiner på vårdcentralen.

Du misstänker inflammatorisk tarmsjukdom och beställer F-kalprotektin som visar sig vara 843 (<50 µg/g) varför du behöver gå vidare med utredning av patienten.

Du konsulterar en gastroenterolog vad gäller vidare handläggning av patienten.

Du rekommenderas att även beställa avföringsodling och mikroskopi av avföring.

Kvinnan fick efter koloskopin diagnosen ulcerös colit och blev insatt på kortison i akutskedet och sedan biologiska läkemedel för att hålla sjukdomsaktiviteten nere. Sedan fyra år tillbaka har kvinnans sjukdom varit välkontrollerad. Vid den årliga uppföljningen på gastromottagningen ger hon dig dock information som talar för att hon plötsligt verkar ha mer besvär.

Kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar medför ofta en kronisk anemi.

Vid kraftig melena och sjunkande Hb behöver man ta ställning till eventuell blodtransfusion.

**Fråga 1.1.11. Vilka faktorer avgör om patienten behöver blodtransfusion?
Resonera kring hur man ska tänka och vilka patienter som man behöver transfundera.**

Svarsförslag: Vid instabila vitalparametrar med påverkad cirkulation, om patienten blöder kraftigt och har snabbt sjunkande Hb, vid antikoagulantibehandling, patient med ischemisk hjärtsjukdom behöver ligga högre i Hb för att inte få kardiell ischemi. Patientens egna åsikter och önskemål måste också beaktas.(3)

Epilog:

Din patient med ulcerös kolit är välbehandlad och får TNF-alfa-hämmare som fungerar bra. Hon går även regelbundet till sin vårdcentral och får järn-substitution intravenöst då hon fick buksmärta av järntabletterna som du försökte med först. Hon lever ett normalt och aktivt liv med sin familj, jobbar på kontor och är fysiskt aktiv och cyklar totalt 2 mil dagligen till och från jobbet.

Fall 1 Fråga 1.2.1

Nu jobbar du på en gastroenterologisk avdelning. Du har beställt en akut gastroskopi på en man som är 55 år och som uppger att han tidigare är frisk men som nu kommit in med ambulans pga blodiga kräkningar. Gastroskopisvaret visar flertalet varicer i esofagus. Patienten har även påverkade leverprover och det framkommer att han har överkonsumerat alkohol i flera år.

Fråga 1.2.1 Vad är den bakomliggande mekanismen till utvecklingen av esofagusvaricerna och vad är den mest effektiva behandlingen för att få kontroll på blödningen?

Svarsförslag: Portal hypertension pga ökat tryck i portalvenen, levercirrhosen orsakar vävnadsskada i levern och motstånd mot blodflödet (1), behandlas med gummibandsligaturer under gastroskopi(1p)

Fall 1 Fråga 1.3.1

Nästa patient på din avdelning är en 82-årig man med aterosklerotisk kärlsjukdom, tidigare hjärtinfarkt och TIA, där orsaken var en tät karotisstenos som åtgärdats (karotiskirurgi). Nu vårdas patienten på sjukhus pga buksmärtor. Det framkommer att patienten har haft blodtillblandad lös avföring. Då du undersöker mannen är buken mjuk men ömmar diffust vid djuppalpation.

Fråga 1.3.1. Vad är den mest sannolika diagnosen utifrån patientens riskprofil?

Svarsförslag: Ischemisk kolit(1)

Epilog:

Dina andra två patienter med levercirrhos och ischemisk kolit är också stabila och har kunnat skickas hem. Levercirrhospatienten får hjälp via beroendemottagningen för att försöka avsluta sitt alkoholmissbruk, vilket går sådär.

Fall 2 Fråga 2.1.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

2.1.1. Hur vill du komplettera anamnesen? Nämn fyra relevanta aspekter.

Svarförslag: Trängningar? frekventa blåstömningar? (Minst 2 av de 3 symtomen sveda, trängningar och frekventa blåstömningar behövs för klinisk uvi diagnos). Tidigare uvi? Buksmärtor? feber? Sexualanamnes.(2)

Fall 2 Fråga 2.2.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.1. Du misstänker en nedre urinvägsinfektion. Ange fyra vanliga bakomliggande orsaker utöver bakterieinfektionen som skulle kunna förklara symtomen.

