

**2016 - IIID - MD4062 - eksamen 1**  
**Eksamensdato: 2016-05-23**

1

Begrepet medikalisering ble kjent innen medisinen på 1970- og 80-tallet, ikke minst i kjølvannet av Ivan Illich's bok "Limits to medicine" (1975). Begrepet medikalisering brukes nok litt ulikt av ulike tenkere, men man det er rimelig enighet om hva medikalisering generelt dreier seg om innen vårt fag. Hvilket forslag gir den mest dekkende beskrivelsen av begrepets innhold?

- A X** Begrepet medikalisering problematiser at stadig større deler av menneskelivets fenomener, reaksjoner og livsfaser defineres ut fra en medisinsk forståelsesramme og dermed gjøres til et anliggende for helsevesenet.  
*Riktig. Dette er mest i tråd med illich tankegang (han benytter der begrepet iatrogenese, - "skapt av leger" - som han deler i klinisk, sosial og kulturell)*
- B** Begrepet medikalisering anvendes av psykiatri-kritiske miljøer for å problematisere hvordan medisinen i stor grad behandler "psykiske" lidelser nesten utelukkende med medisiner av typen beroligende, antidepressiva, antipsykotika, osv.  
*Samme kommentar som for alternativet polyfarmasi*
- C** Begrepet medikalisering handler om farene ved polyfarmasi, det vil si at en rekke mennesker mottar flere ulike legemidler, og at bivirkninger og interaksjon mellom disse legemidlene representerer en betydelig medisinsk risiko i seg selv.  
*Det beskrevne problem er reelt og kan sies å inngå i medikaliseringsproblemet, men det er ikke noen egnet definisjon av fenomenet som sådan, slik Illich og senere tenkere begrepsfestet det. Og polyfarmasi var nok ikke så stort problem på 70-tallet at det ga opphav til et slikt begrep (det kan man resonnerer seg fram til?)*
- 

0000157430386a3647

2

En 62 år gammel mann har nylig fått påvist et malignt mesotheliom i pleura. Han har arbeidet som isolatør i industrien. Hvilken arbeidsmiljøfaktor er den mest sannsynlige årsaken til sykdommen?

- A** Eksponering for formaldehyd  
*Nei, kreftfremkallende ja, men gir ikke økt risiko for mesotheliom*
- B X** Eksponering for asbeststøv  
*Ja, slik eksponering finner man hos de aller fleste med maligne mesotheliomer*
- C** Eksponering for kvartsstøv  
*Kreftfremkallende med økt risiko for lungekreft, men gir ikke økt risiko for maligne mesotheliomer*
- D** Eksponering for keramiske mineralfibere  
*Mistenkt kreftframkallende, men gir ikke økt risiko for mesotheliom.*
- 

0000157430386a3647

3

Hva menes med 'third stage of delivery'?

- A** Den siste delen av fødselen før barnet er født
- B X** Når placenta (morkaken) forløses  
*Rett svar Når placenta (morkaken) forløses*
- C** Når mor begynner å presse
- D** Når cervix åpner seg
- 

0000157430386a3647

4

Begrepene allostase og allostatisk overbelastning brukes stadig hyppigere i vitenskapelig litteratur. Begrepene henspiller på regulering av de samme fysiologiske systemer som det mer velkjente homeostase-begrepet gjør.

Hva utgjør hovedforskjellen mellom de to begrepene?

- A Allostasebegrepet omfatter den fysiologiske reguleringen som finner sted i alle dyrearter, mens homeostasebegrepet kun anvendes for mennesket  
*feil*
- B Allostasebegrepet omfatter alle kroppens metabolske prosesser mens homeostasebegrepet kun omfatter reguleringen av pH og kroppstemperatur  
*feil*
- C X Allostasebegrepet henspiller på hvordan kroppen/organismen evner å opprettholde sin nødvendige fysiologiske stabilitet (homeostase) i møte med utfordringer og påkjenninger  
*Rett. Allostase betyr på gresk "Stabilitet gjennom endring"*
- D Allostasebegrepet henspiller på hvordan man terapeutisk kan oppheve en generelt, patologisk økt blødningstendens i kroppen. Det har ingen direkte sammenheng med homeostasebegrepet.  
*feil*

0000157430386a3647

5

I NOU 1998:21 Alternativ medisin (Aarbakke utvalget) ble nærmere 100 ulike former for alternativ behandling omtalt, samtidig som det ble skrevet at listen ikke var fullstendig. Det ligger ulike forklaringsmodeller bak de ulike alternative behandlingsformene, også forklaringsmodeller som er langt fra den "skolemedisinske" forståelsen av helse og sykdom.

Hva blir sett på som årsak til sykdom i filosofien til de to behandlingsformene akupunktur (østlig medisinsk tradisjon) og homøopati (vestlig medisinsk tradisjon)?

- A At det er mangel på ulike stoffer i kroppen og behandlingen er derfor å gi tilskudd av slike stoffer
- B At pasienten selv er årsaken til sykdom og derfor må man behandle den enkelte pasient individuelt
- C X At det er en ubalanse i livsenergien og behandlingen går derfor ut på å gjenopprette denne balansen
- D At kroppen er forgiftet av ulike stoffer og behandlingen går derfor ut på å rense kroppen

0000157430386a3647

6

I klinisk kommunikasjon er det viktig for legen å få fram pasientens perspektiv på det aktuelle problem. Nedenfor finner du fire spørsmål som leger kan tenkes å stille.

Hvilket av dem kan, med henvisning til "de fire F-er" (eller fem, avhengig av lærebok/kilde) direkte klassifiseres som et pasientsentret spørsmål?

- A X Hva tenker du selv om årsakene til problemet?  
*Måltrettet spørsmål for å få fram pasientens FORESTILLINGER (eventuelt også FRYKT/BEKYMRINGER) er blant F-ene som oppsummerer essensen av tradisjonell, pasientsentrert kommunikasjon (FORESTILLINGER/FRYKT/FUNKSJON/FORVENTNINGER, evt også FORUTSETNINGER)*
- B Har du oppfattet hvordan du skal ta denne medisinen?  
*Lukket spørsmål, ikke pasientsentrert i henhold til de 4-5 F-er*
- C Føler du deg deprimert?  
*Lukket spørsmål som ikke er pasientsentrert*
- D Du virker stresset, hvordan har du det for tida?  
*Åpent og greit spørsmål, men ikke typisk for pasientsentrert metode*

0000157430386a3647

7

Det har vært forsket en del på mulig betydning av fosterutviklingen for barn og unges helseutvikling. Hvilket av følgende utsagn knyttet til dette er mest i samsvar med eksisterende kunnskap?

- A X** Fosteret ser ut til å påvirkes av en rekke faktorer, inkludert mors ernæring og det psykososiale miljø rundt henne
- B** Fosteret er i livmoren nesten helt beskyttet mot påvirkning fra omgivelsene gjennom placentabarrieren
- C** Fosteret påvirkes så langt vi vet kun av ernæring, alkohol og evt. medikamenter, miljøgifter og radonstråling
- D** Fosteret påvirkes i høy grad av mors ernæring, inntak av alkohol og evt. av medikamenter, men lite av andre faktorer
- E** Fosteret er helt beskyttet mot påvirkning utenfra gjennom placentabarrieren, bortsett fra at enkelte legemidler har teratogene effekter

0000157430386a3647

8

De senere år har det kommet publikasjoner som diskuterer en mulig sammenheng mellom belastende livssituasjoner og forkortelse av kromosomenes telomerer (endestykker). Hvilket av følgende utsagn knyttet til denne nye kunnskapen støttes av forskning?

- A** Man har hittil observert telomerforkortelse kun hos stress-utsatte primater (aper) og hos mennesker med alvorlig post-traumatisk stresslidelse (PTSD)  
*Ikke beste svar. Men PTSD kan godt være assosiert med telomerforkortelse*
- B** Man har observert stressrelatert telomerforkortelse i forsøk på rotter, og nylig også i flere studier av svin og primater (aper). Dette indikerer at man nok kan forvente tilsvarende funn hos menneske, men vi har ingen evidens for dette foreløpig.  
*feil*
- C** Man har hittil kun observert telomerforkortelse blant mennesker som har gjennomlevd sultkatastrofer, samt i en rekke dyreforsøk  
*feil*
- D X** Man har observert telomerforkortelse både blant barn, voksne og eldre mennesker som lever et liv preget av store psykososiale belastninger

0000157430386a3647

9

Du er fastlege, og en ung mann på 22 år kommer til deg, og ønsker behandling for sin kløende og flassende hodebunn. Han har prøvd ulike sjampoer mot flass på nærbutikken, og ingenting har hjulpet. Ved undersøkelse finner du velavgrenset, infiltrert erythem med skjelling i store deler av hodebunnen som også går litt utenfor hårfestet. Du undersøker resten av kroppen, og finner velavgrensede, erythematøse, lett infiltrerte, skjellende lesjoner på albuer og knær samt velavgrenset erythem i rima internates.

Hvilken behandling er best å gi denne mannen?

- A** Topikalt liniment med antibiotikum (clindamycin)  
*Nei, klinikk ikke forenlig med bakteriell infeksjon*
- B** Sjampo kjøpt på apotek med kløestillende og fuktighetsgivende effekt  
*Dette kan være aktuelt senere som vedlikehold, men ikke i denne fasen hvor det er mye inflammasjon*
- C X** Topikalt liniment med gruppe III steroid og keratolytikum  
*Ja, klinikk forenlig med psoriasis vulgaris, og behov for potent antiinflammatorisk behandling og samtidig keratolytisk behandling for å fjerne skjell. Gjerne bare keratolytikum først i form av salisylolje, og gjerne også behandling av øvrige psoriasis-lesjoner på kropp om disse er til besvær*
- D** Sjampo kjøpt på apotek med antimykotisk effekt  
*Nei, ikke klinikk forenlig med seborreisk dermatitt, og han har uansett såpass mye inflammasjon at det er behov for antiinflammatorisk behandling*

0000157430386a3647

10

En kvinne på 38 år kommer til deg på legekantoret, og forteller om hudplager i begge håndflater som har kommet og gått det siste halvåret. Det starter som regel med kløe langs sidene av fingrene, og brer seg til håndflatene. Hun har forsiktig forsøkt et par dager smøring med hydrokortison, men det har ikke hjulpet.

Ved undersøkelse finner du palmart og langs sidene av fingrene bilateralt multiple små vesikler samt diffust erythem og områder med flassing og enkelte fissurer. Ingen negleaffeksjon. Ikke utslett andre steder på kroppen.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Lichen planus  
*Ikke vanlig med vesikler, og ofte lesjoner andre steder på kroppen samt i slimhinner*
- B Hyperkeratotisk håndeksem  
*Vanlig da med mindre erythem, og mer hyperkeratose samt ikke vesikler*
- C X Vesikuløst håndeksem  
*Ja, klassisk for dette. Hydrokortison et par dager vil ikke ha noe effekt. Trenger mer potente steroider*
- D Pustulosis palmoplantaris  
*Ikke vanlig med vesikler. Ikke beskrevet pustler.*

0000157430386a3647

11

En mann på 22 år har nettopp kommet hjem fra ferie i Thailand. Han kontakter deg som fastlege pga et smertefullt sår midt på penisskafet. Plagene oppsto for fem dager siden, og han er bekymret for at det har sammenheng med at han for 10 dager siden hadde ubeskyttet samleie med en kvinne under ferieturen.

Ved undersøkelse finner du et overfladisk sår med polycyklisk kant og kruster på omtrent en cm i diameter samt mindre små sår litt utenfor hovedlesjonen. Det er små, ømme glandler i begge lysker. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Lichen sclerosus  
*Mye lengre sykehistorie med arraktige drag og ekkymoser. Ikke typisk klinikk i dette tilfellet.*
- B X Herpes simplex type II  
*Ja, smertefullt sår få dager etter ubeskyttet samleie. Det er polycyklisk kant som kan vitne om at det har vært vesikler tilstede som har smeltet sammen til en større lesjon samt sprukket. I tillegg mindre lesjoner etter vesikler rundt hovedlesjonen. Kruster har kommet sekundært.*
- C Skabb  
*Skabb/ Scabies kan gi affeksjon av genitalia, men da også generell kløe og utslett samt gjerne pustler gentalt med ekskoriasjoner og skabbganger.*
- D Syfilis i primærstadiet  
*Nei, det er ett sår som ofte ikke er smertefullt samt jevn sårkant (ikke polycyklisk)*

0000157430386a3647

12

En 45 år gammel kvinne av utenlandsk opprinnelse (norsk statsborger siste 6 år) oppsøker fastlege på grunn av plagsom periodisk dyspepsi siste året. Hennes far døde 53 år gammel av kreft i magesekken. Hun opplyser å ha gjennomgått tre behandlinger rettet mot magesårsbakterien i sitt tidligere hjemland. Status : God allmenntilstand. Ingen aktuell medikasjon. Orienterende laboratoriestatus normal. Hvilket tiltak er mest korrekt?

