

**2016 - IIID - MD4062 - eksamen 2**  
**Eksamensdato: 2016-10-18**

1

Et allmennmedisinsk notat bør ha en PSOAP struktur.

Hvilken struktur har det følgende notatet?

"Halssmerter. Siste uke forkjølelse, deretter smerter i hals. Ikke feber. Tidligere hatt streptokokk halsbetennelse. God allmenntilstand. Cavum oris: Rød bakre svelgvegg. Normale tonsiller. Collum: ingen forstørrede glander. Strep test: negativ. CRP<5. Sannsynligvis viral infeksjon."

A POAP

B PSAP

C SOAP

D X PSOA

*P=problem*

*S= sykehistorie (subjektivt)*

*O=observasjon (objektivt)*

*A=analyse*

*P=plan*

*Dette notatet mangler den siste P for plan*

0000158073b7c795a5

2

Salutogenese er en teori om kildene til helse som ble formulert av sosiologen Aaron Antonovsky rundt 1979. Salutogenesen representerer en motsats til den medisinske patogenesen som vektlegger årsaker til sykdom. Salutogenese-teorien ble utviklet på bakgrunn av kvalitative intervjuer med mennesker som hadde overlevd opphold i konsentrasjonsleir under krigen og senere rapporterte at de hadde det godt. Sentralt i teorien står noen sentrale fenomener/tema. Hvilke er det snakk om?

A At et menneske har sterke og gode relasjoner til andre i familie og/eller nærmiljø, at man bryr seg om å hjelpe andre mennesker, og at man er kulturelt engasjert (strong relationships, helping kindness, cultural engagement)

*Alt det ovennevnte er nok sunt, men inngår ikke som essensen i salutogenesen slik Antonovsky formulerte den*

B At man tar godt vare på sin egen kropp i form av sunt kosthold, fysisk aktivitet, ikke røyke, måtehold med alkohol (nutrition, exercise, nonsmoking, alcohol-in-moderation)

*Sunne forslag, ikke essensen av selve salutogenesen. Inngår i mer tradisjonelt forebyggende medisinsk arbeid*

C X Om et menneskes livssituasjon oppleves som meningsfylt, at livssituasjonen lar seg forstå, og at livssituasjonen byr på utfordringer som oppleves som overkommelige (meaningful, comprehensible, manageable)

*Som undervist i IIC*

0000158073b7c795a5

3

Pasienten er 52 år gammel, jobber som overlege på gynekologisk og obstetrisk avdeling. Ny robotteknologi som har færre postoperative komplikasjoner har vunnet frem og legene på avdelingen subspecialiseres til å gjøre standardiserte operasjoner, da det er krav om mer effektiv behandling på kreftområdet. Hun er fast ansatt 100%, men arbeider ofte 10-12 timer overtid i uka og har lange vakter av 16-19 timers varighet. Hun opplever det vanskelig å tilpasse seg ny teknologi og synes at kravet om tilstedeværelse på natt sliter på henne. Hun begynner å miste lysten til å jobbe og trekker seg fra sosiale sammenhenger på jobb. En kveld feilvurderer hun symptomer tydende på preeklampsi hos gravid kvinne og hun foretar senere på natten katastrofeseccio, hvor barnet overlever og mora dør. Etter dette blir overlegen gradvis mer og mer trist og sykmeldes med depresjon av fastlegen. Fastlegen vurderer å sende inn blanket 154b (Melding om arbeidsrelatert sykdom eller skade) på mistanke om arbeidsrelatert sykdom.

Hvilke tre mulige årsaksfaktorer vil være mest riktig å skrive i meldingen?

A Høye kvantitative krav, rollekonflikt og midlertidig stilling

*ikke alt*

B X Emosjonelle krav, vaktarbeid med lange økter, omstilling

*Her er alt*

C Skiftarbeid med overtid, ensidig arbeid og akkordlønn

*Ikke alt*

D Nattarbeid, nedbemanning, og lav støtte fra kollegaer

*Framgår ikke*

0000158073b7c795a5

4

Det finnes to prinsipielt forskjellige strategier å gripe til i forebyggende helsearbeid. Hva kalles disse to strategiene innenfor det forebyggende helsearbeidet?

- A X Høyrisikostrategi og populasjonsstrategi
- B Kommunestrategi og nasjonal strategi
- C Behandlingsstrategi og atferdsstrategi
- D Forebyggende og helsefremmende strategi

0000158073b7c795a5

5

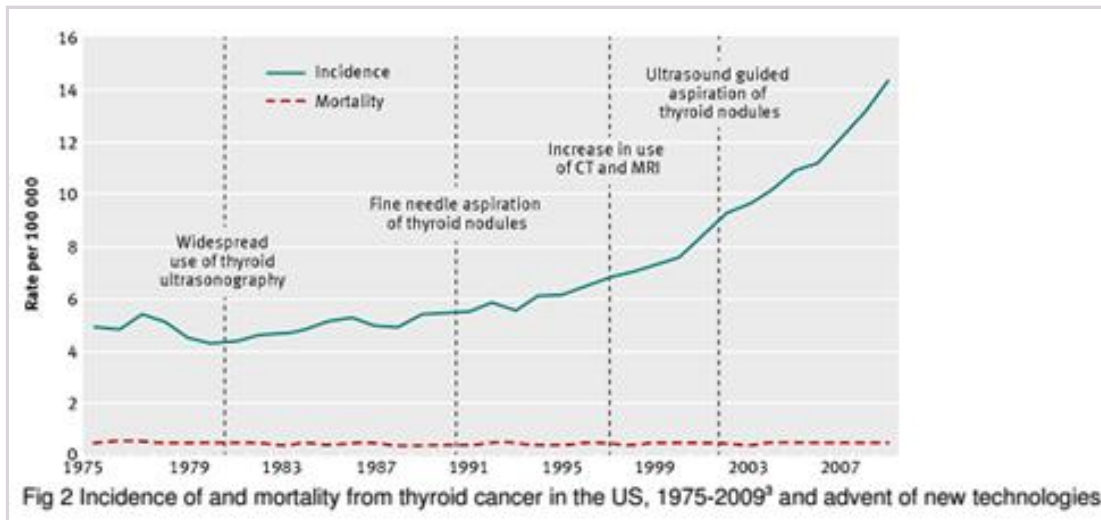
Som lege på vakt blir du bedt om å komme til fødeavdelingen. En ung kvinne har kommet inn for 15 minutter siden og har det ikke bra. Blodtrykket er kraftig forhøyet og hun sier at hun har vondt i magen og i hodet. Man har ikke rukket å få svar på prøvene ennå og jordmor er urolig for eklampsi. Hvordan skal denne tilstande behandles?

- A Antibiotika
- B Væske, hvile, varme og omsorg
- C X Igangsette fødsel  
*Rett svar Igangsette fødsel*
- D Blodtrykkssenkende legemidler

0000158073b7c795a5

6

I henhold til publikasjoner i bl.a. British Medical Journal (2012-13) har insidensen av thyroidea-cancer i USA øket jevnt de senere tiårene. Mortaliteten av sykdommen har samtidig forblitt uendret (se figur fra Brito JP et al. BMJ 2013). I Sverige, Japan og Kina har insidensen av thyroideacancer forblitt uendret. Forklaringen bak utviklingen i USA (økt insidens og uendret mortalitet) kan være sammensatt.



Hvilket av de følgende argumenter gir den mest konsistente forklaringen, dersom du må velge ett?

- A** Mer avansert teknologi gjør at man får bedre diagnostikk, spesielt av små papillære tumores som utgjør 90% av det totale antallet thyroideacancere  
*Dette er et korrekt faktum, men forklarer ikke uendret mortalitet*
  - B** Økt bruk av avansert teknologi leder til at man identifiserer stadig flere små cancere i thyroidea. En stor del av disse kan ved hjelp av supplerende undersøkelser klassifiseres som "pseudodisease" som ikke behøver videre og behandling  
*Man evner per idag (2013) ikke å skille mellom farlige og ufarlige cancere. Dvs man vet IKKE hvem som har reelt malign sykdom og behov for radikal terapi. Dvs "psuedodisease" er et statistisk meningsfylt begrep men klinisk ikke anvendbart (overfor den enkelte person)*
  - C X** Økt bruk av avansert teknologi leder til at man identifiserer stadig flere små tumores. Det viser seg imidlertid at tidlig diagnostikk av stadig flere svulster ikke reduserer den samlede dødelighet av thyroideacancer  
*Rett*
  - D** Mer avansert teknologi gjør at man oppdager stadig mindre thyroideasvulster på et tidlig stadium, men en stor del av cancerdiagnosene beror på "falsk positive" svar som forklarer insidensløkningen  
*Falsk positive svar er ikke identiske med cancerdiagnose, derfor blir andre halvdel av argumentet feil*
- 

0000158073b7c795a5

7

Som fastlege møter du en 50 år gammel mann som har hatt smerter i venstre skulder de siste 5 dagene. Ikke noe kjent traume, men har drevet med flytting siste helg og båret mye tungt. Ved undersøkelse finner du ved aktiv bevegelse innskrenket og smertefull abduksjon. Ved isometriske tester smertefull abduksjon og utadrotasjon. Normal kraft. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A X** Supraspinatus tendinose/ tendinitt  
*Korrekt*
  - B** Skulderkapsulitt (frozen shoulder)  
*Feil. Funn ved funksjonsundersøkelse av skulder er dominert av nedsatt aktiv og passiv bevegelse i et kapsulært mønster. Vanligvis idiopatisk - selv om kan være foranlediget av fall/traumer mot skulder. Oftest alder >45 år. Allmenntmedisinboka 2013 s. 380*
  - C** Rotator cuff skade  
*Feil*
  - D** Muskulære smerter
- 

0000158073b7c795a5

8

Hvilke av de følgende kjennetegn karakteriserer i større grad organspesialistens arbeidsteknikker til forskjell fra allmennlegens?