Svarförslag: Bakomliggande orsak såsom blåssten, urinvägssten, blåstumör, prolaps, postmenopausalt atrofisk slemhinna, STD, kan bidra till symtomen och/eller makroskopisk hematuri.(2)

Fall 2 Fråga 2.2.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste

diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.2 Vilken läkemedelsbehandling rekommenderar du? Motivera.

Svarsförslag: Får behandling med Furadantin 50mg 1x3 5 dagar för urinvägsinfektion. Selexid ges ej vid penicillinallergi (1)

Fall 2 Fråga 2.2.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktions sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du:

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

2.2.3 Vilken utredningsåtgärd är nu mest angelägen? Motivera.

Svarsförslag: Remiss urolog för hematuriutredning med bland annat cystoskopi enligt SVF, då patientens ålder är >50 år, för att utesluta eventuell

tumör. varsförslag: Feber? miktionsbesvär? Kräkningar/illamående, ändrade avföringsvanor? Tidigare njursten/gallsten? korrelation till måltid. (1)

Fall 2 Fråga 2.3.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktions sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser
10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålande mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.1 Hur kompletterar du anamnesen för att komma vidare till en rimlig diagnos? Nämn fyra relevanta områden.

Svarsförslag: Feber? miktionsbesvär? Kräkningar/illamående, ändrade avföringsvanor? Tidigare njursten/gallsten? korrelation till måltid. (2)

Fall 2 Fråga 2.3.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärter.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser
10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålande mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.2 Ange fyra rimliga diagnoser som kan förklara besvären.

Svarsförslag: Njursten, gallsten, pankreatit, bukaortaaneurysm, ileus, divertikulit.(2)

Fall 2 Fråga 2.3.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser 10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålande mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömhet i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

2.3.3 Nämn två laboratorieprover som det finns anledning att kontrollera på det lokala laboratoriet på vårdcentralen? Motivera.

Svarsförslag: CRP, Hb, urinsticka. En sten i urinvägarna kan ofta medföra hematuri, vanligen mikroskopisk hematuri. Vid feber och högt CRP kan avstängd pyelit misstänkas vilket utreds akut. (1)

Fall 2 Fråga 2.4.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furosemid. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.1 Vilken är den sannolika diagnosen?

Svarsförslag: Njursten urinvägssten. (1)

Fall 2 Fråga 2.4.2

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning. .

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.2 Vad rekommenderar du för behandling på vårdcentralen?

Svarsförslag: Smärtlindring t ex NSAID, Paracetamol. (1)

Fall 2 Fråga 2.4.3

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktation sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känd penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärter.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.3 Vilka blodprover föreslår du för att utreda patientens njurstenbesvär? Ange tre blodprover. Motivera.

Svarsförslag: P-kreatinin P-urat P-calcium (0,5 per/st eller 1p för alla) för att bedöma njurfunktion och faktorer som kan bidra till stenbildning.

Fall 2 Fråga 2.4.4

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden.

Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symptomfri efter behandling med tablett Furosemid. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkat

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.4 Vilken utredning beställer du för att bekräfta stenavgång? Motivera

Svarsförslag: DT urinvägsöversikt. (1)

Fall 2 Fråga 2.4.5

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktion sedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärtor.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk oömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

2.4.5 Vilket läkemedel får patienten med sig på recept?

Svarsförslag: NSAID supp (t ex diclofenac supp 50mg vb (högst 3st per dygn). (1)

Fall 2 Fråga 2.5.1

Du arbetar på en vårdcentral några mil från ett länsdelssjukhus. En 58-årig kvinna söker dig akut på vårdcentralen med sveda och trängningar vid miktionsedan några dagar, samtidigt som hon märkt blodfärgad urin vid några tillfällen. Hon har tidigare känt penicillinallergi och behandlas med tablett metformin 500mg 2 x 2 för typ 2-diabetes samt med tablett enalapril 10 mg 1x1 för hypertoni och tablett atorvastatin 20 mg 1x1 för hyperlipidemi. Blodprover vid senaste diabeteskontrollen för 4 mån sedan visade HbA1c 52 mmol/mol, kreatinin 100 µmol/L (ref <100 µmol/L) och eGFR 53 mL/min/1,73m² (ref >60 mL/min/1,73m²). Urinsticka taget innan besöket visar röda 3+ och vita 3+ nitrit positiv, glukos neg.