- A** Gi beroligende beskjed og be pasienten ta ny kontakt ved forverring  
*Ikke riktig håndtering da pasienten har en plagsom tilstand hun oppsøker helvsesenet for og sannsynligvis frykter sykdom i magesekk pga familieanamnesen og tidligere tiltak overfor tilstanden i hjemlandet .*
- B X** Henvise til gastroskopi med biopsidiagnostikk  
*Eneste forsvarlig alternativ. Ventrikkelcancer og eventuell vedvarende aktiv infeksjon med H. pylori må søkes utelukket da det er mulighet for behandlingsvikt ( evt. pga resistensutvikling ) av de tidligere behandlinger rettet mot bakterien . Vedvarende aktiv infeksjon med H. pylori hos denne pasienten med mulig arvelig forekomst av ventrikkelkreft vil jo innebære en økt diatese for cancerutvikling i organet*
- C** Ta Helicobacter pylori test (ELISA) og gi trippelbehandling (protonpumpehemmer og to antibiotikum) dersom testen er positiv  
*Ikke adekvat tilnærming da positiv H. pylori serotest hos denne pasient bare kan reflektere tidligere gjennomgått infeksjon med immunrespons etter gjennomgått tidligere behandling rettet mot bakterien og ikke eventuell aktuell aktiv infeksjon pga svikt i de tidligere behandlinger . Unødvendig potent overbehandling blir da resultatet.*
- D** Gi syresekresjonshemmende behandling (protonpumpehemmer) ved behov og be pasienten ta ny kontakt ved manglende effekt  
*Se svar alternativ A. og i tillegg vil potent syresekresjonshemmende behandling i dette tilfellet , selv om sannsynlig symptomlindring , kunne skjule eventuell tilgrunneliggende alvorlig sykdom og også pågående H. pylori infeksjon med kronisk histologisk gastritt hos denne pasient med sannsynlig familier cancerdiatese i ventrikkel*

000015743038fa3647

13

Hos pasienter med alvorlig akutt / subakutt leversykdom, hvilket sykdomstegn indikerer best grad av leversvikt og dermed snarlig behov for livreddende tiltak?

- A** Grad av ascites  
*Ascites er en alvorlig komplikasjon til kronisk leversykdom med portal hypertensjon og påvirket leverfunksjon , men ascites kan behandles. dersom ascites blir behandlingsresistent , kronisk og plagsom med pustevansker et varia kan det være en indikasjon på å få vurdert eventuell leverTx innen rimelig tid , men ascites reflekterer ikke nødvendigvis grad av leversvikt i en akutt / subakutt situasjon.*
- B** Grad av icterus  
*Icterus er regel ved alle typer alvorlig leversykdom men trenger absolutt ikke å reflektere alvorlig svikt i leverfunksjon . Det finnes mange tilstander med alvorlig icterus dog med velbevart leverfunksjon f. eks. mange cholestatiske icterustilstander utløst av medikamenter , forverrelser av mange kroniske leversykdommer etc .*
- C X** Reduksjon i bevissthetsnivå  
*Rask endring / reduksjon i bevissthetsnivå ( fra somnolens til sopor, til stupor evt . coma hepaticum ) reflekterer alltid meget alvorlig livstruende sykdom som kan varsle snarlig hjerneherniering med mulig snarlig død og akuttbehov for eventuell levertransplantasjon .*
- D** Hematemese og melena  
*Hematemese og melena kan være livstruende situasjon hos alle med alvorlig leversykdom men det indikerer ikke grad av leversvikt , men er en alvorlig komplikasjon hos en pasient med alvorlig leversykdom ( portal hypertensjon med utvikling av kollateralkretsløp og varicer i øsofagus . Blødende varicer kan i dag behandles akutt effektiv med endoskopisk ( terapeutisk gastroskopi ) ligering av varicene*

000015743038fa3647

14

En 25 år gammel kvinne møter på legekantoret på dagtid. Hun kommer fordi hun fikk smerter i nedre del av abdomen i løpet av natten, og hun er fortsatt smertepåvirket, kvalm og blek. Ved klinisk undersøkelse er hun trykk- og slippømt i høyre fossa iliaca. Hun er afebril, har BT120/80 og puls 105. CRP er 20 (normalt < 5), Hb 9.5 (normalt 11.7-15.3).

Hvilken supplerende undersøkelse er den viktigste i denne settingen?

**A X** HCG i urin

*Ja, det er viktigst for å utelukke extrauterint svangerskap*

**B** Rectal eksplorasjon

*Nei, det er viktigere å utelukke extrauterint svangerskap*

**C** LPK

*Nei, det er viktigere å utelukke extrauterint svangerskap*

**D** Hemofec

*Nei, det er viktigere å utelukke extrauterint svangerskap*

---

000015743038643647

15

En 82 år gammel mann innlegges kirurgisk avdeling etter to dager med melena. Han bor på Østlandet men er her på besøk hos sin datters familie, slik at det ikke foreligger noen journal ved sykehuset. Han husker ikke hvilke sykdommer han har hatt eller hvilke medikamenter han benytter. Ved klinisk undersøkelse ser du arr etter en hjerteoperasjon, og du kan høre klikking fra en mekanisk hjerteventil.

Hva er den viktigste laboratorieprøven bortsett fra Hb?

**A X** INR

*Ja, han bruker jo Marevan pga. mekanisk ventil*

**B** Leukocytter

*Nei, INR er viktigere*

**C** MCV

*Nei, INR er viktigere*

**D** Trombocytter

*Nei, INR er viktigere*

---

000015743038643647

16

En ellers frisk mann i 30-årene oppsøker deg på legekantoret fordi han plages med sekresjon av litt blank eller gullig væske fra noen hudåpninger omkring anus. Han har vært plaget av dette i flere år. På spørsmål svarer han at ikke har hatt noe plager fra magen eller andre steder. Ved undersøkelsen finner du flere slike hudlesjoner omkring anus, men også i huden på scrotum, og fortil i begge lysker. Ved anorektal eksplorasjon er det normale forhold, likeledes ved anorectoscopi, med helt normal mucosa i anus og rectum.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

**A** Perianale fistler

*Nei, sykehistorien passer ikke fordi han ikke har hatt plager fra anus, og at funnene passer ikke fordi han også har hudlesjoner fortil i lysken. Perianale fistler er klart mindre sannsynlig enn hidrosadenitt pga. disse forhold.*

**B X** Hidrosadenitt

*Ja, funnene er typiske for hidrosadenitt*

**C** Eksem

*Nei, funnene er tydelige for hidrosadenitt*

**D** Psoriasis

*Nei, funnene er typiske for hidrosadenitt*

---

000015743038643647

17

Du er fastlege for en kvinne på 87 år som bor i en omsorgsbolig. Hun bor alene og har hjelp fra hjemmesykepleier fire ganger daglig. Hun har begynnende demens og problemer med å kontakte pårørende. For en tid tilbake ble du oppringt av en hjemmesykepleier som spurte hva hun skulle gjøre med en 4 cm stor hevelse utenfor endetarmen på kvinnen da hun skulle hjelpe henne på med klærne etter et toalettbesøk. Du sa den gangen at det er bare å trykke det inn gjennom anus igjen. Nå ringer en annen hjemmesykepleier og forteller at 10 cm av endetarmen henger ut på kvinnen når hun skal hjelpe henne til toalettet.

Hva er beste tiltaket for denne damen?

- A X** Legge henne inn på kirurgisk avdeling som øyeblikkelig hjelp  
*Ja, det er nødvendig da det er fare for gangren av den prolaberende delen av rectum.*
- B** Be sykepleieren reponere tarmen og så ta kontakt igjen om et par dager  
*Nei, kvinnen må innlegges for operasjon*
- C** Be sykepleieren reponere tarmen og gi kvinnen rikelig med laxantia  
*Nei, kvinnen må legges inn for operasjon*
- D** Be sykepleieren se til at kvinnen får avføring og så legge på fuktige omslag  
*Nei, prolapsen må behandles med en operasjon*

0000157430389a3647

18

En 22 år gammel mann kommer på legevakten en ettermiddag pga. sykdomsfølelse og feber 38.5. Han er kvalm og har kastet opp. Tre dager tidligere ble han utskrevet fra sykehuset etter en operasjon for Crohns sykdom i tynntarm.

Hva er beste strategi for denne pasienten?

- A** Skriver ut antibiotika og bestiller rtg. thorax og UL abdomen til neste dag  
*Nei, man legger ham inn i sykehuset*
- B** Tar blodprøve og urinprøve og skriver ut resept på antibiotika på mistanke om infeksjon  
*Nei, han må legges inn pga. mulig lekkasje fra anastomosen*
- C** Man auskulturerer lungene og sjekker operasjonssåret mht. infeksjon og skriver ut antibiotika  
*Nei, han må legges inn pga. mulig anastomoselekkasje*
- D X** Man legger ham inn i sykehuset til videre utredning

0000157430389a3647

19

En tidligere frisk 60 år gammel kvinne fikk påvist cancer i colon sigmoideum. Ved preoperativ utredning var det ingen tegn til organmetastaser. En ukes tid etter operasjonen kom patologens beskrivelse av operasjonspreparatet. Konklusjonen var som følger: Svulsten infiltrerer muscularis propria, men ikke inn i viscerale peritoneum, svulsten er fjernet i sin helhet med frie reseksjonskanter, malign infiltrasjon til 2 av 13 påviste lymfeknuter.

Hvilket stadium har hun og hvordan skal dette håndteres videre?

- A** Hun har stadium II, Dukes B, og skal følges med observasjon uten aktiv behandling  
*Nei, hun har stadium III, Dukes C, og skal ha postoperativ kjemoterapi i 6 mndr.*
- B** Hun har stadium II, Dukes B, og skal ha postoperativ kjemoterapi i 6 mndr.  
*Nei, hun har stadium III, Dukes C, og skal ha postoperativ kjemoterapi i 6 mndr.*
- C** Hun har stadium I, Dukes A, og skal følges med observasjon uten aktiv behandling  
*Nei, hun har stadium III, Dukes C, og skal ha postoperativ kjemoterapi i 6 mndr.*
- D X** Hun har stadium III, Dukes C, og skal derfor ha postoperativ kjemoterapi i 6 mndr.

0000157430389a3647

20

Hva benyttes St. Marks' score til?

- A** Gradere alvorlighet av Crohns sykdom  
*Nei, det benyttes ikke til å vurdere Crohn*
- B** Gradere alvorlighet av hemorroider  
*Nei, de graderes bare i grad 1-4*
- C** Gradere alvorlighet av ulcerøs colitt  
*Nei, det benyttes ikke til å vurdere ulcerøs colitt*
- D X** Gradere alvorlighet av anal inkontinens  
*Ja, for å vurdere hvilke tiltak som kan være nyttige for anal inkontinens*

0000157430389a3647



21

Begrepene diagnostisk *sensitivitet* og *spesifisitet* benyttes for å beskrive hvor god en test er til å skille mellom syke og friske.

Hvilken beskrivelse passer best for begrepet diagnostisk *spesifisitet*?

- A Andelen av de syke med negativt testresultat  
*falsk negativ rate*
- B Andelen av de syke med positivt testresultat  
*diagnostisk sensitivitet*
- C Andelen av de friske med positivt testresultat  
*Falsk positiv rate*
- D X Andelen av de friske med negativt testresultat

000015743038fa3647

22

I journalen til en 74 år gammel kvinne er det angitt at hun har KOLS stadium 3.

Hvordan defineres KOLS stadium 3 etter GOLD 1-4 stadieinndelingen?

- A FEV1 ratio < 0,7 og  
FEV1%: 40 - 70% av forventet verdi
- B FEV1 ratio < 0,7 og  
FEV1%: 40 - 60% av forventet verdi
- C FEV1 ratio < 0,7 og  
FEV1%: 20 - 40% av forventet verdi
- D X FEV1 ratio < 0,7 og  
FEV1%: 30 - 50% av forventet verdi

000015743038fa3647

23

Hvilket av følgende utsagn er mest dekkende for spinalanestesi

- A X Spinalanestesi gir oftere hodepine hos pasienter < 30 år enn hos eldre  
*postspinalhodepine er hyppigere hos unge*
- B Spinalanestesi med tynn nål (29F) gir oftere hodepine enn ved bruk av tykk nål (18F) pga påvirkning av ryggmarg  
*Tynne nåler er mer skånsomme og gir færre tilfelle av postspinal hodepine*
- C Spinalanestesi brukes ikke ved keisersnitt pga faren for postspinal hodepine  
*Spinalanestesi er den hyppigst bruke anestesi til sectio pga kort anslagstid og nesten komplett anestesi. Lite postspinal hodepine ved bruk av tynne nåler*
- D Spinalanestesi gir ofte toksiske virkninger på hjertet  
*Ved spinalanestesi bruker en små mengder anestesimiddel med praktisk talt ingen generelle effekter av selve middelet. Anestesianman kan imidlertid påvirke hjertet gjennom virkningene av BT fall etc.*

000015743038fa3647

24

Multi-traume-CT utføres som ledd i traumemottak etter høyenergi-traumer (f.eks. bilulykker).

Hvilke undersøkelser består denne normalt av?

- A X CT Caput + CT Cervikalcolumna + CT Thorax + CT Abdomen/Bekken  
*Man får ved disse bildeopptakene undersøkt de viktigste organsystemene som kan være skadet ved et multitraume og som krever rask behandling. Dette kan være f.eks. hodeskader, nakkeskader, pneumo/hemato-thorax, fri væske i buken som følge av blødninger i parenchymatøse organer.*
- B CT Caput + CT Cervikalcolumna + CT Thorax
- C CT Caput + CT Thorax + CT Abdomen/Bekken
- D CT Caput + CT Cervikalcolumna + CT Thorax + CT abdomen/bekken + CT Underekstremiteter  
*CT av underekstremiteter prioriteres normalt ikke i traumesammenheng, da det sjelden er livstruende skader her uten at det er klinisk åpenbart (f.eks pågående blødninger, amputasjoner etc.)*

000015743038fa3647

25

En 60 år gammel kvinne har kjent hypertensjon og kostregulert diabetes mellitus. Hun gjennomgikk et hjerteinfarkt for 6 år siden. Nå legges hun inn med en regelmessig takykardi 170/min. EKG viser QRS-bredde 0,14 s. Det er en stor bred R i avledning V1. Hva er mest sannsynlige takykardiadiagnose?