- A** Tiden som diagnostisk hjelpemiddel
  - B X** Liten forhåndskjennskap til pasienten  
*En viktig forskjell i arbeidsmåten mellom allmennleger og organspesialister er hvilken kjennskap man har til pasienten fra tidligere. I en fastlegepraksis kjenner legen ofte pasienten fra før - mens for en organspesialist er de fleste pasienten lite eller ikke kjent fra før (selv om unntak finnes selvfølgelig). Pasientsentrert tilnærming, trinnvis diagnostisk utredning og tiden som diagnostisk hjelpemiddel - er andre særtrekk ved allmennlegens arbeid. Se tabell 1.5.4, side 102 i Allmenntmedisin 2013. Forelest intro forelesning i allmenntmedisin.*
  - C** Pasientsentrert tilnærming
  - D** Trinnvis diagnostisk utredning
- 

0000158073b7c795a5

9

Vi møter nå begrepet «allostatisk belastning» i forskning på utvikling av helse og sykdom, med utspring blant annet i fagmiljøet rundt Bruce McEwen ved Rockefeller Universitetet i USA. Allostasebegrepet knyttes igjen (av de sistnevnte forskerne) til en tredelt typeinndeling av stress. Hvilke tre kategorier av stress er det her snakk om?

- A X Positivt, tolerabelt og toksisk stress
- B Psykisk, sosialt og fysisk stress
- C Oksidativt stress, cellealdring, mitokondrielt stress
- D Kortisolstress, vagalt stress, sympaticus-stress

0000158073b7c795a5

10

Hvilket av følgende kommunikative utsagn kan klassifiseres som typisk pasientsentrert, i henhold til 4 (eller 5) F-er som huske-knagger for å skape effektive konsultasjoner?

- A "Da er vi enige om å starte med tablettbehandling. Har du noen preferanser med tanke på valg av blodtryksmedisin?"  
*Man kan snakke om brukermedvirkning her, men involvering i detaljerte preparatvalg er ikke noen essens av pasientsentrert metode der målet er effektiv, klinisk kommunikasjon på et mer overordnet nivå.*
- B "Jeg skjønner at du er veldig redd for kreft. Det tror jeg ikke du har. Men det er best å utrede deg litt, for sikkerhets skyld"  
*Dette kan sies å være en aktuell måte å følge opp pasientens følelser/frykt/bekymring på. Men utsagnet gjenspeiler ikke direkte en av "F-ene"*
- C "Da møtes vi igjen om to uker. Fram til du kommer neste gang, ber jeg deg noterer plagene dine i en dagbok, så vi får bedre oversikt"  
*Relevant arbeidsteknikk, peker mot det pasientsentrerte elementet "Følger" ("Funksjon") i hverdagen, men kan ikke kalles en typisk pasientsentrert ytring.*
- D X "Jeg antar at dette gir deg en god del plager. Kan du beskrive hvordan dette påvirker deg i løpet av en typisk dag?"  
*Dette spørsmålet går rett på temaet FUNKSJON/FØLGER (to varianter av den samme F-en). De andre F-ene er som kjent: Forestillinger, Forventninger til legebesøket, Følelser (noen vil her si frykt/bekymringer). Dertil kommer Forutsetninger (hvem er pasienten som person) som en eventuell F nr 5. Kilde: Læreboka Allmenntidning 2013 s. 75, og forelesninger i IIIC.*

0000158073b7c795a5

11

En kvinne på 53 år oppsøker deg da du er hennes fastlege. Hun har tidligere vært frisk, og bruker ingen faste medisiner. Hennes far ble for mange år siden behandlet for hudkreft, og fikk jevnlig oppfølging av lege i 3 år grunnet dette. Hun viser nå frem en 1,2 x 0,9 cm stor, mørk pigmentert hudlesjon lokalisert til høyre underarm. Hun synes lesjonen har vokst, endret form og blitt mørkere på farge siste året. Du ser en melanocytær nevus med asymmetrisk pigmentering, flere fargesjatteringer og et lite erodert område. Du fjerner den med god margin, og den viser seg histologisk å være malign. Hva er den viktigste prognostiske faktoren med tanke på overlevelse når det gjelder den typen tumor som ble fjernet hos kvinnen?

- A X Lesjonens tykkelse  
*Ja, Breslows tykkelse er viktigste faktor med tanke på prognose ved malignt melanom. Også viktig faktor med tanke på hvor lenge lesjonen skal følges opp. Se retningslinjer for oppfølging av malignt melanom.*
- B Lesjonens størrelse i diameter  
*Nei, kan være store lesjoner ved lentigo maligna som kan ha god prognose.*
- C Familær disposisjon  
*Kan være viktig med tanke på risiko for å få malignt melanom, men ikke for prognose for det aktuelle melanom*
- D Antall solforbrenninger som barn  
*Antall forbrenninger generelt (ikke bare som barn) viktig med tanke på risiko for å utvikle malignt melanom, men ikke for prognose for det aktuelle melanom*

0000158073b7c795a5

12

Hvilken leversykdom gir typisk ASAT / ALAT ratio > 2 ?

- A Primær biliær cirrhose (PBC)  
*Ved PBC finnes typisk cholestatisk lab.prøvemønster med typisk forhøyet alkalisk fosfatase og med transaminitt som ved autoimmun hepatitt hvor typisk ALAT er høyere enn ASAT, men ser samtidig immuntrigging (registrerer forhøyet IgG )*
- B Non alkoholisk steatohepatitt (NASH)  
*Som ved andre hepatitter , er typisk ALAT høyere enn ASAT dvs ASAT / ALAT ratio < 1.*
- C X Alkoholisk steatohepatitt (ASH)  
*ASAT er typisk betydelig høyere enn ALAT . ASAT er et mitokondrielokalsert enzym og det er her skade under kronisk alkoholpåvirkning fortrinnsvis utspilles .*
- D Virushepatitt.  
*Alle virushepatitter karakteriseres av et transaminasemønster hvor ALAT finnes i høyere verdi enn ASAT*

0000158073b7c795a5

13

En 55 år gammel mann er operert for kreft i endetarmen med lav fremre reseksjon. Av tidligere sykdommer har han hatt et hjerteinfarkt. Han røyker ca. 10 sigaretter daglig. Tre dager etter operasjonen blir allmentilstanden dårligere enn den var dagen før. Han har feber 39.2, puls 105 og BT 105/70. Pulsoxymetri viser O2-metning på 97%. Ved klinisk undersøkelse er det ingen tegn til sårinfeksjon, abdomen er utspilt, det er ingen fremmedlyder ved auskultasjon av lungene, men legger og føtter er litt ødematøse.

Hva er den beste strategien for å utrede denne mannen videre?

- A Rtg. Oversikt abdomen  
*Nei, det gir ingen kartlegging av thorax, og for dårlig kartlegging av abdomen*
- B Lungescintigrafi  
*Nei, abdomen og thorax må undersøkes med CT*
- C Rtg. Thorax  
*Nei, abdomen må undersøkes med CT*
- D X CT Thorax-abdomen  
*Ja, det gir den første og beste kartleggingen av pasienten*

0000158073b7c795a5

14

En mann i 30-årene møter på ditt legekantor pga. multiple hudlesjoner i begge lysker og på scrotum. Han forteller at han har dette i flere år, men at det har blitt flere og med mer væsking fra noen av dem i den siste tiden. Ved undersøkelsen ser det ut til å være infeksjoner i huden med rødlige hevelser, ca. 0.5-1 cm store, noen med hevet gult sentrum, andre med små åpninger hvor det kommer litt serøs gul eller blank væske fra.

Hva er beste behandlingen for denne lidelsen?

- A NSAID tabletter  
*Nei, det vil ikke behandle infeksjonene i svettekjertlene*
- B Steroid krem  
*Nei, funnene er typiske for hidrosadenitt og skal behandles deretter*
- C X Tetracyklin tabletter  
*Ja, han har en generell hidrosadenitt, dvs. infeksjoner fra svettekjertlene, og tetracykliner er beste behandling*
- D 5-Fu krem  
*Nei. Det er ikke kjent at dette hjelper mot hidrosadenitt*

0000158073b7c795a5

15

En kvinne i 40-årene oppsøker deg på legekontoret pga. sterke smerter når hun har avføring. Smerten vedvarer ca 30 minutter etter defekasjonen. Hun har hatt disse plagene i et par uker. Du undersøker henne og finner ingen annen patologi enn en anal fissur baktill kl. 18 når hun ligger i benholdere. Fissuren er 1 cm lang og strekker seg fra linea dentata og i distal retning. Hva er beste tiltaket for denne kvinnen?

- A X** Gi henne resept på laxantia og kostråd for obstipasjon og kontroll om 3-4 uker  
*Ja, det er det mest effektive tiltaket.*
- B** Gi henne resept på steroidsalve og kontroll om 3-4 uker  
*Nei, det har ingen effekt, snarere tvert imot, da huden blir tynnere av det. Det viktigste er å regulere avføringen slik at den ikke blir for fast.*
- C** Gi henne resept på Paralgin Forte (smertestillende medikament av opiat-type) og kontroll om 3-4 uker  
*Nei, da blir hun ikke smertefri, men obstipert, med påfølgende sterkere smerter ved defekasjonen*
- D** Gi henne resept på barriere krem som også benyttes til sår i urene områder, slik som omkring stomier, og kontroll om 3-4 uker  
*Nei, det er ikke kjent at dette hjelper. Det viktigste er å regulere avføringen slik at den ikke blir for fast.*

0000158073b7c795a5

16

En mann på 34 år har det siste året hatt økende plager med kløe og svie på glans penis samt problemer med å trekke forhuden skikkelig tilbake. Han har hatt fast partner de siste 5 år, og det har den siste tiden vært ubehagelig, til tider smertefullt, å ha samleie. Han er ellers frisk. Han bruker ingen faste medikamenter og har ingen kjente allergier. Du er fastlegen hans, og ved undersøkelse av genitalia finner du på glans penis og på preputiet hvitlige, arraktige drag, eccymoser og lett sårdannelse. Du tar en 3 mm stansebiopsi, og i patologens svar får du vite at det blant annet er degenerasjon av basallaget og perivaskulære lymfocytinfiltrater i dermis. Ingen tegn til atypi eller malignitet. Du har også tatt en prøve fra en av erosjonene til dyrkning av sopp og bakterier med negativt resultat.

Hvilken behandling er mest riktig å gi pasienten i første omgang?