Hon har förutom sveda även besvärats av trängningar och täta blåstömningar men förnekar feber och buksmärter.

Vid undersökningen noterar du;

AT: opåverkat

Buk: mjuk ömt men upplever obehag vid palpation nedom naveln. Inga resistenser

10 månader senare söker patienten på nytt men denna gång med smärtor i höger flank, till höger i buken, strålände mot ryggen. Smärtan började plötsligt 6 timmar tidigare och känns hela tiden. Smärtan blir starkare i intervaller. Hon har svårt att sitta stilla på grund av smärtan och är inte tidigare bukopererad. Efter föregående besök blev hon snabbt symtomfri efter behandling med tablett Furadantin. Hematuriutredning på urologen inklusive cystoskopi var utan anmärkning.

I Status noterar du:

AT: något smärtpåverkad

Lymfkörtlar: palperas utan anmärkning

Lungor: vesikulärt andningsljud utan rassel eller ronchi

Hjärta: Regelbunden rytm frekv 90

Blodtryck: 130/80 mmHg

Buk: palperas mjuk men öm till höger i buken. Ingen palpationsömheter i epigastriet eller under höger arcus.

Per rectum: palperas utan anmärkning.

Urinstickan visar röda 3+ men i övrigt är stickan utan anmärkning. CRP: 10 mg/L

Du misstänker njursten och ger patienten en injektion med diklofenak 75mg i.m. samt recept suppositorium diklofenac.

2.5.1 Hur kan passage av uretärsten med storlek 5-10 mm underlättas farmakologiskt?

Svarsföslg: Alfa 1-receptorantagonist som till exempel tablett Alfuzosin 10 mg x 1. (1)

Fall 2 Fråga 2.6.1

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.1. Vilken är den mest sannolika orsaken till rodnaderna i ansiktet?

Svarsförslag: Rosacea (1)

Fall 2 Fråga 2.6.2

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.2 Vilka lokalbehandlingar kan du förskriva på vårdcentralen? Nämn tre alternativ.

Svarsförslag: Lokalbehandling med Azelainsyra (t ex Finazea), metronidazol kräm eller ivermektin (Soolantra) kräm. (1)

Fall 2 Fråga 2.6.3

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper.

2.6.3 Vilken ytterligare behandlingen kan du förskriva om lokalbehandling är otillräcklig?

Svarsförslag: Behandling med tetracyklin, t ex kapsel lymecyklin 300mg 1x2 med senare dosminskning eller doxycyklin (Oracea 40mg 1x1) i 8-16 veckor (1)

Fall 2 Fråga 2.7.1

Vid nästa besök på vårdcentralen har hon tagit med sin 60-åriga make som noterat en varierande rodnad av kinder och panna sista halvåret. Han har inte märkt någon klåda men ibland en värmekänsla i

kinderna. I status noterar du rodnade områden på kinderna med några palper

Rosacea kan behandlas med Azelainsyra (t ex Finazea), metronidazol kräm eller ivermektin (Soolantra) kräm. Om lokalbehandling är otillräcklig kan behandling ske med tetracyklin 2-4 månader.

2.7.1. Vilken diagnos ställer du som orsak till näsans utseende på bilden?

Svarsförslag: Rhinophyma (1)

Epilog:

Rhinophyma är en rosacea manifestation som medför talgkörtelhypertrofi med deformitet och rodnad av näsan, oftast hos män. Kan behandlas i samråd med hudkliniken till exempel med Isotretinoin om tetracyklin bedöms som otillräckligt. Även kirurgi är möjligt.