- A WPW-syndrom med takykardianfall  
*Se A*
- B Supraventrikulær takykardi med høyre grenblokk  
*Se A*
- C X Ventrikkeltakykardi  
*Se A*
- D Supraventrikulær takykardi med venstre grenblokk  
*Etter hjerteinfarkt er det svært sannsynlig at bredkomplekstakykardi er ventrikkeltakardi*

0000157430386a3647

26

En 30 år gammel kvinne har vært plaget av anfallsvis hjertebank i 4 år. Anfallene starter og stopper brått. Under anfall er hun svimmel og uvel. Hun legges nå inn med pågående anfall på lokalsykehuset hvor du har vakt. EKG viser en regelmessig takykardi med smale QRS-komplekser frekvens 180/min. Du ser ingen P-bølger på EKG, men tar et øsofagus-EKG hvor P-bølgen viser seg å ligge like etter hvert QRS. Tid fra start QRS til start P er 0,06s (60 ms). Diagnosen er avgjørende for videre behandling. Hva er mest sannsynlig arytmiadiagnose?

- A X AV-nodal reentrytakykardi  
*AVNRT gir typisk P-bølge like etter QRS som beskrevet*
- B Atrieflutter  
*Atrieflutter har vanligvis atriefrekvens over 220/min med QRS etter annethvert kompleks.*
- C Atrietakykardi  
*Kun teoretisk mulighet for atrietakykardi hvor AV tiden er nøyaktig lik P-P avstanden og P tilfeldigvis ligger like bak QRS*
- D AV-reentrytakykardi  
*Ved AVRT vil P-bølgen ligge lengre bak.*

0000157430386a3647

27

En 68 år gammel mann kommer til fastlegen på grunn av tiltagende og subjektiv plagsom funksjonsdyspnoe. Etter gjentatte målinger er gjennomsnittlig blodtrykk 174/86 mmHg. Legen auskulterer en ejeksjonspreget systolisk bilyd med svekket andre hjertetone. Hvilke diagnostiske og behandlingsmessige tiltak er indisert?

- A X Pasienten har moderat isolert systolisk hypertensjon med indikasjon for medikamentell intervensjon etter få ukers observasjon. Det er indikasjon for ekkokardiografi.  
*Riktig svar.*
- B Pasienten har alvorlig isolert systolisk hypertensjon med indikasjon for rask medikamentell intervensjon. Det er ikke indikasjon for ekkokardiografi.  
*Pasienten har moderat isolert systolisk hypertensjon. Det foreligger indikasjon for ekkokardiografi på mistanke om symptomgivende klaffesykdom.*
- C Pasienten har moderat isolert systolisk hypertensjon med indikasjon for rask medikamentell intervensjon. Det er ikke indikasjon for ekkokardiografi.  
*Moderat hypertensjon kan observeres med intervensjon på livsstil over uker, før en tar stilling til medikamentell behandling. Symptomer og funn gir mistanke om symptomgivende klaffesykdom og indiserer ekkokardiografi.*
- D Pasienten har alvorlig isolert systolisk hypertensjon med indikasjon for rask medikamentell intervensjon. Det er indikasjon for ekkokardiografi.  
*Pasienten har moderat isolert systolisk hypertensjon (Moderat hypertensjon: BT 160-179/90-99 mmHg).*

0000157430386a3647

28

De aller fleste pasienter med hypertensjon har ingen bakenforliggende sykdom eller tilstand som årsak til høyt blodtrykk. Noen få pasienter har likevel sekundær hypertensjon med en grunnleggende sykdom eller tilstand som kan påvises og eventuelt behandles.

Hva er den vanligste endokrine årsaken til sekundær hypertensjon?

- A Hyperkortisolisme.  
*Sjelden årsak til hypertensjon, opptrer hos < 0.1% av populasjonen.*
- B Feokromocytom.  
*0.05-1.0% av pasienter med hypertensjon.*
- C Hypotyreose.  
*Sjelden årsak til hypertensjon; beskrives i ca 1% av hypertensive pasienter som henvises til vurdering.*
- D X** Hyperaldosteronisme.  
*(5)6-10 % av pasienter med hypertensjon. Er i dag ansett som den vanligste årsak til sekundær hypertensjon.*

0000157430386a3647

29

En kvinne på 56 år kommer til akuttmottaket med klinisk mistanke om sepsis med sannsynlig utgangspunkt fra urinveier. Hun har ingen andre kjente alvorlige sykdommer.

Hvilken behandling er den riktige å starte med?

- A Ampicillin iv + gentamicin iv + metronidazol iv  
*Dette brukes mot sepsis ved mistanke om utgangspunkt i abdomen*
- B Penicillin iv + gentamicin iv  
*Dette brukes mot sepsis med ukjent fokus, men i denne oppgaven var det mistenkt utgangspunkt i urinveiene*
- C X** Ampicillin iv + gentamicin iv  
*Rett svar. Ved mistanke om utgangspunkt i urinveier er dette standardregime, jfr nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus*
- D Cefotaksim iv  
*Cefutaxim brukes ved kontraindikasjon mot standardregime (ampicillin+gentamicin) og er dermed ikke førstevalg*

0000157430386a3647

30

En 32år gammel kvinne henvises til sykehus med mistanke om lungeemboli (LE) grunnet stikkende smerter i brystet og følelse av dyspnoe. Ingen spesiell foranledning, og hun fremstår litt engstelig. Normalt BT og puls. D-dimer negativ. Blodgass uten O2-tilførsel viser normale verdier.

Hva er den riktige utredningen i dette tilfellet?

- A Rekvirere CT lungearterier  
*Bildedagnostikk (CT eller VQ-scintigrafi) er ikke indisert ved lav klinisk sannsynlighet for LE (jfr anamnese og funn) og negativ D-dimer. Sykehistorie og funn avslører at hun har lav klinisk sannsynlighet for LE*
- B X** Avslutte utredningen for LE, utrede alternativ årsak  
*Bildedagnostikk (CT eller VQ-scintigrafi) er ikke indisert ved lav klinisk sannsynlighet for LE (jfr anamnese og funn) og negativ D-dimer*
- C Ta ultralyd av vener i underekstremiteter  
*Utredning av eventuell DVT i underekstremiteter er ikke indisert fordi det er lav klinisk sannsynlighet for LE*
- D Rekvirere ventilasjon-perfusjonsscintigrafi av lungene  
*Bildedagnostikk (CT eller VQ-scintigrafi) er ikke indisert ved lav klinisk sannsynlighet for LE (jfr anamnese og funn) og negativ D-dimer*

0000157430386a3647

31

En 40 år gammel kvinne kommer til fastlegen grunnet tungpust ved anstrengelse som løping etter bussen, og periodevis også i hvile siste måneden. Ingen brystsmerte, hoste eller ekspektorat. Ikke-røyker, tidligere frisk, bruker ingen faste medisiner.

Ved klinisk undersøkelse afebril, BT 120/75, normale funn hjerte. Over lungene er det normale funn, spesielt ingen obstruktive fysikalia eller fremmedlyder. Du mistenker en pulmonal årsak til pasientens plager.

Spirometri viser verdier for FVC, FEV1 og FEV1/FVC som er innenfor normalområdet, men flow volum kurven er avflatet i inspirasjon og ekspirasjon.

Hva er den mest sannsynlige årsak til pasientens plager?

- A Astma bronkiale  
*Symptomer kan tyde på astma. Normale lunge fysikalia og spirometriske verdier utelukker ikke en astma diagnose. Lite sannsynlig at pasienten har en astma grunnet unormal flow volum kurve*
- B X Obstruksjon i sentrale luftveier  
*Avflatet flow-volum kurve i inspirasjon og ekspirasjon med normale spirometriske verdier er kardinale indisier for en obstruktiv prosess i de sentrale luftveier*
- C KOLS  
*Pas røyker ikke og har normale spirometri verdier, noe som vil utelukke KOLS som en diagnose*
- D Anstrengelsesindusert larynxobstruksjon  
*Avflatet flow volum kurve i ekspirasjon utelukker en anstrengelsesutløst larynx onstruksjon*

0000157430386a3647

32

En kvinne (35 år) er nyoperert for en femurfraktur etter et fall på ski. Ved ankomst til overvåkingen måles hemoglobin til 6,9 g/dL (referanse: 11,7-15,3 g/dL). Kvinnen har blodtype A Rh D pos K pos. Screening for irregulære blodtypeantistoffer er negativ.

Hvilken fremgangsmåte er best når kvinnen skal transfunderes?

- A Å sette opp identifisering med to A Rh D pos blodposer  
*Når screening er negativ, er det ingen grunn til å gjøre identifisering av antistoff. Det skal også velges også Rh c-negativt blod til fertile kvinner hvis hennes c-type er ukjent*
- B Å gjøre utvidet forlik med to poser A Rh c neg D pos E pos K neg blodposer  
*Blodposene har egnet type, men det er unødvendig med utvidet forlik når screening er negativ. Det tar dessuten lengre tid. Hun trenger heller ikke K neg blod*
- C X Å transfundere to dataforlikelige O Rh c neg D pos e neg blodposer  
*Blodposene har egnet type selv om hun også godt kunne fått A-blod. Blodtilgangen tilsier av og til at Blodbanken velger O-erytrocytter til A-pasienter og det er viktig at legene kjenner til at dette er greit. Dataforlik er tilstrekkelig og går raskt. Det er ikke nødvendig å ta hensyn til K-type når vi vet at hun er K pos.*
- D Å transfundere 2 enheter O Rh D neg kriseblod umiddelbart  
*Dårlig valg: Kriseblod skal bare brukes i krisesituasjoner. Vi kan regne med at kvinnen er stabilisert i forbindelse med operasjonen, og hemoglobinnivået er ikke kritisk lavt*

0000157430386a3647

33

Mann på 44 år legges inn i medisinsk gastroavdeling på grunn av mistanke om inflammatorisk tarmsykdom. Han har CRP på 98 mg/L ved innleggelse.

Hvilke avvik i analyseresultater kan du forvente å finne hos pasienten?

- A Redusert s-ferritin og redusert s-ceruloplasmin  
*ferritin øker og ceruloplasmin øker ved inflammasjon*
- B X Redusert s-albumin og økt s-ferritin  
*Albumin er negativt akutfaseprotein og kan også være redusert på grunn av lekkasje i tarm. Ferritin øker ved inflammasjon.*
- C Økt s-albumin og redusert s-ceruloplasmin  
*S-albumin reduseres og s-ceruloplasmin øker ved imflammasjon.*
- D Økt s-transferrin og redusert s-ferritin  
*Transferrin reduseres og ferritin øker ved innflammasjon*

0000157430386a3647

34

En tidligere frisk 7 år gammel jente har i løpet av det siste året en tendens til å tisse seg ut på dagtid, og også enkelte netter. I samme periode har hun hatt flere episoder med blærekatarr som har krevd behandling med antibiotika. Hun har nå plutselig fått vondt i magen, tisser hyppig og har smerter ved vannlating. Hun kaster ikke opp og drikker bra. Fastlegen finner henne febril, blek og i dårlig form. Ved klinisk undersøkelse er det ømhet ved palpasjon nederst i abdomen og i ryggen. Hvilken diagnose er mest sannsynlig, og hva er det riktige å gjøre?

- A Blærekatarr. Stikse og dyrke urinen, gi peroral trimetoprim i 3 dager
- B Blærekatarr. Stikse og dyrke urinen, gi peroral pivmecillinam i 3 dager
- C X Nyrebetennelse. Stikse og dyrke urinen, gi peroral pivmecillinam i 10 dager
- D Nyrebetennelse. Stikse og dyrke urinen, gi peroral amoxicillin i 10 dager

0000157430386a3647

35

En 25 år gammel kvinne, para null, oppsøker deg som allmennpraktiker pga dysmenorroe. Hun ble behandlet for en positiv klamydiatest i urogenitalsekret for to år siden. Hun er ellers frisk, og har aldri blitt operert. Hun bruker kombinasjons p-pillen Loette på vanlig måte. Hun klager over sterke smerter i underlivet, vanligvis verst rett før, under og etter mens. Hun kan også ha smerter mellom menstruasjonene, og har i økende grad smerter under samleie. Foruten gynekologisk undersøkelse, hva vil det være riktigst å gjøre i første omgang?