- A** Topikal fuktighetsbevarende behandling  
*Nei, lichen sclerosus behøver potent antiinflammatorisk behandling. Med tiden vil inflammasjonen kunne gi arrdannelse og strikturer om den ikke behandles.*
- B** Henvise mannen til urolog for å fjerne forhud (omskjæring)  
*Kan bli aktuelt om ikke lokalbehandling fungerer, men er ikke førstevalg.*
- C** Gruppe I topikalt kortikosteroid  
*Nei, for svak behandling av lichen sclerosus*
- D X** Gruppe IV topikalt kortikosteroid  
*Ja, riktig svar. Behov for potent antiinflammatorisk behandling av lichen sclerosus. Se forelesningsnotater for smøreregime.*

0000158073b7c795a5

17

En 3 år gammel jente har i snart 1 år hatt 5-6 løse tømninger daglig, nærmest som diaré. Før dette hadde hun avføring en gang daglig. Avføringen har aldri vært hard, slimet eller blodig. Hun har i tillegg diffuse magesmerter rundt navlen. Det siste året har hun ikke lagt på seg, og hun har dårlig appetitt. Hun har ikke vært på reise uten for Norge. 14-dagers melkefri diett førte ikke til bedring. Fastlegens utredning har vist:

Hgb	10.2 g/dL	10.5-13.5 g/dL
MCV	70 fL	75-87 fL
MCH	24 pg	24-34 pg
Hvite	8.4 x 10 <sup>9</sup> /L	4,0-14,0 x 10 <sup>9</sup> /L
Trombocytter	344 x 10 <sup>9</sup> /L	145 - 390 x 10 <sup>9</sup> /L
CRP	<5 mg/L	< 5 mg/L
Ferritin	8 µg/L	10 - 167 µg/L
ALAT	16 U/L	10-45 U/L
GT	16 U/L	10-45 U/L
Total-Ca	2.14 mmol/L	2,15 - 2,51 mmol/L
Fosfat	1.56 mmol/L	1,30 - 2,45 mmol/L
TSH	2.14 mIE/L	0,87 - 7,40 mIE/L
Fritt T4	19 pmol/L	12,0 - 22,0 pmol/L
Total IgE	6 IE/L	<10 IE/L

Hva bør være neste steg i utredningen?

- A Henvise for gastroskospi og biopsi av tarm  
*Gjøres sjeldent idag ved mistanke om cøliaki*
- B X** Undersøke blodprøve for glutenantistoffer  
*Cøliaki bør utelukkes ved jernmangelanemi og kronisk diarree og blodprøve til undersøkelse av antistoffer er førstevalg idag*
- C Sende avføringsprøve til dyrking  
*Sjeldent infeksjon er årsak til så langvarig diarree*
- D Undersøke fekaltest i avføringsprøve  
*Inflammatorisk tarmsykdom sjelden i denne aldersklasse; CRP og hvite lave.*

0000158073b7c795a5

18

Du er turnuslege og hilser på en 75 år gammel mann i akuttmottak. Han er skjev i ansiktet og har kraftreduksjon i venstre overekstremitet. Dette skjedde for to timer siden mens han satt foran TV'en, og ble først oppdaget av hans kone. Pasienten kunne gå på en stødig måte, men kolliderte med dørkarmen på vei ut i ambulansen og slo venstre skulder.

Ut fra anamnesen, hvor mistenker du at pasienten har et infarkt/en blødning?

- A Venstre frontallapp
- B Venstre hemisfære subcortikalt
- C Høyre oksipitallapp
- D X** Høyre parietallapp

0000158073b7c795a5

19

Som helsestasjonslege blir du bedt om å vurdere utviklingen til en ni måneder gammel gutt. Ved undersøkelse ser du at han ligger og hviler på underarmene når han ligger i mageleie. I ryggleie leker han med hendene i midtlinjen. Han snur hodet til lydkilde. Han sitter med støtte, men ikke uten. Han har ikke begynt å krabbe ennå, og reiser seg ikke opp i stående på egen hånd. Hva er det riktigst å gjøre nå?

- A Berolige foreldrene med at dette er innenfor normal variasjonen.
- B Sette gutten opp til ny kontroll på helsestasjonen om 3 måneder.
- C Legge gutten inn i nærmeste barneavdeling som øyeblikkelig hjelp.
- D X** Henvise gutten til nærmeste barneavdeling for poliklinisk vurdering.

0000158073b7c795a5



20

Hvilke av de følgende kombinasjoner av symptomer og funn er diagnostiske ved astma?

- A X** Gjentatte episoder med tung, pipende pust og hoste. Spirometri resultat etter seponering av astmamedisiner i 24 timer: FEV1 øker med > 12% (minimum 200 ml) 15 min etter inhalasjon beta-2-agonist.
- B** Allergiske symptomer overfor helårsallergener. Spirometri resultat etter seponering av astmamedisiner i 24 timer: FEV/FVC < 0,7
- C** En førstegenerasjons slektning har astma. Spirometri resultat etter seponering av astmamedisiner i 24 timer: FEV1 øker med > 12% (minimum 200 ml) 15 min etter inhalasjon beta-2-agonist.
- D** Nattdaglig hoste mer enn en gang per uke. Spirometri resultat etter seponering av astmamedisiner i 24 timer: FEV/FVC < 0,7

0000158073b7c795a5

21

Ifølge nasjonale retningslinjer for behandling av KOLS, hvilke kriterier skal ligge til grunn for at det er indikasjon for å starte behandling med kombinasjonspreparat kortikosteroid og langtidsvirkende beta-2-agonist til inhalasjon?

- A** Påvist KOLS og FEV1 < 50% av forventet verdi og utilfredsstillende effekt av langtidsvirkende beta-2-agonist til inhalasjon
- B** Påvist KOLS og FEV1 < 50% av forventet verdi
- C X** Påvist KOLS og FEV1 < 60% av forventet verdi og to eller flere KOLS-forverringar siste 12 måneder
- D** Påvist KOLS og FEV1 < 80% av forventet verdi og fire eller flere KOLS-forverringar siste 12 måneder

0000158073b7c795a5

22

En 52 år gammel kvinne har hatt episoder med bryst smerter i flere år. Hun har vært innlagt i sykehus på grunn av smerter tre ganger. Ved samtlige innleggelse var det normalt EKG og normale blodprøver. Hun har nå vært til CT av koronararterier. Denne undersøkelsen beskrives med normale funn. Hvilket av følgende utsagn er mest riktig?

- A X** Negativ CT koronar angiografi utelukker i praksis koronare stenoser og det er ikke indikasjon for invasiv koronar angiografi.  
*Riktig svar*
- B** Selv om CT av koronararterier er normal kan pasienten ha alvorlig koronar sykdom på grunn av metodens lave sensitivitet.  
*Feil. CT koronar angiografi har høy negativ prediktiv verdi og negativt funn utelukker i praksis epikardiale stenoser. Invasiv koronar angiografi er ikke nødvendig ved normal CT koronar angiografi.*
- C** CT av koronararterier burde ikke vært utført hos denne pasienten pga. stor strålebelastning ved metoden.  
*Feil. CT av koronararterier medfører ikke større strålebelastning enn invasiv koronar angiografi.*

0000158073b7c795a5

23

Farmakologisk behandling av arteriell hypertensjon kan gjennomføres med medikamenter fra ulike medikamentklasser. Europeiske retningslinjer for blodtrycksbehandling anbefaler i første linje medikamenter som har vist effekt på blodtrykket, såvel som på sykdom og dødelighet. Hvilke medikamentklasser er dette?

- A** Angiotensin II reseptorblokkere, kalsiumblokkere, alfablokkere, betablokkere og diuretika.  
*ACE-hemmere mangler; alfablokkere mangler dokumentasjon, se ovenfor.*
- B** ACE-hemmere, angiotensin II reseptorblokkere, kalsiumblokkere, alfablokkere og diuretika.  
*Alfablokkere har ikke vist effekt på harde endepunkter.*
- C X** ACE-hemmere, angiotensin II reseptorblokkere, kalsiumblokkere, betablokkere og diuretika.  
*Riktig svar. Betablokkere er omdiskutert som førstelinjehandling, men har dokumentasjon på harde endepunkter og er bevart i gjeldende europeiske retningslinjer.*
- D** ACE-hemmere, angiotensin II reseptorblokkere, imidazolinreseptorantagonister, kalsiumblokkere og diuretika.  
*Imidazolin har ikke vist effekt på harde endepunkter, betablokkere mangler.*

0000158073b7c795a5

24

En 81 år gammel mann kommer for blodtrykkskontroll på det lokale legekantoret. Det påvises uregelmessig hjerterefrekvens og EKG viser atrieflimmer med ventrikkelfrekvens 90/min. Bortsett fra medikamentelt behandlet hypertensjon er han tidligere frisk, og han har ingen aktuelle plager. Hva er beste tiltak for å forebygge kardial emboli?

- A Ablasjon mot atrieflimmer  
*Ablasjon er ikke indisert som emboliprofylakse*
- B Acetylsalisylsyre  
*Gir ikke tilstrekkelig beskyttelse for denne pasienten*
- C X** Oral antikoagulasjon  
*Grunnet alder og hypertensjon har han økt risiko for emboli og oral antikoagulasjon er klart anbefalt i nasjonale og internasjonale retningslinjer*
- D Elektrokonvertering av atrieflimmer  
*Elektrokonvertering beskytter ikke mot kardial emboli, tvert imot*

0000158073b7c795a5

25

En 65 år gammel mann innlegges på lokalsykehuset etter at han fikk akutt tungpust og ble generelt uvel. For 4 år siden gjennomgikk han et hjerteinfarkt og ble behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI). Ellers frisk. Ved undersøkelse er han klam, kaldsvett og med lavt systolisk blodtrykk på 80 mmHg. Han svarer på spørsmål, men er mentalt omtåket. Hjerterefrekvensen er 180/min og EKG viser en regelmessig takykardi med breddeøkte QRS-komplekser. Hva er det viktigste tiltaket å få gjennomført hos denne pasienten?

- A Umiddelbar elektrokonvertering uten narkose.  
*Elektrokonvertering er svært smertefullt og skal ikke gjøres på våken pasient*
- B Øsofagus-EKG for riktig diagnose før behandling.  
*Pasienten er alvorlig sirkulatorisk påvirket av en sannsynlig ventrikkeltakykardi. Gjennomføring av øsofagus-EKG i denne situasjonen vil klart forsinke behandlingen for mye*
- C X** Elektrokonvertering i narkose  
*Pasienten har svært sannsynlig ventrikkeltakykardi og er betydelig sirkulatorisk påvirket. Han skal legges i lett narkose og elektrokonverteres uten forsinkelser.*
- D Intravenøs behandling med det antiarytmiske medikamentet Cordarone (amiodarone).  
*Pasienter med bredkomplekstakykardi og sirkulatorisk påvirkning skal elektrokonverteres om mulig*

0000158073b7c795a5

26

En 72 år gammel kvinne har vært behandlet for hypertensjon i mange år. Ved en rutinekontroll hos fastlegen måles blodtrykket til 156/98 mmHg. Du tar også EKG som viser høye amplituder. Summen av S i avledning V1 og R i avledning V5 blir 4,8 mV. Hva foreligger og hvilke konsekvenser har dette?