Fall 3 Fråga 3.1.1

Du tjänstgör på ett vikariat efter din AT-tjänstgöring som legitimerad läkare på den psykiatriska kliniken i Gammelby. En av dina första patienter på mottagningen är Olle som fått en tid efter att en remiss inkommit från husläkaren. I den korta remissen står det följande;

22 årig väsentligen frisk man. 0 läkemedel. Arbetar deltid i affär. Ingen missbruksanamnes och förnekar episoder med djupare nedstämdhet eller uppvarvning. Negativ drogscreening. Anger mångåriga utmaningar med att påbörja och avsluta uppgifter. Under skoltiden svårigheter med att fokusera på uppgifter och han blir lätt distraherad av olika saker. Har svårt att hålla tider, brukar komma sent och tappar lätt bort sina saker. Negerar några relationssvårigheter. Gick ut gymnasiet med ofullständiga betyg.

Tacksam för ert ställningstagande till att initiera neuropsykiatrisk utredning på basen av tillgängliga uppgifter och insättning av lämplig behandling!

Utifrån givna uppgifter tänker du på ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) som en möjlig diagnos men anamnesen behöver fördjupas.

3.1.1 Ange de tre symptomgrupperna som utmärker ADHD.

Svarförslag:

- **Bristande uppmärksamhet- Svårigheter att reglera uppmärksamhet utifrån vad situationen kräver (1p)**
- **Hyperaktivitet- Svårigheter att reglera aktivitetsnivå (1p)**
- **Impulsivitet- Svårigheter att reglera impulser och bromsa reaktioner utifrån vad situationen kräver (1p)**

Fall 3 Fråga 3.1.2

Tre typer av symptom utmärker ADHD: ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. Symtomen varierar mellan individer och beroende på ålder hos samma individ, och olika kombinationer av symptom är möjliga. Symtomens svårighetsgrad brukar också variera beroende på yttre stress och belastning. Symtom på ADHD brukar vara svårare att upptäcka hos flickor och kvinnor, och hos äldre. För att ställa en ADHD-diagnos på Olle behöver man fördjupa anamnesen och utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom.

3.1.2. När du uteslutit andra tillstånd ange ytterligare två obligata krav för ADHD utöver ovan tre nämnda.

Svarförslag:

- **Symptomen medför en tydlig funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden: hem, arbete eller skola och fritid (1p)**
- **Symptomen är varaktiga och bestående och har funnits innan 12 års ålder (1p)**

Fall 3 Fråga 3.1.3

Tre typer av symtom utmärker ADHD: ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en tydlig funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden och vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en fördjupad anamnes och genomgång av kriterierna för ADHD samt differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD men inga andra psykiatriska tillstånd.

Olle frågar vilken typ av behandlingsinsatser som finns för ADHD.

3.1.3. Ange de två primära behandlingsinsatserna för ADHD.

Svarförslag: ADHD bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel (0.5p) och psykoedukation (0.5p)

Om symtomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation (utbildning om psykiska tillstånd med syfte att ge individer med psykiska besvär, och deras närstående, kunskap och verktyg för att hantera sin situation) kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi, och kognitivt stöd, för bättre funktion i vardagen.

(Nationellt vård- och insatsprogram 2025)

Fall 3 Fråga 3.1.4

Tre typer av symtom utmärker ADHD: ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en tydlig funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden, vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en genomgång av kriterierna för ADHD och differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD men inga andra psykiatriska tillstånd.

ADHD bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel och psykoedukation (utbildning om psykiska tillstånd). Psykoedukation bör ges till både individen med ADHD och till närstående. Om symtomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi och/eller kognitivt stöd, för bättre funktion i vardagen.

3.1.4. Vad föreslår du för läkemedelssubstans för behandling av ADHD till Olle? Motivera ditt svar.

Svarförslag: Metylfenidat är förstahandsval, ger ofta god symptomlindring och är kostnadseffektivt. (1p)

Fall 3 Fråga 3.1.5

Tre typer av symptom utmärker ADHD: uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. För att ställa en ADHD diagnos på Olle behöver man utesluta andra tillstånd som kan förklara Olles symptom. Symptomen behöver medföra en funktionspåverkan kognitivt och praktiskt inom flera livsområden och vara bestående samt ha funnits innan 12 års ålder. Efter en genomgång av kriterierna för ADHD och differentialdiagnostisk utredning gör du bedömningen att Olle uppfyller kriterier för ADHD.