- A Henvise henne til gynekolog for laparoskopisk adhesjonsløsning etter gjennomgått salpingitt  
*Adhæranser kan gi smerter, med det er sjelden indisert med kirurgi for dette, fordi det er stor residivrisiko, og smertene kan bli verre etter kirurgi.*
- B Henvise henne til gynekolog for kirurgisk behandling av endometriose  
*Hos en ung kvinne som ikke har aktuelt barneønske, er kirurgi siste valg, hvis endometriose er en relativt sannsynlig diagnose. Hovedgrunnen til det er at sjansen for å bli gravid er best rett etter kirurgi for endometriose. Derfor er det mest hensiktsmessig å utsette slik kirurgi til det blir aktuelt med barneønske, eller til høyere alder når familieplanlegging er avsluttet og annen, konservativ behandling ikke har vært tilstrekkelig. Førstevalg hos en ung kvinne som ikke har aktuelt barneønske er konservativ behandling ved å supprimere mens og smertebehandling.*
- C X Starte behandling for endometriose med p-pille kontinuerlig i 12 uker, deretter 5 dagers pause  
*Tiltak med minst risiko og mulige negative effekter er å prøve å få pasienten mest mulig amenorrhoisk. Derfor starter vi med kontinuerlig p-pille som førstevalg. En hormonspiral kunne også ha vært et bra alternativ.*
- D Bestille MR abdomen/bekken med tanke på dypt infiltrerende endometriose  
*Det er korrekt at MR er svært god å påvise dette, men det er for tidlig i forløpet og feil bruk av resursene. Først bør en empirisk behandling prøves*

0000157430386a3647

36

En 32 år gammel kvinne oppsøker legevakten p.g.a. smerter og hevelse i leggen. Hun er gravid i uke 28 og du mistenker at hun har en dyp venetrombose (DVT). Hvilken nytte kan man ha av å analysere d-dimer hos denne pasienten, hvis ordinær beslutningsgrense på 0,5 mg/L benyttes ved tolking?

- A Liten, siden d-dimer har lav sensitivitet og spesifisitet for DVT hos gravide  
*Sensitiviteten er høy hos gravide*
- B Stor, siden d-dimer har høy sensitivitet og spesifisitet for DVT hos gravide  
*Spesifisiteten er lav hos gravide*
- C Stor, siden d-dimer har høy spesifisitet for DVT hos gravide  
*Spesifisiteten er lav hos gravide*
- D X Liten, siden d-dimer har lav spesifisitet for DVT hos gravide.  
*En stor andel av de gravide har d-dimer > 0,5 mg/L uten å ha venøs tromboembolisme*

0000157430386a3647

37

Hvilke analyser er mest egnet for å utelukke primær hyperparatyroidisme?

- A s-TSH (thyreoideastimulerende hormon) og s-ionisert (fritt) kalsium
- B X s-PTH (parathyroideahormon) og s-ionisert (fritt) kalsium
- C s-kalsium (total) og s-albumin
- D s-TSH (thyreoideastimulerende hormon) og s-fritt tyroksin

0000157430386a3647

38

Ved undersøkelse av en nyfødt gutt dagen etter fødselen finner du testiklene hverken i pungen eller lysken. Penis er litt liten, og urinrørsåpningen sitter på undersiden av penishodet. Hva er det riktigst å gjøre med dette?

- A X Henvise straks gutten til undersøkelse med tanke på mulig intersextilstand.
- B Henvise gutten til hormonbehandling for å stimulere penisvekst og testisdescens.
- C Henvise gutten til operasjon for å hente testiklene ned til pungen.
- D Avtale kontroll om 6 måneder for å se om testiklene kommer ned i pungen av seg selv.

0000157430386a3647

39

En gutt på 4 år hadde klaget over vondt i maven og hatt litt nedsatt matlyst i et par måneders tid. Gutten har en fetter som fikk stilt diagnosen cøliaki da han var på samme alder. Mor fikk tips om glutenfri kost, og synes gutten har klaget litt mindre etter at han har unngått gluten i 4 uker. For sikkerhets skyld ber hun fastlegen ta blodprøve for å måle antistoff mot vevstransglutaminase. Svaret er 8,6 U/mL (referanseområde < 10 U/mL). Hvordan kan fastlegen best følge opp pasienten?

- A X Be mor gi gutten normal kost og gjenta prøven om ca. 1 måned  
*Selv om klinikken er nokså diffus, kan gutten ha cøliaki. Dette alternativet vil kunne gi en avklaring*
- B Avtale kontroll og sende prøve til Rikshospitalet for typing av HLA klasse II  
*HLA DQ2 og evt. HLA DQ8 er de vanligste vevstypene ved cøliaki, mens øvrig klasse II-typing er irrelevant. De fleste med de aktuelle vevstypene har ikke cøliaki, så man vil uansett måtte gjenta transglutaminasetesten etter at gutten har spist normal kost. Mange vil derfor si at DQ2- og DQ8-typing ikke hører med i primærutredningen, men først er aktuelt hvis forhøyet konsentrasjon av antistoff mot vevstransglutaminase er påvist*
- C Anbefale at gutten fortsetter med glutenfri kost og avtale kontroll om 3 måneder  
*Å pålegge et barn kostrestriksjoner uten klar diagnose er et dårlig alternativ. Hvis man tar ny prøve ved kontrollen, vil svaret fortsatt være umulig å tolke*
- D Konkludere med at gutten ikke har cøliaki og avslutte utredningen  
*Hvis gutten har cøliaki, kan prøvesvaret kan være falskt for lavt fordi han har spist glutenfri kost. Dårlig måte å behandle pasienten*

0000157430386a3647

40

Infeksjoner med humant metapneumovirus har mange likhetstrekk med RS-virus. Hvilke egenskaper karakteriserer dette viruset?

- A Viruset forårsaker hyppigst luftveisinfeksjoner i tidlig barnealder, men aldri hos eldre
- B Viruset forårsaker hyppigst luftveisinfeksjoner hos barn i skolealder, men aldri hos eldre
- C X Viruset forårsaker hyppigst luftveisinfeksjoner i tidlig barnealder, men kan også ramme eldre
- D Viruset forårsaker hyppigst luftveisinfeksjoner i skolealder, men kan også ramme eldre

0000157430386a3647

41

Du er medisinsk ansvarlig på en sengepost der tre pasienter har fått oppkast med påfølgende diaré, og en av sykepleierne på posten måtte gå fra jobb etter at hun utviklet lignende symptomer. Du mistenker et utbrudd av norovirus. Hva er det viktigste tiltaket du kan iverksette for at utbruddet raskest mulig avsluttes?

- A Isolere alle pasienter som har hatt symptomer på sengepost med infeksjonsmedisinsk kompetanse  
*Pasienten skal isoleres på posten de er innlagt på.*
- B Holde ansatte som ble smittet med norovirus hjemme i fire dager etter siste diaréepisode  
*Folkehelse anbefaler 2 dager, St.Olavs prosedyrer 1-2 dager.*
- C X Informere om håndhygiene med såpe og vann istedenfor hånddesinfeksjon  
*Riktig, alkohol virker forholdsvis dårlig mot norovirus.*
- D Stenge avdelingen for inntak av nye pasienter  
*Det vurderes bare ved mange tilfeller blant pasienter og ansatte slik at situasjonen er ukontrollerbar.*

0000157430386a3647

42

En 35 år gammel mann fra Kenya bosatt i Norge har fått feber etter besøk i hjemlandet. Han har nå hatt økende feber de siste tre dagene. Mikroskopi av blodutstryk viser malariaparasitter i ca 7% av alle røde blodlegemer.

Hvilken malariaparasitt taler dette funnet for?

- A Plasmodium vivax
- B X** Plasmodium falciparum  
*Kun infeksjon med Plasmodium falciparum kan gi så høy parasitemigrad, kalles komplisert malaria ved parasitemigrad >5%.*
- C Plasmodium ovale
- D Plasmodium malariae

0000157430386a3647

43

For knappe 2 måneder siden la foreldrene merke til at deres datter på 4 år haltet og vegret seg for å gå, spesielt om morgenen. Hun går fortsatt med venstre kne lett flektert, og unngår å strekke det helt ut når hun står eller går. Hun er i god allmenntilstand.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Poststreptokokkartritt  
*Ville ha vært mer symptomgivende, mer subakutt og hissig. Ingen opplysninger om forutgående infeksjon.*
- B Coxitis simplex  
*Passer ikke med kneaffeksjon, for langvarig*
- C Calve Legg Perthes sykdom  
*Ville vært mer spesifikk hoftesyntomer, selv om referred pain kunne gitt misoppfattelser, men da ikke kontraktur*
- D X** Juvenil idiopatisk artritt  
*Gradvis utvikling, morgenstiv, innskrenket bevegelse/kontraktur passer alle med kronisk inflammatorisk tilstand*

0000157430386a3647

44

En 4 år gammel gutt har vært forkjølt en uke. For to dager siden fikk han høy feber, og siden har han vært høyfebril og sovet mye. Drikker bra.

På legekontoret er han litt slapp, men i relativ god allmentilstand, våken og gir god kontakt, temp 39.7C. Respirasjonsfrekvens 38 (ref. 25-35 /minutt), lett stønning men ikke inndragninger, ingen cyanose, lett bleik, kappilær fyllingstid 1-2 sekunder (sentralt), puls 135/minutt (ref: 95-140/minutt). Over lungene er det svekket respirasjonslyd og knatrellyder over høyre lunges bakflate.

CRP 150 mg/L (ref: < 5 mg/L).

Mor forteller at han tidligere har vært frisk og har fått alle vaksiner i vaksinasjonsprogrammet. Legen kjenner mor og familien godt fra før og vet at de familiære forhold er gode.

Hvordan bør fastlegen håndtere pasienten?

- A Henvise ham for øyeblikkelig hjelp innleggelse til lokalsykehuset slik at intravenøs penicillinbehandling kan startes  
*Dette er alltid en sikker håndtering av pasienten men hjemmebehandling foretrekkes alltid når barnet er i relativ god allmentilstand, drikker bra og ikke har alvorlig respirasjonssvikt.*
- B X** Skrive resept på fenoksymetylpenicillin tablett, angi væskeinntak, anbefale godt oppsyn og kontakt ved forverring  
*Dette er førstevalg og i vurderingen legges vekt på at han er tidligere frisk, drikker bra og i relativ bra allmentilstand og ikke ser ut til å ha alvorlig respirasjonssvikt.*
- C Henvise for øyeblikkelig hjelp innleggelse til lokalsykehuset slik at intravenøs cefotaxim behandling kan startes  
*Førstevalg ved mistanke bakteriell pneumoni er penicillin fordi pneumokokker er vanligste årsak (tross vaksinasjon). Vedr innleggelse se alternativ 1.*
- D Skrive resept på erytromycin tablett, angi væskeinntak, anbefale godt oppsyn og ny kontakt ved forverring  
*Førstevalg ved en sannsynlig bakteriell pneumoni hos barn er ikke erytromycin. Den kortvarige sykehistorie og alder gir heller ikke mistanke om mykoplasma infeksjon.*

0000157430386a3647

45

En gutt født til termin ved normal vaginal forløsning får Appgar 8 etter 1 minutt og 8 etter 10 minutter. Ved barnelegeundersøkelse på første dag bemerkes det at gutten har trekk som kan gi mistanke om Down syndrom.

Hvilke undersøkelser skal barnelegen bestille?

- A Kopitallsanalyse og cerebral ultralyd.
- B X** Kromosomanalyse og hjerteundersøkelse.  
*Diagnosen må bekreftes/avkreftes og det er betydelig økt risiko for medfødt hjertefeil.*
- C Infeksjonsstatus og røntgen thorax.
- D Tilsyn av fysioterapeut og spesialpedagog.

0000157430386a3647

46

En kvinne (26 år) er gravid for andre gang. Hun har blodtype A Rh D pos og er ikke tidligere transfundert. Ved screening for irregulære blodtypeantistoff i svangerskapsuke 12 påvises et svakt anti-K antistoff. Ved ultralyd i svangerskapsuke 18 er alt normalt. I en blodprøve tatt samtidig med ultralyden er antistoffet uendret i styrke.

Hvordan kan fastlegen best følge opp kvinnen?

- A X** Ta ny blodprøve til antistoffscreening om 4 uker for å vurdere om antistoffet øker i styrke  
*OK fordi antistoffet er svakt og ikke har økt i styrke. Selv om anti-K kan gi hemolyse hos fosteret også i lave konsentrasjoner, er det fortsatt tidlig i svangerskapet*
- B Ta kontrollprøver og gjøre ultralyd i uke 28-32 og uke 36 for å sjekke om fosteret har det bra  
*Dette er for lenge å vente. Dessuten er vanlig ultralyd hos fastlegen ikke noen god undersøkelse for anemi hos fosteret*
- C Henvise kvinnen til vurdering på nærmeste fødeavdeling innen svangerskapsuke 20  
*En spesialistundersøkelse kan være nødvendig ved anti-K antistoff hos gravide, men det er bedre å vente noe lenger for å vurdere om konsentrasjonen stiger*
- D Sende inn prøve til K-typing av barnefaren for å vurdere fosterets sannsynlig K-type  
*Det er langt viktigere å følge antistoffkonsentrasjonen hos mor*

0000157430386a3647

47

Slyngediuretika (loop-diuretika) og tiaziddiuretika har for en stor del sammenfallende bivirkningsprofil. Hva er den viktigste bivirkningen av disse legemidlene?

- A Hyperkalemi  
*Tiazider og slyngediuretika gir hypokalemi, ikke hyperkalemi.*
- B Hypomagnesemi  
*Tiazider og slyngediuretika kan gi hypomagnesemi, men det får sjeldnere enn for hypokalemi alvorlige konsekvenser.*
- C X** Hypokalemi  
*Hypokalemi er en hyppig bivirkning ved behandling med tiazider og slyngediuretika, som krever monitorering og eventuelt substitusjonsbehandling med kalium eller andre behandlingstiltak. Ubehandlet vil hypokalemi kunne ha alvorlige konsekvenser.*
- D Hypermagnesemi  
*Diuretika gir ikke hypermagnesemi.*

0000157430386a3647

48

Ei 25 år gammel kvinne gjennomgikk medisinsk abort for 5 dager siden. Hun har i løpet av de siste timene begynt å kjenne seg syk, er tiltakende svimmel og kaldsvett. Ved klinisk undersøkelse er hun bleik og tachycard, og abdomen er diffust palpasjonsømt. Ved gynekologisk undersøkelse er det brunlig, illeluktende fluor fra portio. Uterus er lett forstørret og uttalt ruggeømt ved bimanuell palpasjon. Hvordan behandler du best denne pasienten?