- A EKG viser tegn til venstre ventrikkelhypertrofi uten prognostiske konsekvenser.
- B EKG viser en grenseverdi for venstre ventrikkelhypertrofi. Blodtrycksbehandlingen bør intensiveres og EKG kontrolleres etter 3-6 måneder.  
*En amplitudesum på 4,8 mV er langt over etablerte cut-off verdier som i litteraturen angis i området 3,5-4,0 mV.*
- C EKG viser tegn til venstre ventrikkelhypertrofi og gir rutinemessig indikasjon for ekkokardiografi.  
*Uten angitte bilyder, symptomer eller tegn til hjertesvikt, er det ikke rutinemessig indikasjon for ekkokardiografi.*
- D X** EKG viser tegn til venstre ventrikkelhypertrofi med indikasjon for intensivt medikamentell blodtrycksbehandling.  
*Venstre ventrikkelhypertrofi er sannsynlig relatert til et (dokumentert) ikke tilstrekkelig behandlet blodtrykk. Konsekvensen er i første rekke intensivt blodtrycksbehandling.*

0000158073b7c795a5

27

En 50 år gammel mann har nylig fått påvist små-cellet lungekreft. CT og PET-CT påviser en lungetumor på 5 cm i diameter som trolig vokser inn i mediastinum, og i tillegg en ipsilateral mediastinal lymfeknute (25mm). MR caput er negativt mht metastaser. Pasienten er ellers frisk uten alvorlig hjerte eller lungesykdom. Normal spirometri. Hvilken behandling gir best resultater for denne tilstanden?

- A X** Kombinert cellegiftbehandling og strålebehandling, kurativ hensikt  
*Det foreligger god dokumentasjon på at kombinasjonbehandling med cytostatika og strålebehandling i kurativ hensikt er beste alternativ for slik begrenset tilstand (limited disease) ved SCLC. Tilstanden kan ikke opereres, strålebehandling og cytostatika er hver for seg dårligere alternativ enn kombinasjonen av de to behandlingsmodaliteter*
- B** Operasjon (lobectomi og lymfeknutetoilett), kurativ hensikt
- C** Cellegiftbehandling alene, kurativ hensikt
- D** Strålebehandling alene, kurativ hensikt

0000158073b7c795a5

28

Kvinne, 85 år gammel, ikke-røyker, tidligere frisk, bruker ingen faste medisiner, velfungerende. En måned etter en luftveisinfeksjon har hun fortsatt ikke blitt bra. Hun tar kontakt med fastlegen grunnet episoder med tungpust etter anstrengelse og periodevis i hvile siste måned. Ingen brystsmerte, hjertebank, hoste eller ekspektorat. Ved klinisk undersøkelse afebril, puls 75/min, regelmessig, BT 140/85, normale funn over cor. Over lungene er det normale funn, spesielt ingen obstruktive fysikalia eller fremmedlyder. Hva er den mest sannsynlige årsak til pasientens plager?

- A** Angst er mest sannsynlig  
*Anamanese taler i mot dette. Pasienten er klar i at plagene debuterte etter en luftveisinfeksjon*
- B X** En pulmonal årsak er mest sannsynlig  
*Dyspne etter anstrengelse og periodevis i hvile uten brystsmerte taler sterk for en pulmonal årsak. Kom dessuten etter en luftveisinfeksjon*
- C** En kardial årsak mest sannsynlig  
*Dyspne ved anstrengelse kan tyde på en kardial årsak, men periodevis dyspne i hvile i fravær av brystsmerte taler i mot en kardial årsak.*
- D** Anemi mest sannsynlig  
*Lav Hb kan gi funksjonsdyspne, men gir ikke periodevis dyspne i hvile*

0000158073b7c795a5

29

Du er fastlege til en pasient med KOLS. Hun bruker langtidsvirkende beta-2-agonist (LABA) x 2 daglig og korttidsvirkende beta-2-agonist ved behov. Hun er ofte plaget med tung pust både i hvile og i forbindelse med fysisk aktivitet. Hun har hatt to akutte KOLS forverringer siste halvår hvor du har funnet indikasjon for å gi en kort kur med prednisolon tabletter. Spirometri viser FEV1/FVC 0,60 og FEV1 etter bronkodilatator er 55% av forventet verdi. Hvilken fast medisinsring skal hun få?

- A** Kombinasjon LABA og langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (LAMA) daglig pluss korttidsvirkende beta-2-agonist ved behov
- B** LABA daglig pluss korttidsvirkende muskarinreseptorantagonist ved behov
- C X** Kombinasjon inhalasjonssteroider og LABA pluss korttidsvirkende beta-2-agonist ved behov
- D** Lavdose prednisolon tabletter daglig pluss korttidsvirkende beta-2-agonist ved behov

0000158073b7c795a5

30

En 75 år gammel mann oppsøker deg på legekantoret fordi han har følt seg utilpass i kroppen etter et han fikk betennelse i en stortå, og han ønsker nå antibiotikabehandling for dette. Hatt feber de siste dagene. I tillegg følt redusert fysisk kapasitet og mer tungpusten enn tidligere. Kjent KOLS av moderat grad, og har tidligere fått påvist en bikuspid aortaklaff. Ved siste kontroll hos hjertespesialist for et halvt år siden ble det anført tilfredsstillende forhold ved ultralydundersøkelsen, men en lettgradig aortastenose.

Klinisk undersøkelse: puls 87 regelmessig, BT 170/50 mmHg. Stortåen er tydelig infeksjonspreget, med et mindre sår med litt puss i den ene sårkanten, tydelig rødhet omkring og smerter ved palpasjon. Cor: rene hjertetoner, systolisk bilyd grad 3 med punktum maksimum over 2. høyre interkostalrom parasternalt, ingen utstråling. I 4. og 5. venstre interkostalrom parasternalt hører du en diastolisk bilyd i tillegg til den systoliske bilyden. Pulm: normale auskultasjonslyder.

Hvilken tilnærming til pasientens tilstand er den beste?

- A Rense såret på stortåen og starte antibiotikabehandling  
*God behandling i fravær av nyoppstått diastolisk bilyd, økende funksjonsdyspnoe eller økt pulstrykk ved blodtrykksmåling*
- B Avvente situasjonen en dag eller to for å se om det tilkommer spontan bedring  
*Vanskelig å forsvare en slik strategi ved mulig mistanke om endokardit*
- C X Legge inn pasienten i sykehus tiltrengende øyeblikkelig hjelp  
*Sykehistorie og kliniske funn tyder på at pasienten har en endokardit*
- D Rekvirere røntgenundersøkelse av lungene  
*God strategi ved luftveisinfeksjon, men vil være forsinkende i diagnosen/behandlingen av endokardit*

0000158073b7c795a5

31

En mann på 62 år med KOLS grad 3 kommer til akuttmottaket med KOLS forverring. Han er betydelig dyspnoisk, har respirasjonsfrekvens på 35 per min. Arteriell blodgass viser en pH på 7,30 (normalt 7.35-7.45), pCO<sub>2</sub> 11,5 kPa (normalt 4,5-6,0 kPa), pO<sub>2</sub> 7,3 kPa (normalt 11-14 kPa). CRP er på 245 (normalt <5), rtg.thorax viser pneumoniske infiltrat i begge lunger. BT 90/70. Temperatur rektalt 39,2. Hvilken behandling vil være mest korrekt?

- A Pasienten bør legges på infeksjonsavdelingen hvor det bør startes opp med intravenøs antibiotikabehandling i form av Penicillin 2 millioner enheter x 4 i.v og Gentamycin (Aminoglycosid) 5 mg/kg x1 i.v.
- B Pasienten bør legges på intensivavdeling for intubasjon og respiratorbehandling. Det bør startes opp med intravenøs antibiotikabehandling med Penicillin 5 millioner enheter x 4 i.v og Gentamycin (Aminoglycosid) 5 mg/kg x1 i.v.
- C X Pasienten bør legges på overvåkningsavdeling for oppstart med BiPAP behandling. Det bør startes opp med intravenøs antibiotikabehandling med Penicillin 5 millioner enheter x 4 i.v og Gentamycin (Aminoglycosid) 5 mg/kg x1 i.v.  
*Pas har en KOLS grad 3 og en blodgass som gir et godt grunnlag for å prøve BiPAP behandling før en vurderer intubasjon og respirator. Her kan en ikke utelukke at det foreligger en sepsis og skal derfor dekke pas både med Penicillin og et Aminoglycosid i.v. i tillegg til væsketerapi*
- D Pasienten bør legges på overvåkningsavdeling for oppstart med BiPAP behandling. Det bør startes opp med intravenøs antibiotikabehandling med Zinacef 1,5 gram x3 (Cefalosporin).

0000158073b7c795a5

32

En 74 år gammel kvinne er tidligere operert for cancer pulm på høyre siden og overlappen ble fjernet 5 år før det aktuelle. Ved kontroll er det nå funnet en ny svulst i venstre overlapp (lingula). Hun er grundig utredet og det er ingen tegn til spredning til lymfeglandler eller andre organer. Hennes FEV1 er tydelig redusert til 1,0L. Ved en helhetlig vurdering kommer man frem til at pasienten ikke vil tåle en lobektomi.

Hvilket inngrep vil være det beste alternativet med tanke på langtidsoverlevelse i dette tilfelle.

- A Kilereseksjon  
*Tåles best men har høyere risiko for residiv sammenlignet med segmentreseksjon*
- B Mansjettreseksjon  
*Inngrep som tilsvare en lobektomi ved spesielle situasjoner*
- C Bilobektomi  
*Fjerning av 2 lapper blir ikke aktuelt*
- D X** Segmentreseksjon

0000158073b7c795a5

33

En 57 år gammel mann får smerter i høyre lår etter knappe 50 meters gange. Han har problemer med å gjennomføre jobben på et lager. Du rekvirerer en MR-angiografi som viser en vel 2 cm lang okklusjon i midtre del av arteria iliaca eksterna høyre side.