ADHD bör behandlas med flera olika typer av insatser parallellt. I första hand rekommenderas en kombination av läkemedel (metylphenidat som är förstahandsval) och psykoedukation (utbildning om psykiska tillstånd). Psykoedukation bör ges till både individen med ADHD och till närstående. Om symptomen kvarstår efter läkemedelsbehandling och psykoedukation kan man lägga till psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi, och kognitivt stöd, för bättre funktion i vardagen.

3.1.5. Vilka tre viktiga aspekter behöver du särskilt ta ställning till vid insättning och uppföljning av läkemedel för ADHD hos vuxna?

Svarförslag:

- **Puls och blodtryck skall kontrolleras vid insättning och vid dosjustering/uppföljning pga risk för hjärt-/kärlbiverkningar (0,5p)**
- **Metylphenidat, (och lisdexamfetamin) är narkotikaklassade och behöver förskrivas av läkare med psykiatrisk eller neurologisk specialistkompetens (0,5p)**
- **Med hänsyn till verkningsmekanismer måste risken för skadligt bruk eller beroende samt felaktig användning (till exempel spridning) värderas före och under behandling (0,5P)**

Epilog:

Hos barn och ungdomar är förekomsten av ADHD 5–7 %. Hos vuxna är förekomsten något lägre, ca 3 %. Cirka 60–70 % av de som får diagnosen ADHD i barndomen har kvar betydande uppmärksamhetssvårigheter i vuxen ålder, medan problem med att reglera aktivitetsnivå och impulser avtar.

Du föreslår för Olle att behandling påbörjas med metylphenidat tillsammans med psykoedukation. Metylphenidat är narkotikaklassat och kan enbart skrivas ut av specialistläkare inom psykiatriska och neurologiska specialiteter. Puls och blodtryck måste kontrolleras vid insättning och vid dosjustering/uppföljning pga risk för hjärt-/kärlbiverkningar. Risken för skadligt bruk eller beroende samt felaktig användning (till exempel spridning) måste värderas före och under behandling.

Fall 3 Fråga 3.2.1

Efter en månad på öppenvårdsmottagningen får du förtroendet att tjänstgöra på den psykiatriska akutmottagningen. Under ditt arbetspass kommer en patient med ambulans som valt att köra direkt till psykiatriska akutmottagningen. Ambulanssjuksköterskan berättar att anhöriga ringt ambulans då patienten varit

förvirrad under dagen. Patienten, som är 63 år gammal och heter Peter, sitter i undersökningsrummet när du träffar honom. Vid undersökning har Peter följande parametrar; puls 120, blodtryck (BT) 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig.

Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Det finns inga journaluppgifter på Peter i den psykiatriska journalen.

Anamnesen är sparsam men du bedömer att Peter har ett alkoholmissbruk.

3.2.1. Utifrån angivna uppgifter misstänker du i första hand ett allvarligt kliniskt tillstånd som behöver behandlas. Vilket tillstånd misstänker du? Motivera ditt svar

Svarsförslag: Du måste misstänka alkoholabstinens men även delirium tremens (1p) på bas av förvirring, takykardi samt tremor (1p)

Fall 3 Fråga 3.2.2

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd.

Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Du behöver även beakta risken för Wernickes encefalopati.

3.2.2. Ange de tre symptom som ingår i symptomtriaden vid Wernickes encefalopati?

Svarförslag:

-Konfusion (0,5p)

-Ögonsymptom (framförallt nervus abducens pares) (0,5p)

-Ataxi (0,5p)

Fall 3 Fråga 3.2.3

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd.

Du bedömer att Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Den fullständiga klassiska triaden vid Wernickes encefalopati innebär konfusion, ögonsymtom (framför allt nervus abducens-pares) och ataxi. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning.

Både inom primärvården och beroendevården används idag i huvudsak två olika laboratoriemått som alkoholmarkörer.