- A Rekvirerer CT abdomen/bekken innen 6 timer
- B Starter medikamentell behandling med i.v. væske og oxytocindrypp
- C Melder henne til laparoskopi som ø-hjelp
- D X** Melder henne til vakuumaspirasjon av uterus som ø-hjelp

0000157430386a3647



49

Du er fastlege for ei jente på 3 år. Barnehagepersonalet er bekymret for henne fordi hun gir flyktig blikkontakt, leker mest for seg selv, sitter mye og rigger fram og tilbake, og er lite interessert i de andre barna i barnehagen. Ved legeundersøkelsen er hun vanskelig å undersøke, samarbeider dårlig, og du er enig i vurderingen til barnehagepersonalet. Hvilket tiltak er mest relevant å gjøre?

- A Henvise til PPT for å utelukke utviklingshemning
- B Henvise til hørselsundersøkelse for å utelukke nedsatt hørsel
- C Bestille EEG for å utelukke epilepsi
- D X** Henvise til barnelege/barnepsykiater for å utelukke autisme

0000157430386a3647

50

En 42 år gammel kvinne kommer til deg med kløe i underlivet. Hun bruker p- pille. Ved inspeksjon av vulva finner du hvitaktige forandringer. Hva er det riktigst å gjøre videre med pasienten?

- A Anbefale Canesten mot vaginal sopp  
*Det kan være vaginal Candida, men du må undersøke genitalia interna før du stiller diagnosen og anbefaler behandlingen.*
- B Anbefale mild lokal kortison mot lichen sclerosus  
*Begrunnelse: 1. Diagnosen er mest sannsynlig korrekt, men denne må bekreftes med en stansebiopsi, som taes enten hos dermatolog eller gynekolog, fordi det er en kronisk sykdom som krever langvarig behandling som bør startes hos spesialist (blå respt). 2. Diagnosen innebærer ca 5% stor risiko for kreftutvikling i vulva. 3. En gruppe sterk kortison preparat bør velges.*
- C Anbefale grønnsåpebad mot lichen sclerosus  
*Lichen sclerosus behandles ikke med grønnsåpe, og det må taes biopsi for å stille diagnosen og utelukke kreft.*
- D X** Anbefale biopsitaking fra vulva  
*Det taes stansebiopsi for å evt stille diagnosen Lichen sclerosus og undersøke for hudkreft. Langvarig behandling med sterkt lokalt kortisonpreparat kan skrives ut på blå resept (refusjonsberettiget).*

0000157430386a3647

51

NSAIDs («non-steroidal antiinflammatory drugs») er mye brukt. Hva er virkningsmekanismen til disse legemidlene?

- A X** NSAIDs hemmer en type enzymer som heter syklooksigenaser
- B NSAIDs stimulerer endogen produksjon av arakidonsyre
- C NSAIDs hemmer perfusjon i nyrer og ventrikkelslimhinne
- D Virkningsmekanismen til NSAIDs er fremdeles ukjent

0000157430386a3647

52

En gutt fødes to dager etter termin etter spontan oppstart av rier. Før gutten fødes er det avgang av misfarget fostervann, og det er tachycard fosterlyd. Barnelege tilkalles på mistanke om truende asfyksi, og da gutten fødes er han slapp, puster ikke selv og har en hjerterefrekvens på 65/minutt. Hvilke(t) tiltak er det riktigst at barnelegen setter i verk?

- A X** Overtrykksventilasjon med bag og maske.  
*Ventilasjon er første tiltak og avgjørende for vellykket resusitering. I tillegg er indikasjonen for hjertekompresjoner til nyfødte en hjerterefrekvens under 60/min.*
- B Hjerterekompresjoner med en frekvens på 100/min.
- C Intubasjon og adrenalin intratrachealt.
- D Adrenalin intravenøst i dose 10 mikrogram/kg.

0000157430386a3647

53

En kvinne er ca tre mndr gravid og søker deg på legekantoret pga at hun kaster opp alt hun spiser. Hva tror du er den mest sannsynlige diagnosen?

- A X Hyperemesis gravidarum
- B Vit- B mangel
- C Hyperthyreose
- D Ulcus duodeni

0000157430389a3647

54

Z-hypnotika og benzodiazepinhypnotika brukes begge i behandling av søvnevansker. Hvilken er den klinisk viktigste og mest framtreddende forskjellen mellom z-hypnotika og benzodiazepiner?

- A Forskjeller i avhengighetsfare
- B X Forskjeller i virketid
- C Forskjeller i toksisitetsprofil
- D Forskjeller i reseptorbindingsprofil

0000157430389a3647

55

En førstegangsføddende kvinne kommer til deg på legekantoret for svangerskapskontroll i uke 36+5. Du finner blodtrykk på 120/80 mmHg, urin-stix er negativ og hun har lette ødemer. Du finner fosterlyd med en frekvens på 130 slag/minutt. Når du så skal palpere leie mistenker du at fosteret ligger i seteleie. Hva er det riktigst å gjøre?

- A Du avtaler en kontroll i uke 39 fordi fosteret da kan ha snudd seg til hodeleie
- B Du søker henne inn til elektivt sectio  
*I Norge anbefales vaginal setefødsel dersom barnet har tilfredstillende størrelse og bekkenet er stort nok.*
- C X Du henviser til svangerskapspoliklinikken i løpet av et par dager slik at hun kan få bekreftet leie med ultralyd  
*Det er ønskelig at hun henvises omtrent på dette tidspunkt da det er det beste tidspunkt for vurdering av ytre vending av fosteret, samtidig som barnet ikke lenger er prematurt.*
- D Du prøver å gjøre ytre vending  
*Dette skal kun gjøres av kompetent personell, med adekvat overvåkning.*

0000157430389a3647

56

Som ung LIS har du en pasient med en alvorlig hjernesvulst (glioblastom) på kontoret. Pasienten er en mann på 69 år. Du har aldri møtt ham før.

Pasienten har nettopp avsluttet strålebehandling og kjemoterapi. Han føler seg mye dårligere enn da han startet behandlingen, og spesielt mye dårligere enn han var like etter at han var operert. Mannen kommer sammen med sin kone for avsluttende strålekontroll. Han har hodepine, er oppsvulmet i ansiktet, kvalm og slapp.

Ektefellen er veldig bekymret for sin mann og beskylder Kreftklinikken for ikke å ha gitt riktig behandling.

Hva er riktigst å gjøre?

- A Du ber om å få snakke med mannen alene da du tenker at det er slitsomt for mannen at kona er så sint, og at du da kan få en roligere start på samtalen. Du planlegger at kona kan komme inn til dere etter 10 minutter.  
*Ikke lurt å utelate fortvilte pårørende.*
- B Du ber om å få snakke med kona alene først, og i mens kan kreftsykepleier snakke med mannen for symptomkartlegging. Når dere har snakket i ca 10-15 minutt, samler du både mann og kone samt sykepleier for en oppklarende samtale.  
*Ikke lurt å dele dem opp slik primært hvis det ikke er avtalt på forhånd.*
- C X Du møter ekteparet sammen. Du ber dem fortelle om hvordan de opplever situasjonen og hva de har fått av informasjon vedrørende behandlingen. Ut i fra denne informasjon styrer du samtalen videre.  
*Starten av møtet er ofte avgjørende for hvordan pasient og pårørende vil oppleve situasjonen.*

0000157430389a3647

57

78 år gammel kvinne med 3.1 cm stor kreftsuspekt tumor perifert i høyre lunges overlapp, FEV1 1.2 L, og derfor ikke mulig å biopsere.

PET CT viser høyt FDG-opptak kun i tumor, cT2aN0M0 (stadium IB). Teknisk, men ikke medisinsk operabel (dårlig lungefunksjon).

Hva er beste behandlingsalternativ for denne pasienten?

- A Det er ikke mulig å kurere pasienten. Hun tilbys enkel, palliativ strålebehandling (8,5 Gy x 2) hvor målet er å oppnå lengst mulig lokal kontroll  
*Det er som nevnt meget mulig å kurere pasienten selv om hun ikke kan opereres. Man kan ikke forvente at pasienten vil bli kureret med denne behandlingen.*
- B Konvensjonell, radikal strålebehandling (2 Gy x 30) kombinert med cytostatika  
*Konvensjonell, radikal strålebehandling kombinert med cytostatika er standard behandling ved lokalavansert lungekreft (stadium III), men ved stadium I gis strålebehandling alene. Behandlingen kurerer en del pasienter, men man bør gi høyere dose - 2 Gy x 35. Stereotaksi er likevel førstevalg pga kortere behandlingstid, og sannsynligvis bedre effekt/overlevelse.*
- C X Stereotaktisk, radikal strålebehandling (15 Gy x 3)  
*Det er god dokumentasjon mtp. lokal kontroll, lungekreftspesifikk overlevelse og total overlevelse etter stereotaktisk strålebehandling. Behandlingen er enkel, og gir vanligvis lite bivirkninger, selv hos pasienter med dårlig lungefunksjon. Riktignok har man ikke histologisk diagnose, men billediagnostikk og anamnese tilsier at dette er lungekreft.*
- D Det er ikke mulig å kurere pasienten, og hun tilbys palliativ, livsforlengende cytostatika-behandling  
*Det er som nevnt meget mulig å kurere pasienten selv om hun ikke kan opereres. Det er ikke dokumentert gevinst av cytostatika i denne settingen, slik behandling er langvarig og kan gi alvorlige bivirkninger.*

0000157430386a3647

58

En ung kvinne på 18 år kommer på fastlegekontoret og forteller at hun har kjent en kul på halsen i et par uker. Du palperer en 25 x 20mm fast, elastisk, uøm lymfeknute lateralt på halsen like over clavícula. Øvrige funn ved klinisk undersøkelse er normale, og det er også Hgb, leukocytter, trombocytter og CRP.

Hva er riktigst å gjøre?

- A Henvise til sykehuset for finnålspunksjon  
*Finnålsaspirat er ofte ikke konklusivt ved lymfom, som er den mest sannsynlige diagnosen*
- B X Henvise til sykehus for lymfeknutebiopsi  
*Klar førsteprioritet*
- C Se det an en ukes tid og se om tilstanden normaliseres spontant  
*Glandlen er klart patologisk, det er ingen opplysninger om betennelsessymptomer eller tegn, og rask avklaring er indisert*
- D Ta en lymfeknutebiopsi på legekontoret for å spare tid  
*Farlig sted å ta biopsi (Nært nerver, plevra)*

0000157430386a3647

59

En tidligere frisk 58 årig mann henvender seg til deg pga. sviktende potens. Hvilken annen sykdom er det sannsynlig at han også har?

- A X Kardiovaskulær sykdom
- B Prostatakraft
- C Type 2 diabetes mellitus
- D Multippel Sklerose

0000157430386a3647

60

En 23 år gammel mann kommer til deg som fastlege. Han trener aktivt fotball og kommer da han har slitt med lyskebetennelse venstre side i senere tid. På forespørsel forteller han at han har kjent noe økt tyngde i testikkelen på samme side, men har ikke kjent noen kul. Ved undersøkelse finner du ingen tegn til brokk. Det er ingen forstørrede lymfeknuter i venstre lyske. Venstre testikkel er uømt, men kjennes større enn høyre. Det er en ingen palpable kuler på noen av testiklene. Hva er riktig å gjøre?

- A Henvise fysioterapi  
*Se C*
- B Se det an. Be ham ta en pause på 4 uker fra fotballen og ta kontakt på nytt ved forverring  
*Se C*
- C Gi antibiotika for antatt orchitt  
*Sjedent og gir vanligvis ømhet i testikler.*
- D X Henvise til ultralyd av testikler  
*Tyngdefornemmelse og forstørrelse av en testikkel er ikke uvanlig symptom på cancer testis. Han har typisk debutalder for sykdommen. Ultralyd av testikler er førstevalg*

0000157430385a3647

61

Du har fjernet en føflekk fra en 45 år gammel mann for 2 uker siden og han kommer for svar. Histologisk undersøkelse viser et nodulært malignt melanom, Breslow 3mm. Fritt eksidert. Hva bør du informere ham om?

- A At svulsten er fjernet i sin helhet. Ingen ytterligere behandling er nødvendig
- B Tilstanden er alvorlig og han trenger strålebehandling for å hindre tilbakefall  
*Strålebehandling etter å ha fjernet primært malignt melanom har ikke vist gevinst på recidiv eller overlevelse*
- C Tilstanden er alvorlig og etter helt nye retningslinjer skal han nå ha immunterapi for å hindre tilbakefall  
*Immunterapi benyttes foreløpig kun ved metastatisk sykdom hos utvalgte pasienter.*
- D X Han vil bli henvist til utvidet eksisjon og vaktpostdiagnostikk

0000157430385a3647

62

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

- A X Penicillin + gentamicin i.v.
- B Penicillin + vancomycin i.v.
- C Ampicillin + metronidazol i.v.
- D Ampicillin + vancomycin i.v.