Hva er enkleste og beste invasive behandlingen for denne pasienten?

- A X** Perkutan Transluminal Angioplastikk (PTA), evt stent  
*Alle alternativer er teoretisk mulig, men det rette alternativet innebærer et mindre tiltak for pasienten*
- B Åpen endarterektomi i arteria iliaca eksterna
- C Bypass fra aortabifurkaturen til høyre lyske
- D Bypass fra venstre til høyre lyske

0000158073b7c795a5

34

Hva er riktige indikasjon for Goserelin (GnRH-agonist).

- A X** Det brukes til behandling av prostatakreft
- B Brukes til behandling av GIST tumor (gastrointestinal stromal tumor)
- C Det brukes til behandling av brystkreft
- D Det brukes til behandling av endometriekreft

0000158073b7c795a5

35

En 60 år gammel kvinne legges inn med feber, oppkast og uttalt nakkestivhet. Hun blir spinalpunktert og spinalvæskefunnet støtter diagnosen bakteriell meningitt.

Hvilken antibiotikabehandling er riktigst å gi?

- A X** Penicillin i.v.+3. generasjons cefalosporin i.v.
- B Penicillin i.v.+gentamicin i.v.+metronidazol i.v.
- C Penicillin i.v.+gentamicin i.v.
- D Gentamicin i.v.+ 3. generasjons cefalosporin i.v.

0000158073b7c795a5

36

En 65 år gammel kvinne med kjent diabetes mellitus type 2 og hypertensjon kommer til fetslegen for en rutinekontroll. Blodtrykket er 145/70, hun har lette ankelødemer.

Lab prøver: normale serumelektrolytter, s-karbamid 10 mmol/l (ref.: 4-7 mmol/l), s-kreatinin 85 mikromol/l (ref.: 50-90 Mikromol/l), eGFR 62 ml/min ved MDRD formelen, urin albumin-kreatinin ratio 20 mg/mmol (ref.: <3 mg/mmol).

For ett år siden hadde hun s-kreatinin 84 umol/l og urin albumin-kreatinin ratio 12 mg/mmol. Ultralyd av nyrene viser lett økt ekkogenisitet.

Hvilket av følgende er mest korrekt mhp videre diagnostisk utredning?

- A Man bør bestille s-cystatin C, som er et bedre mål for nyrefunksjonen enn s-kreatinin, for å vurdere om hun har kronisk nyresykdom
- B X** Ingen ytterligere utredning er nødvendig
- C Man bør estimere GFR med den nye CKD-EPI formelen som er noe mere nøyaktig enn MDRD formelen
- D Man bør samle 24 timers urin for å nøyaktig måle protein utskillelsen og kreatinin clearance

0000158073b7c795a5

37

Pasienten kommer til deg som fastlege med vekttap på 15 kg siste 4 måneder. Han har lite symptomer utover dårlig appetitt, slapphet og litt ubehag i magen.

Ved utredning viser det seg at pasienten har lokalavansert pancreascancer og er inoperabel.

Pasienten og pårørende er spesielt fortvilt over vekttapet og slappheten. De ber om hjelp.

Hva er riktigst å gjøre?

- A Fortelle pasienten at det ikke er noen årsaker til at han ikke kan spise.  
*Dette er et for lettvinnt svar som ofte skaper avstand mellom pasient/pårørende og lege.*
- B X** Forklare pasienten at det er kreftsykdommen som har gitt ham vekttapet og at det er usikkert om vekten kan øke igjen. Det er imidlertid mulig å legge opp en plan for vedlikehold av vekten.  
*Dette gir pasienten en forklaring på hans kakektiske tilstand, samtidig som det gir pasienten noen håp om vedlikehold av det han har. Kostplan individualiseres.*
- C Si til pasienten at han kan drikke 3 næringsdrikker pr dag og samtidig starte kjemoterapi.  
*Også dette er et for lettvinnt svar som oftest ikke fører fram. Kjemoterapi gir ofte enda dårligere matlyst, og hvis denne pasienten skal ha kjemoterapi må han også følges med et ernæringsprogram. Næringsdrikker er ofte noe pasientene ikke synes smaker særlig godt, og det betyr at dette som oftest ikke vil være nok som ernæringsprogram.*
- D Fortelle pasienten at hvis han trener og spiser proteintett mat, så vil dette gi resultater.  
*Denne pasienten er ikke i stand til å starte trening og spesialkost sånn uten videre, og selv om han prøver vil han ikke ha krefter til å følge det opp.*

0000158073b7c795a5

38

En 65 årig kvinne henvender seg til sin fastlege med økende besvær i form av hyppig, smertefull vannlatning. Du er usikker på om pasienten har "interstiell cystitt" eller "overaktiv blære".

Hvilke symptomer differensier best mellom disse to sykdommene?

- A Inkontinens og vannlatningstrang
- B X** Inkontinens og smerter
- C Vannlatningstrang og hyppig vannlatning
- D Nokturi og pollakisuri

0000158073b7c795a5

39

En kvinne på 82 år blir lagt inn på sykehus. Hun har malignt melanom med spredning til lymfeknuter i bekkenet, betydelige ødem i begge bein og lungemetastaser. Symptomkartlegging ved innkomst viser målt med numerical rating scale (NRS): smerte 3, trøtthet 5, kvalme 2, tungpust 8, matlyst 4, depresjon og angst 9, velvære 10. Det startes behandling med opioider og steroider.

Dagen etter innkomst er hun hallusinert i perioder, sover mye på dagen, spiser og drikker svært lite, har ingen smerter.

Hva er mest sannsynlig grunn til at pasienten er så endret dagen etter innkomst?

- A Pasienten har hyperglykemi  
*Feil*
- B X** Pasienten har gått inn i et delirium etter justering av medikamentene  
*Både opioider og steroider kan ved doseøkning føre til at eldre pasienter går i et delirium, og ved en slik situasjon skal dette vurderes sammen med andre årsaker til delirium hos kreftpasienter.*
- C Pasienten vurderes som raskt dårligere av sin kreftsykdom pga økt søvnbehov og hallusinasjoner  
*Dette er en litt for rask vurdering av situasjonen. Ved kognitive endringer skal det alltid vurderes om det foreligger et delirium, og deretter skal det vurderes evt årsaker til dette.*
- D Pasienten tålte ikke forflytning fra eget hjem til sykehuset og ble av den grunn forvirret  
*Som oftest tåler gamle pasienter denne forflytningen hvis pasienten ikke var dement fra før av.*

0000158073b7c795a5

40

En 43 år gammel kvinne har de siste 2-3 ukene hatt smerter fortil på halsen, litt hevelse og ømhet i samme område. Siste uke økt svetting og hjertebank. Klinisk undersøkelse viser en klar ømhet over glandula thyreoidea, som også er lett forstørret og litt fast i konsistensen. Puls 92/minutt, regelmessig. Hun virker subfebril, temperaturen måles til 37,9 °C. Allmenntilstanden er klart nedsatt. Blodprøver viser CRP 90 mg/L (referanseområde < 5 mg/L), fritt thyroksin 40 pmol/L (referanseområde 12-22 pmol/L), TSH < 0,01 mIE/L (referanseområde 0,27-4,20 mIE/L), antistoff mot tyreoperoksidase (anti-TPO) 63 kU/L (referanseområde < 35 kU/L), anti-TSH-reseptor (TRAS) 1 IU/L (referanseområde < 1 IU/L). Hvordan bør tilstanden vurderes og hvilken behandling er mest aktuell?

- A Graves' sykdom mest sannsynlig. Starte behandling med betablokker og Neo-Mercazole etter nøye informasjon om virkninger og mulige bivirkninger. Konferere med endokrinolog om videre oppfølging  
*Tyreotoksikose er påvist. Kort sykehistorie, ømhet, smerter, subfebrilitet og negativ TRAS taler ikke for Graves' sykdom.*
- B X** Mulig subakutt tyreoiditt. Ved tvil henvise til thyreoideascintigrafi. Vurdere betablokker og antiinflammatorisk behandling, eventuelt med Prednisolon  
*Sykehistorien er nokså typisk for subakutt tyreoiditt (de Quervain). Forsøk på scintigrafi med opptaksmåling vil typisk vise lavt eller intet opptak og derved bekrefte diagnosen. Betablokker kan brukes i tyreotoksisk fase for å dempe symptomer. Ved betydelige inflammatoriske plager (smerter, feber, nedsatt allmenntilstand) bør behandling med NSAIDs eller prednisolon overveies.*
- C Henvise til ultralydundersøkelse av halsen. Ved funn av patologi i glandula thyreoidea henvise til endokrinkirurgisk poliklinikk for finnåls cytologi.  
*Cancer thyreoideae gir vanligvis ikke smerter, ømhet eller andre inflammasjonstegn, heller ikke tyreotoksikose. Ultralydundersøkelse og cytologi vil bare forsinke behandlingen*

0000158073b7c795a5

41

En 80 år gammel mann som plages av prostatisme, kommer til ditt legekantor med feber, hyppig vannlating og dysuri. Du velger å gi ham antibiotika.

Hvilket medikament og varighet på behandlingen er riktigst i dette tilfelle?

- A Ceftriaxon i.v. i 3 dager
- B Pivmecillinam (Selexid) tabletter i 3 dager
- C Ciprofloxacin (Ciproxin) tabletter i 7-10 dager
- D X** Trimetoprim + sulfamethoxazol (Bactrim) tabletter i 7-10 dager

0000158073b7c795a5

42

En 40-årig kvinne kommer på fastlegekontoret med vondt i leggen. Du finner pittingødem rundt ankelen, rubor i huden og trykkømhets i knehasen. D-dimer er lav, 0,5mg/l (normal < 0,5). Hva er riktigst tiltak videre?

- A X** Henvise til ultralyd av dype vener  
*Vil som oftest avklare om det foreligger DVT*
- B** Henvise til venografi  
*Ultralyd vil oftest være tilstrekkelig og billigere*
- C** Berolige med at dyp venetrombose er svært usannsynlig med negativ D-dimer, be henne legge benet høyt noen dager, og ta kontakt ved forverring  
*Høy klinisk sannsynlighet for DVT gjør det nødvendig å avklare med billeddiagnostikk selv om D-dimer er lav*
- D** Gi lavmolekylært heparin i behandlingsdose for dyp venetrombose og se det an en ukes tid  
*Trygt, men diagnostisk avklaring blir uansett nødvendig*

0000158073b7c795a5

43

En rekke medikamenter påvirker skjelettet negativt og medfører beintap og økt risiko for frakturer. Hvilket av de følgende medikamentene er forbundet med størst risiko for frakturer?