3.2.3. Ange vilka två alkoholmarkörer som används samt en fördel respektive nackdel med respektive markör.

Svarförslag:

- **PEth (Fosfatidyletanol) bekräftar alkoholintag men kan inte avgöra exakt mängd eller tidpunkt på grund av individuell variation i testrespons och halveringstid. Som långtidsmarkör speglar testet de senaste veckorna till dryga månadens konsumtion. Ett högt värde ($> 0,30$ mikromol/l) är inte liktydigt med alkoholbrukssyndrom. Negativt PEth-resultat utesluter regelbunden hög alkoholkonsumtion (1,5p)**
- **CDT (kolhydratfattigt transferrin) förhöjt värde beror så gott som alltid på hög alkoholkonsumtion men svår leversjukdom och genetiska varianter av transferrin kan komplicera bedömningen. Vissa sällsynta genetiska sjukdomar kan ge förhöjda värden. Mätvärde inom referensintervallet utesluter inte hög konsumtion då CDT-svar inte ses hos alla (1,5p)**

(ref; LT2023:120:23029)

Fall 3 Fråga 3.2.4

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Det finns inga journaluppgifter på Peter i den psykiatriska journalen.

Idag används PEth (Fosfatidyletanol) och CDT (kolhydratfattigt transferrin) som alkoholmarkörer. PEth bekräftar alkoholintag men kan inte avgöra exakt mängd eller tidpunkt på grund av individuell variation i testrespons och halveringstid. Som långtidsmarkör speglar testet de senaste veckorna till dryga månadens konsumtion. Ett högt värde är inte liktydigt med alkoholmissbruk. Negativt PEth-resultat utesluter regelbunden hög alkoholkonsumtion.

Förhöjt CDT-värde beror så gott som alltid på hög alkoholkonsumtion men svår leversjukdom och genetiska varianter av transferrin kan komplicera bedömningen. Vissa sällsynta genetiska sjukdomar kan ge förhöjda värden. Normalt mätvärde utesluter inte hög konsumtion då CDT-svar inte ses hos alla.

Du saknar en del viktiga anamnestiska uppgifter med tanke på din primära kliniska misstanke.

3.2.4. Ange de 4 viktigaste anamnestiska uppgifter för att värdera den akuta abstinenssituationen.

Svarförslag:

- **Mängden på alkoholkonsumtionen, speciellt senaste tiden och missbruk av narkotika (0,5p)**

- Tidigare alkoholabstinens, abstinenskramper, delirium tremens (0,5p)
- Somatiska sjukdomar/trauma (0,5p)
- Aktuella läkemedel som patienten använder (0,5)

Fall 3 Fråga 3.2.5

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är orienterad till person men inte tid och situation. Det framkommer inga psykotiska symptom. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom när du gör en neurologisk undersökning. Han bejakar att han dricker "dagligen" utan att specificera konkret mängd. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens.

Du behöver information om Peter har några somatiska sjukdomar, aktuella läkemedel, något trauma nyligen samt uppgifter om mängd av alkoholintag och tidigare alkoholrelaterad abstinens, abstinenskramper eller delirium tremens. I primärvårdsjournalen framkommer att Peter har hypertoni och medicinerar för detta med ramipril. Det finns inga uppgifter om trauma eller tidigare alkoholrelaterade abstinensstillstånd.

3.2.5. Du behöver nu ordinera två lämpliga läkemedel på akutmottagningen för att behandla Peters tillstånd. Motivera dina val av preparat.

Svarförslag:

- Komlicerad abstinens med begynnande delirium tremens behöver behandlas med benzodiazepiner (1p)
- För att förhindra risken för neurologiska komplikationer, framför allt Wernicke Korsakoff, skall Betabion (Tiamin vit B1) intramuskulärt alternativt Neurobion (vitamin B1+B6+B12) ges (1p)

Fall 3 Fråga 3.2.6

Peter har följande parametrar; puls 120, BT 165/110 mmHg, SaO₂ 96%, temp 37.0°C. Peter blåser 0,3 promille i alkometern. Peter luktar alkohol och är både tremorös och rödbrusig. Peter är konfusorisk men har varken ataxi eller ögonsymptom. Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens.