0000157430385a3647

63

Som allmennlege får du en pasient på kontoret som har en mekanisk aortaventil. Han skal fjerne en visdomstann. Han har hørt at det kan være fare for infeksjøs endokarditt (IE) ved tannlegebesøk etter han fikk ny hjerteklaff. Hvilket av disse rådene skal du gi pasienten om antibiotikaproylaksse før inngrepet?

- A Ikke nødvendig med antibiotika da han ikke er i risikogruppen for IE
- B Kun nødvendig med antibiotika hvis inngrepet omfatter infisert vev
- C Kun nødvendig med antibiotika hvis han tidligere har hatt IE
- D X Nødvendig med antibiotika da han er i risikogruppen for IE

0000157430385a3647

64

Du er fastlege for en 47 år gammel overvektig kvinne med alvorlig nedsatt nyrefunksjon med eGFR 29 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>. Hun utvikler type 2 diabetes og trenger medikamentell behandling siden hun etter noen måneder med kost og livsstilsomlegging har HBA1c 8.2 %. Hun har god egen insulinproduksjon vurdert ved insulin C-peptid.

I hvilken medikamentgruppe (perorale antidiabetika) finner du et blodsukkersenkende medikament som er det best egnede for denne pasienten?

**A** Sulfonylureapreparater

*Sulfonylurea (SU)- preparater bør ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon på grunn av mulig akkumulering av SU-preparatet eller metabolitter av dette og derfor risiko for hypoglykemi.*

**B X** DPP4-hemmere

*DPP4-hemmere virker via inkretinsystemet og gir (glukoseavhengig) økning av insulinsekresjonen. Ett preparat i denne medikamentgruppen, linagliptin, kan brukes av pasienter med moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon uten dosejustering. Når det gjelder de tre andre preparatene i medikamentgruppen (vildagliptin, saksagliptin og sitagliptin) må dosen av disse reduseres ved moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon.*

**C** Biguanider (metformin/glucofage)

*Metformin/glucofage er første valg hos de fleste pasienter med type 2 diabetes og er spesielt gunstig hos pasienter med overvekt og insulinresistens. Tidligere anbefalte man at metformin/glucofage ikke burde brukes ved eGFR < 45 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> men ifølge nyere anbefalinger (Diabetes Care 2016;39(Suppl 1): S53) kan medikamentet brukes med forsiktighet (spesielt overvåkning av nyrefunksjon, seponering ved dehydrering etc) hos pasienter med eGFR < 45 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>. Imidlertid bør ikke medikamentet brukes ved eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> på grunn av risiko for forverring av nyresvikt og risiko for lactacidose. Hos denne pasienten med eGFR 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, dvs alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) er dette medikamentet ikke å anbefale.*

**D** SLGT2-hemmere

*Effekten av SLGT2-hemmere er avhengig av nyrefunksjon. Empagliflozin skal ikke initieres ved estimert GFR (eGFR) <60 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Dapagliflozin anbefales ikke ved moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Ingen av disse preparatene bør initieres hos denne pasienten.*

0000157430386A3647

65

En tidligere frisk kvinne på 30 år har siste halvåret lagt på seg, spesielt over magen. Hun synes også hun har blitt rundere i ansiktet. Hun har merket forandringer i huden, blant annet at den har blitt tynnere og får lett hudblødninger. Det tas blodprøver som viser hormonforstyrrelser. Som ledd i utredningen tas MR av hypofyse og det påvises en hypofysetumor.

Hvilken tumor er mest sannsynlig?

**A** Prolaktinom

**B** Ikke-hormonproduserende tumor

**C X** ACTH-produserende tumor

**D** Veksthormonproduserende tumor

0000157430386A3647

66

En ung mann reiser på ferietur til Egypt. Noen få timer etter ankomst spiser han kyllingsmørbrød på en restaurant. 4 timer senere får han magesmerter, diare og oppkast.

Hva er den sannsynlige årsaken til symptomene?

**A** Gastroenteritt med Salmonella enteritidis som svært ofte finnes i kyllingkjøtt

**B X** Matforgiftning med Staphylococcus aureus toxin

**C** Tyfoidefeber med symptomer på sepsis

**D** Kolera fra infisert drikkevann

0000157430386A3647

67

Du er fastlege for en mann på 73 år som har hatt type 2-diabetes i snart 20 år. Han gjennomgikk et hjerteinfarkt for 3 år siden, er overvektig med BMI 32. Han bruker Metformin 500 mg x 2, ACE-hemmer Lisinopril 20 mg x 1, betablokker SeloZok 100 mg x 1, Simvastatin 20 mg x 1 og Albyl E 75 mg x 1. Han kommer nå til sin årlige legesjekk. BT er 154/93, ellers normale organfunn.

Lab.:

Hb 13,4 d /dl (ref. 13,4-17,0), kreatinin 114 mikromol/l (ref. < 105 ), eGFR 59 (ref. > 90), Na 139 mmol/l (ref. 137-145),

K 4,8 mmol/l (ref. 3,6-4,4), fastende glukose 8,3 mmol/l (ref. 4,0-6,0), HbA1c 7,3 % (ref. 4,3-5,6), kolesterol 4,4 mmol/l (ref. 3,9-7,8),

u-stix: albumin 2+, ellers neg, u-ACR: 73 mg/mmol (ref. < 3)

Hva er viktigste tiltak å gjøre og med hvilken begrunnelse?

- A** Legge til insulin til metformin for å bedre blodsukkerkontrollen  
*For en eldre multimorbid mann er HbA1c på 7,5 akseptabelt. Han er overvektig, metformin gir i motsetning til insulin ikke vektøppgang, og har dessuten en mulig kardiovaskulær gevinst.*
- B** Seponere metformin da pasienten har nedsatt nyrefunksjon. Starte insulin og tilstrebe bedre blodsukkerkontroll enn tidligere  
*Metformin er kontraindisert først ved eGFR < 45. Pasienten hadde eGFR på 59.*
- C** Legge til en angiotensin 2-blokker i tillegg til ACE-hemmeren han står på for å redusere albuminurien ytterligere.  
*Dobbelbehandling med ACE-hemmer og angiotensin 2 blokker er ikke anbefalt og øker risiko for hyperkalemi.*
- D X** Øke antihypertensiv medikasjon med f.eks. kalsiumantagonist eller thiazid for å redusere blodtrykket og dermed redusere risiko for ytterligere kardiovaskulær sykdom  
*Riktig, hos denne multisyke mannen er reduksjon av kardiovaskulær risiko viktigste tiltak, dette gjøres med reduksjon av BT.*

000015743038fa3647

68

En 65 år gammel kvinne er innlagt Medisinsk avdeling med alvorlig pneumoni. Startet penicillin iv, men likevel forverring og etterhvert behov for respiratorstøtte. Etter 3 dager på intensivavdelingen har s-kreatinin steget til 320 umol/l (ref. 45-90), og øvrige prøver viser følgende:

Hgb 9.7 g/dl (ref. 11,7 - 15,3),

leukocytter 18 (ref. 3,7 - 10,0),

CRP 280 mg/l (ref. <5),

Na 131 mmol/l (ref. 137 - 145),

K 5.9 mmol/l (ref. 3,5 - 4,4),

Ca 2.10 mmol/l (ref. 2,15 - 2,51),

Bikarbonat 8 mmol/l (ref. 22-26),

Albumin 27 g/l (ref. 36-45).

Hun behandles nå med bredspektrert antibiotika (3. generasjons cephalosporin) og væske iv (Ringer og NaCl) for å holde adekvat blodtrykk.

Hvilke andre ting bør man korrigere?

- A X** Hun bør få natrium-bikarbonat iv for å behandle en alvorlig acidose, og samtidig vil dette ha gunstig effekt på hyperkalemi
- B** Det bør gies albumin infusjon (2 flasker a 100 ml 20% Albumin) kombinert med Furix infusjon for å bedre sirkulasjonen og diuresen
- C** Hun bør få 2 ehnetter SAG blod for å heve Hgb til ca 11 g/dl pga dårlig O2 transport kapasitet
- D** Det bør startes hemodialyse for å korrigere nyresvikten

000015743038fa3647

69

En kvinne som er gravid i 1. trimester kommer til ditt legekantor med lette tegn til urinveisinfeksjon. Dyrkning av urinen viser rikelig oppvekst av E. coli. Du velger å starte behandling med antibiotika. Hvilket behandlingsopplegg bør du velge?

- A** Ciprofloxacin (Ciproxin) i 3 dager
- B** Cefuroxim (Zinacef) i 3 dager
- C** Trimetoprim (Trimetoprim) i 5-10 dager
- D X** Pivmecillinam (Selexid) i 5-10 dager

000015743038fa3647

70

En 60 år gammel kvinne har hatt hevelse og smerter i venstre legg i 3 dager. Du finner rubor i huden i et 10x5 cm stort område på øvre del av tykkleggen. Hun forteller at smertene kom på baksiden av leggen, nærmest som et piskeslag, og det har siden vært vedvarende smerte. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Erysipelas  
*Lite sannsynlig da det ikke er noen opplysninger om infeksjonstegn*
- B Dyp venetrombose  
*Smerteanamnesen er atypisk for DVT*
- C Overflatisk tromboflebitt  
*Oftest palperes den overflatiske tromben som hard streng*
- D X Rumpert bakercyste  
*Smerteanamnese og lokalisasjon er typisk*

0000157430386a3647

71

En ung mann innlegges med feber 4 uker etter han returnerte fra en reise i flere land i Øst-Afrika. Han har brukt malariaprofylakse (Malarone) uregelmessig under oppholdet. Er malaria en sannsynlig diagnose?

- A X Ja, fordi inkubasjonstiden ved malaria øker utover 2 uker ved uregelmessig malariaprofylakse
- B Nei, fordi malariaprofylakse er veldig effektiv selv om den brukes uregelmessig
- C Ja, fordi inkubasjonstiden for malaria i Øst-Afrika kan være opp til 2 måneder
- D Nei, fordi inkubasjonstiden ved malaria alltid er mindre enn 2 uker

0000157430386a3647

72

En 68 år gammel mann med kjent kronisk nyresykdom blir lagt inn etter 4 dagers sykehistorie med slapphet, parestesier og tungpust. EKG viser spisse T bølger og kalium verdi på 7.2 (ref. 3,5-4,4). Hvilken behandling er riktigst å gi initialt?

- A X Glukose og insulin iv  
*Riktig svar. Flytter kalium intracellulært.*
- B Betablokker
- C Kalsiumsalt po  
*Vil senke kalium, men ikke signifikant effekt før etter et døgn når gis peroralt. I en akutsituasjon vil det dersom det er indikasjon for kalsium gis intravenøst, og da gis det i tillegg til glukose / insulin*
- D Dialyse  
*Kan bli aktuelt dersom det foreligger nyresvikt og manglende respons på glukose og insulin behandling.*

0000157430386a3647

73

Hvilket medikament kan gi akutt fall i glomerular filtrasjonsrate (GFR)?

- A Nifedipin (kalsium blokker)
- B Paracetamol
- C [MISSING]
- D X Non-steroid inflammatoriske medikament (NSAID)

0000157430386a3647

74

Du tilser en kvinnelig pasient i akuttmottaket hvor det er mistanke om bakteriell meningitt. Pasienten har kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Hun blir spinalpunktert og du ber vakthavende mikrobiolog om å lage et utstryk og gjøre gram-farging. Mikrobiologen ringer deg etter 1 time og sier han ser gram-positive staver.

Hvilken bakterie er det mest sannsynlig at dette funnet representerer?

- A Hemophilus influenzae
- B X** Listeria monocytogenes
- C Pneumokokker
- D Clostridium perfringens

0000157430386a3647

75

En 30 år gammel mann med Diabetes type 1 av 15 års varighet kommer på allmennlegekontoret ditt, og kan fortelle at han har merket akutt innsettende filler i synsfeltet de siste 3 dagene på høyre øye.

Du undersøker ham og finner at det flyter sotflak rundt i rød refleks, men det er såpass dårlig innsyn at du ikke ser retina. Du mistenker diabetisk corpusblødning.

Hvordan skal du håndtere denne pasienten videre?

- A Reguleringen av hans diabetes må strammes opp, ny time fastlege for dette. Glasslegemeblødningen vil suges opp i løpet av 2-3 uker  
*Se ovenfor*
- B I første omgang avventes om naturen kan ordne opp. Kontrolltime fastlege 2 uker  
*Se ovenfor*
- C Henviser øyelege slik at tilstanden kan avklares i løpet av 2-3 uker
- D X** Henvises øyelege akutt da du ikke kan utelukke påfølgende amotio  
*Den overveiende sannsynlige årsaken til pasientens corpusblødning er en proliferativ diabetisk retinopati. Imidlertid kan man ikke uten videre utelukke at det foreligger en corpus vitreumavløsning med påfølgende amotio retinae som jo bør opereres raskt. Pasienten skal derfor henvises til øyespesialist som Ø.H. Corpusblødning som signal om rift i netthinnen med påfølgende amotio retinae er understreket i forelesning og forelesningsresyme. Begge ligger i læremiddelbanken.*

0000157430386a3647

76

En 50 år gammel kvinne kommer på allmennlegekontoret ditt, og kan fortelle at hun de to siste månedene har merket at rette linjer blir krokete når hun ser kun med høyre øye.

Ved undersøkelse finner du at hun på høyre side ser 0,1 og har et makulært hull. Papillen er normal. Hva forventes det å finne ved undersøkelse av den afferente pupillerefleks (direkte lysreaksjon)?