- A** Protonpumpheimmere
- B** Levotyrosin (Levaxin)
- C** Serotonin-reopptakshemmere (SSRI)
- D X** Glukokortikoider

0000158073b7c795a5

44

En ung kvinne kommer inn i akuttmottaket med uttalt slapphet og hviledyspnoe. Du finner ingen holdepunkt for blødning i sykehistorie eller ved klinisk undersøkelse. Hemofec i avføring er negativ. Blodtrykket er 95/60, puls 120 regelmessig.

Blodprøver viser: Hgb 5,6 g/dl (11, 5- 15,5), retikulocytter 9% (ref. 0,5 - 1,6 %)

Hva er riktigst å gjøre først?

- A** Gi O<sub>2</sub> på nesekateter og 40 mg Furix iv  
*Lungefunksjonen er sannsynligvis normal og ekstra O<sub>2</sub> tilførsel øker ikke O<sub>2</sub> innholdet i blodet som forlater lungekapillærene vesentlig. Det er nesten 100% Hb metning med O<sub>2</sub> normalt. Furosemid er kontraindisert- pasienten er på randen av hypovolemisk sirkulasjonssvikt med lavt BT og tachykardi. Rask hemolyse medfører reduksjon i blodvolum ved siden av reduksjonen i Hgb konsentrasjon.*
- B** Gi iv metyl-prednisolon 1mg/kg på mistanke om alvorlig hemolytisk anemi.  
*Diagnosen autoimmun hemolyse bør først være klar (DAT positiv). Denne behandlingen virker ikke med en gang.*
- C X** Gi 2 enheter SAG- blod og 1000 ml Ringer iv  
*Pasienten trenger hurtig bedring av O<sub>2</sub> tilbudet til vevene ved økning av O<sub>2</sub> mengde /ml blod og sirkulerende blodvolum (lavt BT, hurtig puls, symptomer på begynnede pumpevikt, hviledyspnoe)*
- D** Rekvirere følgende prøver og avvente svaret:  
Haptoglobin, DAT, LD, bilirubin  
*Fint å ha disse svarene for å bekrefte hemolyse, men pasienten er kritisk dårlig og trenger rask bedring av O<sub>2</sub> tilbudet til vevene*

0000158073b7c795a5



45

Du er fastlege for en mann på 66 år som har hatt type 2 diabetes i 12 år. Han har også angina pectoris, men ingen signifikante stenoser ved coronar angiografi. eGFR 61 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (ref. > 90). Han behandles med antihypertensiva, lipidsenkende (statin), samt metformin 500 mg x 2 og middels langsomtverkende (NPH) insulin x2/døgn.

Hva er behandlingsmålet vedrørende blodsukkerregulering (HbA1c) hos denne pasienten?

A HbA1c ≤ 6.5 %

*I de norske retningslinjene for diabetes fra 2009 er det generelle behandlingsmålet HbA1c ≤ 7.0 %, men disse er under revisjon, og retningslinjene fra American Diabetes Association 2015 understreker at behandlingsmålet bør være individualisert, og avhengig bl. a. av alder og komorbiditet. Denne pasienten har langvarig diabetes, redusert nyrefunksjon og symptomgivende hjerte-kar sykdom og behandles med insulin. En stor studie (ACCORD) har vist økt mortalitet hos denne typen pasienter ved intensivert glukosesenkende behandling ved behandlingsmål HbA1c ≤ 6.5 % (Bonds DE et al, BMJ. 2010)*

B X HbA1c ≤ 8.0 %

*Dette er det mest korrekte svaret og er i tråd med nyere retningslinjer, se over. I en retrospektiv kohortstudie av > 27 000 pasienter med type 2 diabetes (Currie et al, Lancet 2010) var mortaliteten lavest ved HbA1c 7.5-8.0%. Dette var mest uttalt ved insulinbaserte regimer, men kom også tydelig fram ved ikke-insulinbaserte regimer.*

C HbA1c ≤ 9.0 %

*Dette behandlingsmålet er ikke i tråd med retningslinjene. HbA1c mellom 8.5 og 9.0 % tilsvarer et gjennomsnittlig blodsukkernivå rundt 10.5-11.8 mmol/l. Pasienter med såpass dårlig blodsukkerregulering har økt risiko for diabetiske seinkomplikasjoner og kardiovaskulær sykdom.*

0000158073b7c795a5

46

En 40 år gammel mann har kontaktet fastlegen på grunn av slapphet og det gjøres en klinisk undersøkelse uten spesielle funn. Laboratorieutredning viser følgende: Hgb 13,6 g/dl (ref. 12,0-16,0 g/dl), Hvite 6,5 x 10<sup>9</sup>/l (4,0-10,0 x 10<sup>9</sup>/l), CRP <5 mg/l (ref. <5 mg/L), Kreatinin 87 µmol/L (ref. 60 - 105 µmol/L), ALAT 220 U/L (ref. 15-40 U/L), ALP 105 U/L (ref. 35-105), Ferritin 1230 µg/L (ref. <300 µg/L), jernmetning 75% (ref. 15-59%).

Hvilken diagnose er mest sannsynlig ut fra blodprøvene?

A Akutt fase reaksjon eller hemokromatose. Kan foreløpig ikke skille

*Ingen holdepunkter for akutfase*

B X Hemokromatose

*Høy jernmetning indikerer at ferritinverdien skyldes jernopphopning. Jernopphopning med sekundær leveraffeksjon blir det mest sannsynlige*

C Leversykdom

*Primær leversykdom kan gi ferritinøkning, men ikke økt jernmetning*

D Leversykdom eller hemokromatose. Kan ikke skille

*Se ovenfor*

0000158073b7c795a5

47

Du har vakt i akuttmottaket på et sykehus. Dit kommer en 68 år gammel tidligere stort sett frisk mann på grunn av nedsatt alimentilstand den siste uken. Han har hatt dårlig matlyst, men har fått i seg drikke. Han forteller at han siste døgn ikke har hatt vannlatning. Han er afebril, blodtrykket er 145/89, pulsen 74 regelmessig. EKG er normalt. Hjerter auskulteres normalt, det er lett knatring basalt over lungene, abdomen er adipøs og vanskelig å undersøke, men det er normale tarmlyder. Han bruker tamsulosin pga. prostatismeplager, men ellers ingen medikamenter.

Orienterende lab.prøver som er tatt og analysert mens han har ventet i akuttmottaket viser følgende:

kreatinin 854 mikromol/l (ref.: < 105)  
karbamid 31 mmol/l (ref.: 3,5 - 8,1)  
kalium 5,9 mmol/l (ref.: 3,6 - 4,6)  
natrium 134 mmol/l (ref.: 137 - 145)  
Hb 12,8 g/dl (ref.: 13,4 - 17,0)  
leukocytter  $9,8 \times 10^9/L$  (ref.:  $3,7 - 10,0 \times 10^9$ )  
trombocytter  $176 \times 10^9/L$  (ref.:  $145 - 390 \times 10^9$ )  
CRP < 5 mg/l (ref. < 5)  
Hva skal du gjøre først?

- A** Gi tilstrekkelig væske intravenøst for om mulig å få i gang diuresen  
*Her er det grunn til å mistenke prostatahypertrofi som årsak til anuri. Han har drukket godt, og fremstår ikke dehydrert, heller motsatt med rel høyt BT og knatring på lungene. Derfor skal ikke væske gis som første behandlingstrinn.*
- B** Gi insulin/glukoseinfusjon for å øke kaliumopptaket i cellene og dermed redusere hyperkalemien  
*Dette er riktig tiltak mot hyperkalemi, men viktigst er etablering av diurese. Han har ingen EKG-forandringer og ingen symptomer på hyperkalemi, og kaliumnivået er ikke faretruende høyt.*
- C X** Legge inn blærekateter og observere om det kommer urin  
*Her er det mistanke om urinretensjon pga prostatahyperplasi og postrenal nyresvikt. Ved etablering av åpne urinveier vil diuresen komme i gang, kalium vil falle raskt og en forventer rel. rask korreksjon av nyresvikten*
- D** Kontakte vakthavende nyrelege for oppstart av dialyse pga høy kalium og anuri  
*Nei, dette kan være aktuelt dersom diuresen ikke kommer i gang.*

0000158073b7c795a5

48

En 65 år gammel mann har hatt hypertensjon i over 10 år, men blodtrykket har ligget over 140/90 tross behandling med fulldose angiotensin2-blokker i kombinasjon med hydroklorothiazid 12,5 mg og kalsiumantagonist. Ved årets kontroll er blodtrykket 150/95. Han føler seg i fin form, han er adipøs, men klinisk undersøkelse er upåfallende forøvrig.

Lab:

kreatinin 98 mikromol/l (ref.: < 105)  
natrium 139 mmol/l (ref.: 137 - 145 )  
kalium 3,1 mmol/l (ref.: 3,6 - 4,6 )  
urinstix (gjentatt to ganger): albumin 2+, forøvrig negativ

Bør pasientens hypertensjon utredes videre, og hva bør man i så tilfelle utrede først?

- A X** Ja. Rekvirere renin og aldosteron etter ca to uker uten angiotensin 2-blokker på mistanke om primær hyperaldosteronisme  
*Riktig, behandlingsresistens gir mistanke om sekundær hypertensjon. Hypokalemi tross full RAAS-blokkade kan peke i retning av hyperaldosteronisme. Det er rimelig å starte utredningen med minimal invasiv undersøkelse som blodprøver.*
- B** Ja. Henvise til nefrolog for vurdering av nyrebiopsi på mistanke om primær nyresykdom  
*albuminuri kan være forårsaket av langvarig hypertensjon. Lite annet som tyder på nyresykdom som årsak til BT-stigning.*
- C** Ja. Rekvirere CT angio med kontrast på mistanke om nyrearteriestenose  
*Resistent hypertensjon gir mistanke om sekundær hypertensjon. En av årsakene kan være nyrearteriestenose. Det er ingen andre funn som peker i retning av nyrearteriestenose (plutselig stigning i blodtrykk og kjent aterosklerose), og CT med kontrast er en ressurskrevende undersøkelse som det vil være naturlig å vente med til etter lab.prøver.*
- D** Nei. Ingen utredning indisert. Naturlig utvikling av blodtrykket med økende alder hos adipøs pasient med essensiell hypertensjon.