Du behöver information om Peter har några somatiska sjukdomar, aktuella läkemedel, något trauma nyligen samt uppgifter om mängd av alkoholintag och tidigare alkoholrelaterad abstinens, abstinenskramper eller delirium tremens. I journalen framkommer att Peter har hypertoni och medicinerar för detta med ramipril. Det finns inga uppgifter om trauma eller tidigare alkoholrelaterade abstinensstillstånd.

3.2.6. Utöver läkemedelsbehandling är andra åtgärder nödvändiga för att monitorera Peters tillstånd. Redogör för två viktiga åtgärder och motivera dessa.

Svarförslag:

- Regelbunden kontroll (4 gånger per dygn) av vitalparametrar (puls/blodtryck/SaO₂/temperatur) (0,5p)

- **Kontroll av vakenhetsgrad/sömn och förhindra för att utvärdera given behandling och förhindra förvärring av tillståndet/utveckling av delirium tremens (0,5p)**

Epilog:

Du bedömer att Peter har alkoholabstinens och misstänkt delirium tremens. Du påbörjar behandling med 20mg diazepam peroralt för att sedera Peter och 100mg vitamin B1 intramuskulärt för att förhindra neurologiska komplikationer (Wernickes encefalopati). Du säkerställer regelbunden kontroll (4 gånger per dygn) av vitalparametrar och vakenhetsgrad/sömn för att utvärdera given behandling. Delirium tremens är ett allvarligt tillstånd med 5 % mortalitet. Det inträffar oftast 2–4 dagar efter avhållsamhet från alkohol och föregås av en långvarig och intensiv missbruksperiod. Symtom på delirium tremens är fluktuerande desorientering samt hallucinos. Symptom inkluderar även takykardi, blodtrycksstegring, feber, illamående/kräkning, svettning, motorisk oro och krampanfall.

Fall 4 Fråga 4.1.1

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han har börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du noterar att pojken haltar och att han håller benet utåtrotterat när han går.

4.1.1. Vilka leder måste undersökas och varför?

Svarsförslag: Knä och höft. (1p)

Fall 4 Fråga 4.1.2

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Pojken haltar och höger ben hålls något utåtrotterat. Du har undersökt knä och höftled. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt.

4.1.2 Vilka differentialdiagnoser tänker du på? Nämn minst 2.

Svarsförslag: höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. (2p)

Fall 4 Fråga 4.1.3

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör och fraktur.

4.1.3. Vilken diagnos är mest sannolik och varför?

Svarsförslag: höftepifysiolys

Typisk ålder och kön samt kliniska fynd med smärtsam inskränkt inåtrotation. (2p)

Fall 4 Fråga 4.1.4

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben

hålls något utåtroterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtro rotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höft epifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höft epifysiolys.

4.1.4. Vad är en höft epifysiolys?

Svarsförslag: En glidning i femurs proximala tillväxtzon där proximala femurmetafysen glidit i förhållande till caput. (2p).

Fall 4 Fråga 4.1.5

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtroterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtro rotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höft epifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höft epifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon.

4.1.5. Hur säkerställs diagnosen?

Svarsförslag: Slätröntgen snarast av höftleden med specifik frågeställning epifysiolys (1p). Det senare är viktigt då en projektion enligt Lauenstein eller Billing måste utföras.

Fall 4 Fråga 4.1.6

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtroterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtro rotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höft epifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höft epifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon. Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt.

4.1.6. Vad blir din nästa åtgärd och varför?

Svarsförslag: Så snart röntgensvaret kommit skickas pojken direkt till ortopedisk akutmottagning. Det finns risk att glidningen ökar varvid risken för caputnekros alternativt funktionsnedsättning ökar. (2p)

Fall 4 Fråga 4.1.7

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon.

Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt och pojken har skickats till närmaste akutmottagning. Du funderar på om även flickor kan drabbas.

4.1.7. Kan även flickor få en epifysiolys? Vad bör man tänka på åldersmässigt om det är en flicka som kommer in med samma symtom som pojken här hade ovan?

Svarsförslag: Det förekommer men är mera sällsynt än hos pojkar. (1p). På grund av tidigare pubertet hos flickor sker symptomdebut i yngre ålder än hos pojkar (1p).