- A Lett redusert reaksjon  
*Se ovenfor*
- B X** Normal reaksjon  
*Ved en ren makulær skade og forøvrig normal retina vil den afferente (direkte) pupillereaksjonen være normal da de de ekstramakulære cellene som formidler pupillomotoriske stimuli er intakte. Disse utgjør et mye større antall tilsammen enn de pupillomotoriske cellene i makulaområdet. Dette nyttige kliniske poenget er understreket i forelesningsresymene og ditto nøye forklart.*
- C Såvidt påvisbar reaksjon  
*Se ovenfor.*
- D Opphevet reaksjon  
*Se ovenfor*

0000157430386a3647



77

En 26 år gammel kvinne med bipolar lidelse type 1 kommer til deg som hennes nye fastlege. Hun har tidligere vært medisinert med litium, som hun seponerte selv pga bivirkninger for 6 mnd siden, etter det vært umedisinert. Hun er nå økende deprimert og ønsker oppstart av medisinering raskt, men ikke litium.

Hvilket medikament er riktigst i dette tilfellet?

- A Valproat  
*Kan behandle aktuell depresjon, men ikke anbefalt som første eller andre valg. Forsiktighet ved bruk av valproat hos unge kvinner pga teratogen effekt. Kilde Nasjonale retningslinjer for behandling av bipolar lidelse, 2012 og RELIS*
- B Lamotrigin  
*Er anbefalt som andrevalg ved bipolar depresjon. Har lang opptrappingstid til antatt virksom dosering og har best dokumentert effekt som profylaktisk behandling for depresjon. Kilde Nasjonale retningslinjer for behandling av bipolar lidelse, 2012.*
- C SSRI  
*Antidepressiva kan brukes, men ikke som eneste medisinering. Kan gis som tillegg til stemningsstabiliserende medikasjon. Kilde Nasjonale retningslinjer for behandling av bipolar lidelse, 2012.*
- D X Quetiapine  
*Quetiapin er førstevalget for behandling av aktuell depresjon ved bipolar lidelse type 1. Kilde Nasjonale retningslinjer for behandling av bipolar lidelse, 2012.*

0000157430386a3647

78

En 48 år gammel mann, aktiv næringslivsleder, har siste halvåret har følt seg generelt trøtt og sliten. Han har også merket ubehag, en slags slitenhet, i høyre arm og i nakken. Han hadde vært hos sin fastlege som tok vanlig røntgen av nakke og skulder uten funn, og han fikk beskjed om at han var overarbeidet. Hos fysioterapeut fikk han vite at det var stive og ømme muskler i høyre arm, og fordi fysioterapeuten syntes å merke litt økt tonus i høyre hånd ble han henvist til nevrolog. Nevrologen finner at han er litt rigid i høyre armen, som ikke svinger med like store utslag som venstre arm når han går. Ellers er det normal nevrologisk status.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Cervikalt prolaps C6-7  
*Ingen sikre radikulerende smerter og ingen opplysninger om refleksutfall, sensoriske utfall, pareser eller Spurlings test.*
- B Cervikal osteochondrose med rotaffeksjon  
*Som over, dessuten normal rtg. av nakken*
- C Karpaltunnelsyndrom  
*Smertene stråler oftest ut i finger 1-3, men det kan også være smerter mer proksimalt. Ingen opplysninger om risikofaktorer (ensidig bruk av hånd/underarm), sensoriske utfall eller Phalens og Tinels tegn.*
- D Motonevronsykdom  
*Ingen opplysninger om hverken sentrale eller perifere pareser, eller om fasciculasjoner*
- E X Parkinsons sykdom  
*Rigiditet og manglende medbevegelse av armen, og ensidige start er typisk. Smerter og ubehag kan ofte forekomme*

0000157430386a3647

79

Mennesker som er dømt til tvungen psykiatrisk behandling er helsevesenets ansvar.

Hvor skal disse oppholde seg?

- A X Hvor som helst
- B I psykiatriske institusjoner med låst dør
- C I rettspsykiatriske avdelinger
- D I fengsel

0000157430386a3647

80

En 69 år gammel kvinne er henvist til MR på grunn av uspesifikk hodepine og får påvist et intrakranielt aneurisme. Neurokirurgisk behandling ikke indisert da risiko ved behandling overstiger potensiell risiko med å gå ubehandlet i hennes aldersgruppe. Hun lurer på om det er noe annet hun kan gjøre for å redusere risiko for subaraknoidalblødning. Hvilke råd skal du anbefale henne?

- A X** Blodtrykksbehandling dersom blodtrykket er høyt samt røykeslutt dersom hun røyker  
*Røyking og hypertensjon er de to sterkeste risikofaktorene for subaraknoidalblødning. Risiko for subaraknoidalblødning blir kraftig redusert dersom BT holdes i normalområdet og pasienten slutter å røyke.*
- B** At hun tar tran og unngår trans-fett i kosten
- C** Regelmessig fysisk aktivitet samt statinbehandling dersom man finner forhøyet kolesterol  
*Statinbehandling har så lang man vet ingen påvirkning på risiko for aneurismeruptur. Det er ukjent om fysisk aktivitet reduserer eller øker risiko for aneurismeruptur*
- D** At hun tar et glass rødvin daglig og forsøker å unngå stress

0000157430389a3647

81

En pasient får påvist betydelig synsfeltutfall og det er mistanke om rask progresjon. MR viser en stor hypofysetumor. Det er viktig at du vet blodverdien for ett spesielt hormon da en forhøyet prøve av dette vil kunne medføre at pasienten ikke blir operert. Hvilket hormon er dette?

- A** Thyroxin
- B X** Prolaktin  
*Om dette er forhøyet skal ikke pasienten opereres men behandles medikamentelt. Vet endring av alle andre hormoner skal det opereres.*
- C** Cortison
- D** Veksthormon

0000157430389a3647

82

En 19 år gammel gutt er utredet ved psykiatrisk poliklinikk og har fått diagnostisert en ADHD. Han opplever mye ubehag av konstant indre uro, "som en motor som durer og går". Han har hørt at et "narkotikum" kan hjelpe. Hvilken medikamentgruppe er det mest sannsynlig at han sikter til?

- A X** Sentralstimulerende midler
- B** Benzodiazepiner
- C** Cannabinoider
- D** Opiater

0000157430389a3647

83

Tvangsinnleggelse i psykiatri har som hovedkrav at man har en alvorlig sinnlidelse. Hva er de mulige tilleggskravene?

- A X** Risiko for forverring. Risiko for tapt bedring. Fare for eget eller andres liv
- B** Fare for eget eller andres liv. Vedvarende vanskjøtsel. Manglende behandlingsrespons
- C** Risiko for forverring. Risiko for tapt bedring. Fare for større tap
- D** Risiko for forverring. Risiko for materielle skader. Fare for eget eller andres liv

0000157430389a3647

84

Ca 1 % av befolkningen har en schizofrenilidelse. Disse behøver ofte sammensatte rehabiliteringstiltak hvorav medisin er bare ett. Hvor lenge er det anbefalt at folk står på antipsykotisk medisin etter at diagnose schizofreni først gang er satt?

**A X** 2 år

*I hht nasjonale og internasjonale retningslinjer, som igjen er basert på forskning og konsensus. Dette er undervist. Viktig at allmennleger bidrar til at pasienten tar medisin lenge nok og at avslutning vurderes når det har gått lang nok tid.*

**B** Ut livet

**C** 6 mnd

**D** 10 år

0000157430386a3647

85

En mann på 45 år gar nylig blitt frisk etter en depressiv episode av 9 mnd varighet. Han har startet jobb igjen etter 100% sykemelding, og er nå 50% sykemeldt. Startet med SSRI for 10 uker siden med bra effekt. Ut fra journalen fremkommer det at han har hatt 3 depressive episoder tidligere, den første da han var 36 år. Han kommer til kontrolltime hos deg, som hans fastlege, med ønske om informasjon om hvordan han skal gjøre det med SSRI fremover?

Hvilken medikamentell behandlingsstrategi er anbefalt for ham?

**A** Bruke SSRI i ytterligere 4 mnd, deretter seponere gradvis over 2-4 uker.

*Det er anbefalt behandlingstid på minimum 6-9 mnd varighet om det er første eller andre markante depressive episode som har respondert på behandling, men hvis det er flere enn 2-3 markante episoder tidligere anbefales fast/profylaktisk behandling iom at faren for nye episoder øker med antall tidligere episoder*

**B** Fortsette med SSRI i 1 mnd, deretter seponere med nedtrapping over 2-4 uker

*Kortere behandlingstid enn anbefalt med betydelig økt risiko for relapse og nye episoder*

**C** Fortsette å bruke SSRI fast, men redusere dosen til det halve.

*Ved ønske om profylaktisk behandling med antidepressiva er det anbefalt å vedlikeholde samme dosering som var virksom for behandling av den depressive episoden*

**D X** Fortsette å bruke SSRI i samme dosering på ubestemt tid

*Når det har vært 2-3 markante tidligere depressive episoder er det betydelig økt risiko for nye episoder og det er derfor anbefalt profylaktisk behandling med antidepressiva*

0000157430386a3647

86

En 26 år gammel tidligere frisk kvinne blir tatt med av sin mann til legevakten. Hun har fremstått nærmest hysterisk de siste dagene og hevder hun kan høre at deres to barn roper på henne. Det kommer frem at deres to barn døde i en bilulykke for 10 dager siden, og etter dette har kvinnen fremstått agitert, desorganisert og usammenhengende. Hun vil ikke spise da hun mener maten er forgiftet, og tror sykepleierne i akuttmottaket vil skade henne. Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

**A X** Akutt forbigående polymorf psykose

*Sykehistorie med plutselig debut, hallusinasjoner, disorganisert atferd og en uttalt stressor. Varighet mindre enn 1 mnd, før spontan remisjon.*

**B** Alvorlig depresjon med psykose

*Ikke åpenbare depressive kjernesymptomer til stede, dessuten kort sykehistorie med spontan bedring.*

**C** Schizofreni

*Ikke typisk innsykning, ingen tidligere historikk, passer heller ikke med spontan remisjon.*

**D** Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

*Sykehistorien passer ikke helt, og det er uansett for kort tid mellom traume og eventuell diagnose.*

0000157430386a3647

87

En 34 år gammel kvinne er henvist til vurdering hos psykiater etter råd fra sin mor. Pasienten bor hjemme sammen med sin mor, og har i mange år vegret seg for å ta avgjørelser uten at moren trykker og beroliger henne i hennes valg. Hennes mor følger henne også til dagens konsultasjon. Mor forteller at pasienten blir redd når moren forlater huset, da hun er redd moren vil dø og at hun da vil måtte ta vare på seg selv, noe hun ikke føler seg kapabel til.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Sosial fobi
- B Paranoid personlighetsforstyrrelse
- C X Avhengig personlighetsforstyrrelse

*Dette er en PF kjennetegnet ved vedvarende passiv tillit til at andre personer tar de store og små avgjørelsene for en, sterkt frykt for å bli sviktet, følelse av hjelpeløshet og inkompetanse, passiv ettergivenhet for andres og eldres ønsker, og liten evne til å møte dagliglivets krav. Dette passer godt med vignetten.*

- D Engstelig, unnvikende personlighetsforstyrrelse

0000157430386a3647

88

En 71 år gammel mann oppsøker fastlegen pga søvnvansker. Han er svært trøtt på kvelden, legger seg ved 21 tiden. Våkner ved 03-tiden og ligger og vrir seg frem til han står opp kl 06. Det har vært slik i flere år.

Hva er den mest sannsynlige søvnlidelsen?

- A X Fremskutt søvnfasesyndrom
- B Insomni
- C Søvnapnø
- D Irregulær søvnrytme

0000157430386a3647

89

Du har en mannlig pasient på 45 år på fastlegekontoret. Han har registrert pustestopp på natten og han har vært til søvnregistrering som har vist en apnø-hypopnø indeks (AHI) på 7. Han har BMI på 35 og ved undersøkelsen finner du at han har underbitt (retrognati) med dårlig tannstatus, kort hals og moderat forstørrede mandler. Han er ikke dagtrøtt men snorker kraftig, noe som forstyrrer kona. Hvilket tiltak vil være mest aktuelt for å hjelpe ham?

- A Henvvisning til CPAP tilpasning  
*Dårlig compliance (sjanse for å akseptere behandlingen) når det ikke er dagtrøtthet. Ikke medisinsk nødvendig pga svært lettgradig søvnapnø*
- B Henvvisning til tilpassing av bittskinne  
*Uaktuelt ved dårlig tannstatus, refusjon bare hvis manglende effekt av CPAP*
- C Henvvisning til fjerning av mandler (tonsillektomi)  
*Operasjonsrisiko, spesielt økt ved slik overvekt. Dessuten redusert effekt ved høy BMI*
- D X Hjelp til vektreduksjon  
*Han er overvektig med kun lett søvnapnø uten helsekonsekvenser ellers. Vektreduksjon vil ha minst like god effekt som andre tiltak uen kostnader og risiko og vil uansett redusere effekten av andre tiltak hvis den ikke adresseres*

0000157430386a3647

90

Ei jente på 12 år har kommet på kontoret ditt til undersøkelse fordi hun hører dårligere på venstre øre. Du gjør en otoskopi hvor du ikke ser noe sikkert galt, men du er usikker på om det er væske i mellomøret. Du bestemmer deg for å supplere med stemmegaffelprøver (Weber og Rinne). Hvilke funn vil du gjøre dersom det er et mekanisk tap på det venstre øret?