0000158073b7c795a5

49

En 23 år gammel mann innlegges med gastroenteritt-lignende symptomer 1 uke etter han returnerte fra en reise i Tanzania. Det er reist spørsmål om dette kan være malaria. Hvilke undersøkelser er det korrekt å bestille for å diagnostisere malaria?

- A Blodkultur og malaria antigenest
- B Blodutstryk og spinalpunksjon
- C X Blodutstryk og malaria antigenest
- D Blodkultur og spinalpunksjon

0000158073b7c795a5

50

En mann på 38 år har hatt diabetes mellitus type 2 i 7 år, og brukt insulin de siste 4 år. Han bruker ellers ingen medikamenter. Han har jobbet på ulike byggeprosjekter over det meste av landet som maskinkjører og vært mye borte. Han kommer nå til en "hel-sjekk" mens han er hjemme en periode. Du finner at han har:

HbA1c 7,1 % (ref 4,3 - 5,6),  
kreatinin 135  $\mu\text{mol/L}$  (ref 60 - 108), eGFR 40 (ref > 90),  
kolesterol 5,2  $\text{mmol/L}$  (ref 3,3 - 6,9),  
u-stix: albumin 2+, ellers negativ,  
u-albumin/kreatinin ratio 87  $\text{mg/mmol}$  (ref < 2,5  $\text{mg/mmol}$ ),  
BT 145/78  $\text{mmHg}$   
Hvilket tiltak bør iverksettes først?

- A Starte behandling med Metformin i tillegg til insulinbehandlingen for å bedre glukosekontrollen.  
*skal ikke brukes ved GFR < 45*
- B X Starte med ACE hemmer i moderat dose, og relativt raskt titrere opp dosen  
*Pasienten har med stor sannsynlighet diabetes nefropati. Mest effektive tiltak er BT reduksjon og reduksjon av proteinurien, ytterligere bedring av blodsukkerreguleringen er ikke prioritet nummer 1. ACE i høy dose er viktig for både BT og proteinuri kontroll.*
- C Henvise til nefrolog for utredning av kombinert nyre- og pankreastransplantasjon.  
*Pancreastransplantasjon er kun aktuelt ved type 1 diabetes, for god nyrefunksjon for nyretx*
- D Henvise til endokrinolog for oppstart av insulinpumpebehandling  
*ikke indikasjon*

0000158073b7c795a5

51

Som legevakt mottar du en 67 år gammel mann med kjent cancer prostatae med skjelettmetastaser. Han har fra tidligere kjente lave ryggsmertener som nå er forverret med utstråling til begge underekstremiteter. Han angir at gangfunksjonen er forverret. Han går noe bredbent, men forflytter seg forøvrig greit på egen hånd. Han har inger forverret vannlating eller avføringsvansker. Ved undersøkelse finner du lett nedsatt kraft i begge underekstremiteter, men normal sensibilitet. Hva er riktigste vurdering av tilstanden og tiltak videre?

- A X Må avklare om det dreier seg om medullakompresjon. Innlegges som øyeblikkelig hjelp for utredning  
*Klassiske symptomer på medullakompresjon med blaterale smerter og begynnende nevrologiske utfall. Det haster og avklare om det dreier seg om medullakompresjon da nevrologiske utfall kan forverres og bli irreversible. Behandling haster hvis det dreier seg om medullakompresjon.*
- B Sannsynlig forverring av spredning til skjelett. Foreskriver langtidsvirkende opioid og laksantia
- C Sannsynlig ischias. Henvises CT Lumbo-Sacral-Columna
- D Sannsynlig kompresjonsfraktur på grunn av langvarig behandling med antihormonell medikasjon

0000158073b7c795a5

52

Hva er behandlingen ved cancer ani?

- A Kun kirurgi
- B Cellegift
- C Strålebehandling
- D X Cellegift og strålebehandling  
*Cellegift og strålebehandling er etablert primærbehandling i både kurativ og palliativ situasjon etter gjeldende retningslinjer. Det er klar evidens på at dette er bedre behandling enn alternativene.*

0000158073b7c795a5

53

Du er fastlege for en 65 år gammel kvinne som i en måned har kjent en kul i venstre axille. Hun har tenkt at det har vært en betennelse av at hun stakk seg i fingeren under opprydding i hagen rett før hun oppdaget kulen. Hun er i god almentilstand. Du palperer en 1,5cm stor uøm kul i venstre axille, fritt bevegelig mot underliggende vev. For sikkerhets skyld palperer du mammae og fossa supraclavicularis-regionen på samme side uten funn. Hva er riktigste vurdering av tilstanden og tiltak videre?

- A Uavklart tilstand. Henvises CT axille  
*Må henvise til brystdiagnostisk senter da det er brystkreft som må avklares. Ultralyd er den beste undersøkelsen for lymfeknutespredning til aksillen*
- B X Må utelukke foreliggende malignitet. Henvises nærmeste brystdiagnostiske senter  
*Må avklare om det dreier seg om lymfeknutespredning fra brystkreft. Negative palpasjonsfunn i mamma og fossa supraclav utelukker ikke en primær brystkreft med aksillespredning. Alder er typisk for debut av brystkreft.*
- C Sannsynlig kronisk lymfadenitt, liten mistanke om infeksjon eller malignitet. Ser det an og ber henne ta ny kontakt dersom den ikke er forsvunnet om en måneds tid.  
*Må avklare om det kan dreie seg om malignitet.*
- D Sannsynlig infeksjon. Foreskriver antibiotika  
*Ingen åpenbare tegn til infeksjon*

0000158073b7c795a5

54

Litium, valproat, karbamazepin og lamotrigin er såkalte stemningsstabiliserende legemidler. Hvilket av dem er en kraftig enzyminduktor og kan forårsake mange legemiddelinteraksjoner?

- A Valproat
- B Litium
- C Lamotrigin
- D X Karbamazepin

0000158073b7c795a5

55

Analgetika av opioidtype har en felles farmakologisk virkningsmekanisme, og deler også bivirkningspanorama. Hva er den alvorligste dosebegrensende bivirkningen ved bruk av denne legemiddelgruppen?

- A X Respirasjonsdepresjon
- B Avhengighet
- C Dysfori
- D Obstipasjon

0000158073b7c795a5

56

Du er fastlege for ei 14 år gammel jente som kommer til deg på grunn av uregelmessig menstruasjon. Hva er den mest sannsynlige årsaken til dette?

- A X Anovulasjon  
*Hyppig tilstand de første åra etter menarche*
- B Ekstrauterint svangerskap  
*Mye sjeldnere enn anovulasjon. Kan ha vaginal blødning ved ekstrauterint svangerskap, men ved lengre tids svangerskap utenfor livmor ville pas fått akutt abdomen.*
- C Traume  
*Kunne forklare ei akutt blødning, men ikke uregelmessig menstruasjon*
- D Cervixcancer  
*Sjelden tilstand. Aktuelt for kvinner som har debutert seksuelt.*

0000158073b7c795a5

57

Hvilken av følgende tilstander kan diagnostiseres ved hjelp av hysteroskopi?

- A Endometriose
- B Polycystiske ovarier
- C Meigs syndrom
- D X** Endometriepolypp  
*Hysteroskopi er en undersøkelse hvor man kan diagnostisere forandringer inne i uterus. Endometriepolypp er eneste riktige alternativ*

0000158073b7c795a5

58

Ei 25 år gammel kvinne får på ultralyd påvist en ovarialtumor på 5 cm i diameter. Preoperativ CA125 var 57 kIE/L (normalt <35 kIE/L). Ved laparoskopi ser man en ovarialcyste, og ved forsøk på reseksjon går det hull på cystekapselen som tømmes for tykt brunlig innhold. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Dermoid  
*Inneholder oftest flere vevskomponenter som talg, hår og tenner*
- B Serøst cystadenocarcinom  
*Inneholder serøs væske*
- C X** Endometriom  
*Endometriomer inneholder tykt brunlig innhold. Kan ha lett forhøya CA125.*
- D Follikkelcyste  
*Inneholder ikke tykt brunlig sekret.*

0000158073b7c795a5

59

En 70 år gammel mann er nyoperert for lårhalsbrudd og får en erytrocytt-transfusjon. Etter at omtrent 30 mL blod er gått inn begynner han å føle seg dårlig. Behandlende lege får mistanke om en akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon. Hva er de vanligste symptomene ved en slik reaksjon?

- A Kløende utslett og lett blodtrykksfall  
*Utslett/urtikaria er karakteristisk for allergiske transfusjonsreaksjoner.*
- B Hodepine og tungpust  
*Symptomer som er vanlige ved anafylaktiske eller non-hemolytiske febrile transfusjonsreaksjoner*
- C Feber og blodtrykksstigning  
*Feber kan sees ved akutte hemolytiske transfusjonsreaksjoner, men blodtrykket vil falle, ikke stige*
- D X** Frysninger og smerter i brystet og ryggen  
 *Dette er noen av de vanligste symptomene ved en akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon*

0000158073b7c795a5

60

En kvinne (46 år) er hos fastlegen for smerter i håndleddene. Plagene har vært nokså konstante i et par måneder og de hemmer aktivitetene hennes i hverdagen. Leddene har ikke vært hovne eller røde, men de føles stive og vonde når hun våkner om morgenen. Hun har også ubehag fra høyre kne hvis hun går langt. Hun skadet dette kneet ved et fall på ski i ungdommen. Det er tatt blodprøver med følgende svar:

ANA-screening (anti-nukleære antistoffer)	CRP (C-reaktivt protein)	Anti-CCP (anti-tykkelige citrullinerte peptider)
Negativ	5,7 mg/L (referanseområde <5 mg/L)	3,1 U/mL (referanseområde: < 3,0 U/mL)

Hva er det riktigst at legen gjør her?