Fall 4 Fråga 4.1.8

Du är läkare på en vårdcentral. En mamma kommer med sin 13 åriga pojke som klagar över smärtor i höger lår och knä. Besvären började i samband med fotbollsspel för några veckor sedan. Mamman är något uppgiven då han börjat spendera mer och mer tid framför datorn. Du finner att patienten haltar, höger ben hålls något utåtrotterat. Vid undersökning av höftstatus är inåtrotationen smärtsamt inskränkt. Du har kommit fram till följande differentialdiagnoser; höftepifysiolys, perthes, septisk artrit, osteomyelit, tumör, fraktur. Med tanke på ålder, kön och kliniska fynd kommer du fram till att den mest sannolika diagnosen är höftepifysiolys. Detta innebär att det skett en glidning i femurs proximala tillväxtzon. Diagnosen är nu säkerställd radiologiskt och patienten har skickats till närmaste akutmottagning. Du funderar på om även flickor kan drabbas vilket är möjligt om än mera sällsynt. På grund av tidigare pubertet hos flickor sker symptomdebut i yngre ålder än hos pojkar.

4.1.8. Frågan är nu om även den andra höften kan drabbas och hur vanligt detta är.

Svarsförslag: ja i 60% av fallen (1p)

Epilog:

Pojken opererades med en dynamisk spik i lårbenshalsen påföljande dag. På denna klinik hade man som rutin att även genomföra en profylaktisk spikning av andra sidan på grund av risken för glidning även på denna sida. Det operativa och postoperativ förloppet gick bra och det uppstod inga funktionsinskränkningar.

Fall 4 Fråga 4.2.1

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret.

4.2.1. Vad måste du utesluta för skador? (4 stycken)

Svarsförslag: Senskada på superficialis och profundus, digitalnervskada och kärlskada. (2p)

Fall 4 Fråga 4.2.2

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du har kontrollerat den kapillära återfyllnaden som är fullgod.

4.2.2. Hur differentialdiagnosticerar du kliniskt mellan superficialis och profundussskada och hur kan du se om båda senorna är genomskurna?

Svarsförslag: Superficialis testas genom att de förutom tummen övriga 3 fingrarna låses i sträckt ställning varvid profundusaktiviteten bortkopplas. Profundus undersöks genom att samtliga 4 fingrar förutom tummen hålls i sträckt ställning i höjd med Dip-lederna varvid superficialis kopplas bort. Om både superficialis och profundus är genomskurna saknar de skadade fingrarna tonus när handen läggs på ett underlag med handflatan uppåt. (3p)

Fall 4 Fråga 4.2.3

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du finner att lillfingret ligger helt utan tonus och i ringfingret diagnosticerar du en superficialisskada.

4.2.3. Hur undersöker du om en digitalnervskada föreligger?

Svarsförslag: 2-punktsdiskreminationstest så kallad 2-pd (normalt ca 4mm). (1p)

Fall 4 Fråga 4.2.4

Du är nu läkare på en akutmottagning. In kommer en 25-årig kvinna som skurit sig på en morakniv. Det föreligger en volar sårskada som blöder en del över basfalangen i fjärde och femte fingret. Du har kommit fram till att du vill ta reda på

om den ytliga eller djupa böjsenan är av alternativt om båda senorna är av. Du finner att lillfingret ligger helt utan tonus och i ringfingret diagnosticerar du en supeficialisskada. I lillfingret saknas 2-pd.

4.2.4 Vid diagnosticerade sen- och nervskador som beskrivs i detta fall. Hur sker den fortsatta handläggningen a. Gällande sårskadan? b. Gällande den fortsatta handläggningen – vem skall kontaktas och varför?

Svarsförslag: a. Sårskadan sutureras med ex 4-0 dermalon b. Handkirurg kontaktas för vidare sen- och nervsutur och mobilisering då det är mobiliseringen som är viktig och speciell vid dylika skador. (1p)

Epilog:

Skadorna omhändertogs på handkirurgisk klinik med operation 2 dagar senare. Du hade förskrivit profylaktisk antibiotika under väntetiden. Senorna suturerades liksom digitalnerverna. Slutresultatet blev bra med en viss inskränkning av flexionsförmågan i lillfingret och 2-pd på 6 mm i lillfingret.