- A X Weber går mot venstre og Rinne er negativ (sterkest mot benet bak øret) på venstre side  
*Weber differensierer mot syk (venstre) side ved mekanisk hørselstap. Hadde det vært et nevrogen hørselstap ville den differensiert mot frisk (høyre) side. Rinne vil være negativ (sterkest mot benet bak øret) ved mekanisk hørselstap.*
- B Weber går mot høyre og Rinne er positiv (sterkest utenfor øregangen) på venstre side
- C Weber går mot høyre og Rinne er negativ (sterkest mot benet bak øret) på venstre side
- D Weber går mot venstre og Rinne er positiv (sterkest utenfor øregangen) på venstre side

0000157430386a3647

91

Du er i sykebesøk hos en eldre kvinne på 78 år. Hun blør nokså kraftig neseblod fra høyre nesebor. Du har tampong i form av gasstrimmel med salve og du får gjort en fremre tamponade. Det stopper å blø fortil men blør nå rikelig bakover i svelget. Dermed blir du enig med deg selv om at du må legge en bakre tamponade i tillegg.

Hva slags utstyr trenger du da i tillegg til tampong?

- A Merocel (polyvinyl alkohol) selvekspanderende tampong  
*Gir for lite trykk, kun ved beskjeden fremre blødning*
- B Surgicel el lignende hemostatisk materiale  
*Kan bare pakkes på synlig blødende sted, ikke effektivt nok*
- C Tupfer knyttet på en tråd  
*Får ikke plassert denne baktill i nesen uten hjelp av kateter for å trekke den inn i epyfarynx, dessuten nødvendig med ekstra tråd påknyttet for senere fjerning*
- D X Urinkateter med ballong  
*Riktig svar. Kan stanse bakre neseblødning med dette.*

0000157430386a3647

92

Du blir tilkalt til en 19 år gammel kvinne med krampeanfall. Du kommer til etter 15 minutter. Hun ligger med lukkede øyne. Anfallet pågår. Det er hodebevegelser fra side til side og rykk i alle fire ekstremiteter.

Hvilken type anfall er mest sannsynlig?

- A Alkoholabstinens-anfall
- B Status epilepticus
- C X Psykogen non-epileptisk anfall (PNES)  
*Protraherte anfall med lukkede øyne og bevegelser fra side til side er karakteristisk for PNES.*
- D Hyperventilasjonsanfall
- E Fokalt anfall med nedsatt bevissthet (komplekst partielt) og motoriske symptomer

0000157430386a3647

93

Et legemiddel mot epilepsi skiller seg ut når det gjelder fosterskadelig effekt. Det bør derfor ikke brukes hos kvinner i fertil alder.

Hvilket?

- A Gabapentin
- B Lamictal
- C X Valproat  
*I 2014 ble det sendt ut sikkerhetsinformasjon om valproat fra European Medicines Agency der det frarådes å bruke valproat under svangerskap pga. både teratogen effekt og mulig utviklingsforstyrrelse hos barnet.*
- D Levetiracetam
- E Karbamazepin

0000157430386a3647

94

En mann på 40 år har falt fire meter ned fra en stige og landet med hodet mot asfalten. Han har GCS skår på 10 ved undersøkelse i akuttmottaket. CT viser en kontusjoner i begge frontallapper. Han legges først på en nevrointensiv avdeling. I løpet av de neste dagene blir han kjekkere og overflyttes etter fire dager til en rehabiliteringsavdeling. Han roter med tid og klarer ikke å huske informasjon om hva som har skjedd. Han er veldig rastløs og vil hele tiden ut av rommet for å røyke eller gå på toalettet. Du har vakt, og en sykepleier fra avdelingen ringer deg om kvelden og ber deg komme. Pasienten ønsker å reise hjem, og han har ringt en kollega som skal komme for å kjøre han hjem. Pasienten bor alene. Når du kommer står pasienten ved døra med yttertøyet på. Han insisterer på at han skal skrives ut og sier han er helt frisk. Han sier han må ha PC en sin for å forberede et møte på jobben dagen etter. Sykepleieren sier at det ikke nytter å forklare han at han må være der. Det er heller ingen pårørende som har anledning til å komme før dagen etter. Hva er det riktig at du gjør?

- A** Du vurderer han til ikke å være samtykkekompetent og oppretter tvang etter psykisk helsevernloven § 3-2.  
*Feil - du mistenker organisk delir / forvirring og ikke psykose. Videre er det ikke for å behandle hans psykiske lidelse men for å berge hans somatiske helse du fatter vedtak. da er det annet svar (Pas rett lov§4a) som er riktig.*
- B** Du vurderer han til ikke å være samtykkekompetent og holder han tilbake.  
*Feil, du må vise til et lovverk - andre svar her er åpenbart mere riktig.*
- C** Du vurderer han samtykkekompetent og at han derfor har rett til å nekte å motta helsehjelp. Du lar han dra og journalfører at han skriver seg ut på eget ansvar.  
*Feil, i hht pasientrettighetsloven §4a har vi plikt til å gi ham helsehjelp, han er ikke for samtykkekompetent å vurdere.*
- D X** Du vurderer han til ikke å være samtykkekompetent og fatter vedtak etter pasientrettighetsloven § 4a.  
*Dette er det mest riktige av alternativene. Man kunne alternativt påberopt seg nødrett etter Strl §17 men det er ikke et svaralternativ her.*
- 

000015743038fa3647

95

En kvinne på 20 år kommer til lege fordi hun får smerter i høyre armen når hun bruker den, for eksempel ved skrijving og pianospilling. Hun røyker ikke. Ved undersøkelse finner du at systolisk blodtrykk i armen er lavere på høyre side (75 mmHg) enn på venstre (120mm Hg). Det er stenose lyd over høyre arteria subclavia. Normale funn ved auskultasjon av lunger. Urinstix: Negativ.

Blodprøver viser:

Hb 12.0 g/dl (11.7-15.3 g/dl)

CRP 20mg/l (<5 mg/l)

SR 33 mm/time (1-19 mm/time)

Kreatinin 85µmol/L (45-90 µmol/L)

ALAT 40 U/L (10-45 U/L)

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A** Aterosklerose  
*Denne diagnosen er usannsynlig pga alder, kjønn og at hun ikke røyker. Athereosklerose gir heller ikke forhøyet CRP og SR*
- B** Wegeners Granulomatose / Granulomatose med polyangitt (GPA)  
*GPA er en vaskulitt som affiserer luftveier og nyrer, ikke store arterier*
- C X** Takayasu arteritt  
*Riktig. Dette er en vaskulitt som affiserer store kar og debuterer som regel før 40 år. Kriterier for diagnose er lav alder, klaudicatio i overekstremiteter, forskjell på mer enn 10 mm Hg mellom armer og stenose lyd over arteria subclavia*
- D** Revmatoid artritt  
*Dette passer ikke med RA som gir symmetrisk artritt, ikke vaskulitt i store kar*
- 

000015743038fa3647

96

En 73 år gammel mann kommer med ett års sykehistorie med tilbakevendende leddhevelser og smerter. Det begynte med smerter i venstre kne, siden tilsvarende i høyre ankel. Kommer nå med smerter og hevelse i venstre håndledd som startet for 2 dager siden. Tidligere sykehistorie inkluderer lettgradig nyresvikt, type 2 diabetes, hjertesvikt og overvekt. Hans medisiner inkl Burinex (bumetaide, vann drivende), Zestril (lisinopril, ACE hemmer), Zocor (simvastatin, kolesterol senkende) og Metformin (metformin, senker glukose). Ved undersøkelse betydelig overvekt. Håndleddet er rødt, varmt og med hevelse (synovitt). Hvilken undersøkelse vil trolig gi deg mest informasjon om årsaken til plagene i håndleddet?

- A Serum urat  
*Alder, hjerte nyre svikt og vandrivende gjør at en kan mistenke om urinsyregikt og høy urat kan støtte en slik diagnose, men normal prøve utelukker ikke urinsyregikt da serum urat kan være normal under anfall (urat syre utfelt)*
- B Erythrocytt sedimentation rate/senkning (SR)  
*Uspesifikk*
- C X Synovialvæske analyse  
*Krystaller ved mikroskopi kan evt bekrefte diagnose urinsyregikt i tillegg kan leddvæsken undersøkes med spørsmål om infeksjon som er en aktuell diff diagnose*
- D Reumatoid faktor  
*Uspesifikk*

0000157430386a3647

97

Du er fastlege for en 55 årig mann. Han har stabil sosial situasjon med ektefelle og arbeid gjennom mer enn tyve år. Du kjenner ham rimelig godt. Han er relativt frisk bortsett fra tendens til lett forhøyet blodtrykk og lett forhøyet blodsukker. Du har fulgt ham opp over tid. Du har gitt generelle råd om kosthold og mosjon. Han bruker foreløpig ingen medikamenter. Ved tidligere konsultasjon har du fått opplyst at han har vært psykisk helt frisk. Du har ingen holdepunkter for at han bruker mer alkohol enn folk flest. Han følges nå til akutt-time av kona. Hun forteller at han de siste par ukene har blitt helt forandret. Han har blitt økende urolig og søvnløs. De siste tre dagene har han ikke maktet å gå på jobb. I dag morges fikk han noe som kona beskriver «som et anfall». Han ble svært urolig, pustet fort, ble fjern og rar. Han klagde over at «det prikket» i hele kroppen. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Epileptisk anfall
- B Hyperglykemi
- C X Depressiv episode  
*Typiske depressive funn med morgenforstemning etc*
- D Panikk lidelse

0000157430386a3647

98

En 45 år gammel mann blir innlagt med paralyse i venstre arm og parese i venstre bein. Han får trombolytisk behandling på mistanke om hjerneinfarkt, men uten klinisk effekt. CT dagen etter viser dessverre et etablert infarkt i hele forsyningsområdet til a. cerebri media på høyre side. Han blir tretttere og faller på Glasgow Coma scale fra 15 til 13 og du har mistanke om såkalt malignt media-infarkt med sekundært høye intrakraniale trykkforhold. Hva er beste behandling i dette tilfellet?

- A Ekstern ventrikkeldrenasje
- B Hypertont saltvann
- C Mannitol
- D X Hemikraniektomi  
*De andre behandlingene senker også intrakranielt trykk, men evidensgrunnlaget for tidlig hemikraniektomi er langt bedre og bør derfor foretrekkes ved malignt mediainfarkt.*

0000157430386a3647

99

En 32 år gammel kvinne med velkontrollert revmatoid artritt med Methotrexat (MTX) 15 mg x1 / uke kommer på legekantoret og forteller at hun og samboeren ønsker seg barn. Hun er redd for om leddgikten skal øke på.

Hva er det mest passende tiltaket?

- A Kontinuere MTX s.c og starte med prednisolon 20 mg x1 p.o  
*MTX kontraindisert og bør seponeres*
- B Kontinuere MTX s.c og legge til folsyre 1 mg x 1 p.o  
*MTX kontraindisert i svangerskap , bør seponeres minst 3 mnd før svangerskap  
Konferer med revmatolog eller Nasjonalt kompetanse senter for mødre med revmatisk sykdom om usikker*
- C X Seponere MTX og starte med folsyre 1 mg x1  
*MTX skal seponeres før 3 mnd svangerskap , de som bruker MTX står vanligvis på folsyre allerede og en kontinuerer dette gjennom hele svangerskap, for øvrig er det anbefalt m folsyre tilskudd til alle gravide  
Konferer med revmatolog eller Nasjonalt senter for mødre med revmatisk sykdom*
- D Seponerer MTX s.c og starte med prednisolon 20 mg x1 p.o  
*MTX kontraindisert i svangerskap og bør seponeres . Evt annen behandling vil være avhengig av aktivitet ,om prednisolon er nødvendig forsøker en holde <10 mg , evt intraartikulære steroider .  
Konferer med revmatolog eller Nasjonalt senter kompetanse senter for mødre med revmatisk sykdom*

0000157430385a3647

100

En 26 årig student i Trondheim kommer til legekantoret. Han har flere kamerater som har fått kusma, han er usikker på om han fikk MMR vaksinen som barn. Han har Ankyloserende spondylitt og behandles med Remsima (anti –TNF) ellers frisk. Han har hørt at studenter som har venner som er smittet blir tilbudt vaksine og kommer til deg for å spørre om dette.

Hvilken informasjon er det riktig at du gir ham?

- A I og med at han står på anti-TNF sier du at han kan være mer utsatt for infeksjoner og straks skal få kusma vaksinen  
*Stemmer at er mer utsatt for infeksjoner og en anbefaler vaksiner før oppstart, men levende vaksiner er kontraindisert under anti-TNF behandling og må derfor vurderes nøye, konferer*
- B X I og med at han står på anti-TNF sier du at han kan være mer utsatt for infeksjoner, men det kan være kontraindisert med kusma vaksinen  
*Anbefaler vaksiner før oppstart, men levende vaksiner er kontraindisert ved anti-TNF behandling og må vurderes nøye i forhold til faren av den aktuelle sykdommen. Kusma vaksinen er levende, konferer.*
- C I og med at han står på anti-TNF sier du at han er beskyttet mot infeksjoner og ikke trenger kusma vaksinen  
*Anbefaler vaksiner før oppstart biologisk behandling , men OBS levende vaksiner er kontraindisert under anti-TNF behandling*

0000157430385a3647