- A X** Rekvirere røntgenbilder av håndleddene og høyre kne for vurdering av artrose  
*Artrose er en mer sannsynlig diagnose enn revmatoid artritt ut fra klinikken og prøvesvarene. Røntgenundersøkelse kan gi avklaring*
  - B** Avtale kontroll og gjenta måling av CRP og anti-CCP om 3-6 måneder  
*Den lille CRP-økningen kan ha andre årsaker enn artritt. Anti-CCP (her angitt i enheter fra den nyeste analysen som brukes ved St. Olavs Hospital fra våren 2015) er så vidt over referanseområdet. Dette behøver ikke tilsi at kvinnen er syk og verdien er ikke høy nok til at den gir sterk mistanke om revmatoid artritt. Kontroll kan være indisert, men bør baseres på den kliniske tilstanden, ikke et bestemt tidsforløp.*
  - C** Henvise henne til revmatolog med tentativ diagnose revmatoid artritt  
*Inflammasjonsparametrene er så lave og klinikken såpass moderat at dette ikke er indisert. Anti-CCP rett over øvre referansegrense er lite spesifikk.*
- 

0000158073b7c795a5

61

En 51 år gammel mann kommer til deg på legekantoret for en rutinesjekk. Han er lett overvektig og røyker 5 sigaretter om dagen. Blodtrykket er 135/85 mmHg. Totalkolesterol er 6.5 mmol/L (referanseområde 3.9-7.8 mmol/L).

Hvordan vurderer du hans totalkolesterol?

- A** Verdien ligger i referanseområdet og er derfor ok  
*Anbefalt nivå er < 5.0 mmol/L. Spesielt ved tilleggsrisiko.*
  - B** Verdien ligger i referanseområdet, men dette gjelder ikke for røykere  
*Det er ikke egne referanseområder for røykere for totalkolesterol.*
  - C** Verdien ligger i referanseområdet, men dette er ikke tilpasset hans aldersgruppe  
*Referanseområdet beskriver de verdier man forventer å finne i aldersgruppen, ikke hva som er anbefalt med tanke på kardiovaskulær risiko.*
  - D X** Verdien ligger i referanseområdet, men er likevel høyere enn anbefalt verdi  
*Anbefalt nivå er < 5.0 mmol/L. Spesielt ved tilleggsrisiko. Referanseområdet beskriver bare hvilke verdier man forventer å finne i en antatt frisk populasjon. Avgrenses oftest av 2.5 og 97.5 persentilen.*
- 

0000158073b7c795a5

62

En 25 år gammel kvinne henvises til akuttmottaket på grunn av sterke smerter i mage og rygg. Ved undersøkelse finner du hypertensjon og takykardi. Hun forteller at flere i slekten har en sykdom som gjør at de kan bli akutt syke og så er det noe med fargen på urinen har hun hørt. Hvilken tilstand er det viktigst å utelukke hos denne pasienten?

- A** Purple urine bag syndrome
  - B X** Akutt intermitterende porfyri  
*Den vanligste av de akutte porfyriene i Norge, kan gi avorlige akutte nevroicerale symptomer, gir ikke hudsymptomer*
  - C** Arvelig hemokromatose
  - D** Porfyria cutanea tarda  
*Er ikke arvelig, gir hudsymptomer og gir ikke akutte nevroicerale anfall*
- 

0000158073b7c795a5

63

En dame på 74 år kommer til kontroll hos deg som fastlege. Hun ble nettopp utskrevet fra sykehus og i følge epikrisen skal du kontrollere en del laboratorieanalyser. Pasienten er nå sprek og har gått 1 km før hun kommer til legekantoret kl 08.30. På sykehuset ble prøvene tatt om morgenen, mens hun var sengeliggende. På legekantoret tas prøvene sittende. Hvilke konsekvenser kan dette ha for tolkning av de analysene du nå kontrollerer?

- A** Dette har bare betydning for konsentrasjonen småmolekylære forbindelser.
  - B** Så lenge prøvene er tatt på samme tid av døgnet får det ingen konsekvenser
  - C X** Konsentrasjonen av noen analytter kan endres avhengig av liggende eller sittende stilling.  
*For større molekyler som ikke passerer kapillærveggen, kan dette ha påvirkning, ca 5-10% høyere ved oppreist stilling for en del analyser.*
  - D** Så lenge det er samme laboratorium som har analysert prøvene betyr det ingenting.
- 

0000158073b7c795a5

64

Hvilken påstand er mest korrekt for Ebolavirus?

- A Viruset smitter via luft og virusmengden minsker utover i sykdomsforløpet
- B X** Viruset smitter via kroppskontakt og virusmengden øker utover i sykdomsforløpet
- C Viruset smitter via kroppskontakt og virusmengden minsker utover i sykdomsforløpet
- D Viruset smitter via luft og virusmengden øker utover i sykdomsforløpet

0000158073b7c795a5

65

Hvor stor andel av gravide kvinner i Norge er immune mot Toxoplasma gondii-infeksjon?

- A X** 10%
- B 50%
- C 0%
- D 90%

0000158073b7c795a5

66

Hvilke symptomer/funn er mest forenlig med hyperemesis gravidarum?

- A Diabetes mellitus, hyperthyreose, vekttap >5%, munntørrhet
- B X** Dehydrering, elektrolyttforstyrrelse, vekttap >5%, ketonuri
- C Fatigue, vekttap >5%, glukosuri, SGA
- D Vekttap >5%, ketonuri, proteinuri. Fosteret er SGA (small for gestational age)

0000158073b7c795a5

67

Pasienten er 35 år gammel, hun har tidligere født 2 barn, begge er født i svangerskapsuke 30. Hun kommer til fødeavdelingen på din vakt med vannavgang i uke 23. Hva er det riktigst å gjøre med pasienten ?

- A Starte med progesteron for å hindre prematur fødsel  
*Fordi hun har født 2 ganger prematurt tidligere skal hun allerede ha startet med dette.*
- B Gi informasjon om mulighet for svangerskapsavbrudd pga dårlig prognose til fosteret  
*Svangerskapet er > 22 uker, i følge abortloven er avbrudd på grunn av en ikke sikker dødelig tilstand ikke tillatt.*
- C Starte med ri-hemmende medisiner dersom hun får rier  
*Ri aktivitet ved vannavgang er ofte forbundet med infeksjon og man skal derfor være tilbakeholden med å bruke det.*
- D X** Starte med antibiotika som infeksjonsprofylakse og steroider til lungemodning  
*Riktig svar, profylakse mot infeksjon og lungemodning skal gis fordi man forventer at dette foster kan ha mulighet for å være levedyktig om noen dager.*

0000158073b7c795a5

68

En 8 år gammel gutt er plaget av natt- og dagenurese. Han plages også av magesmerter. Mor søker råd hos legen. Legen kjenner familien fra før og vet at familierelasjoner og psykososiale forhold virker å være bra. Urinstiks normal. Hva bør legen gjøre først?

- A X** Kartlegge avførings- og toalettvaner og undersøke om gutten er obstipert
- B Henvise til ultralyd urinveier og starte opp med desmopressin (ADH-analog)
- C Henvise til ultralyd urinveier, henvise til helsestasjon for oppstart av alarmmatte
- D Innskjerpe viktigheten av å drikke mindre på kveldstid og ikke bruke bleie

0000158073b7c795a5

69

Du har legevakt en søndag formiddag og blir oppringt av mor til ei 13 år gammel jente. Mor forteller at jenta kvelden før var ute sammen med venner. Hun hadde fått smake noe hun trodde var brus, men ble raskt overstadig beruset og fikk "black out". Når jenta våknet var hun uten truse og hadde vondt i underlivet. Mor vet ikke hva hun skal gjøre, hun er fortvilet og ønsker hjelp. Hva er det aller første du bør gjøre?

- A X Be mor om å komme med jenta for sporsikring, prøvetaking og akutt helsehjelp
- B Be mor om så fort som mulig å kontakte kriminalvakta ved politiet for å anmelde saken
- C Ringe umiddelbart barnevernsvakta for å melde en bekymringsmelding
- D Be mor om å kontakte fastlege på mandag for undersøkelse og videre helsehjelp

0000158073b7c795a5

70

Du er fastlege for en gutt på 2 1/2 år som har hatt hyppige luftveisinfeksjoner siden barnehagestart i august 2015. I februar 2016 ble han akutt innlagt på sykehus på grunn av bronkiolitt. Det ble påvist rhinovirus. Etter innleggelsen hadde han slimete hoste i 2 måneder. Hosten hans har blitt noe bedre, men vedvarende symptomer med hoste på natt og i forbindelse med lek ute i kaldt vær. Han har atopisk eksem, men er ellers frisk. Mor og gutten kommer til ditt legekontor på grunn av hans langvarige hoste. Han har vært uten feber siste 4 uker. Hva er det riktigst å gjøre først?

- A Henvise han til barnelege for utredning av hosten  
*Mange barn har langvarig hoste. Dette er en typisk konsultasjon i almen praksis, hvor primær legen bør kunne starte noe utredning og evt behandling selv i forbindelse med første konsultasjon.*
- B Ta en neseseekret-prøve for å avklare om han har et annet luftveisvirus som gir hoste nå  
*Han har hatt hoste i 2 måneder og om du påviser ett virus neseseekret prøven nå, kan ikke dette alene, forklare hosten siste 2 måneder. Barn som går i barnehage har ofte virus i luftveiene. Med stor sannsynlighet vil du kunne påvise ett luftveis virus i neseseekret prøven du tar, som kan være en av flere mulige medvirkende årsaker til at hosten har vært tilstede den siste tiden. I dette tilfelle vil ikke det å ta en neseseekret prøve alene være den beste løsningen. Å ta neseseekret prøve kan gjerne kombineres med annen type utredning og evt behandling.*
- C X Starte behandling med korttidsvirkende beta2 agonist ved behov  
*Ved mistenkt astma, er det rett å starte behandling med korttidsvirkende beta2 agonist, som skal brukes ved behov.*
- D Starte behandling med daglige inhalasjonssteroider i lav dose  
*Ved mistenkt astma er det ikke første trinn i behandlingen å starte med faste inhalasjons steroider. Første trinn i behandlingen er å starte med korttidsvirkende beta2 agonist i noen uker, for å se om dette bedrer hans symptom. Hvis denne behandlingen ikke fungerer godt nok, vil det være riktig å supplere med faste inhalasjons steroider.*

0000158073b7c795a5

71

Du er fastlege for en 3 år gammel tidligere frisk gutt. De siste to ukene har han hatt blåflekker i huden på armer og bein. Han hadde feber og hoste for noen uker siden. Normal avføring og vannlating. Hadde en episode med neseblødning for 1 uke siden. Ved undersøkelse er han i god allmenntilstand, afebril, ikke respiratorisk besværet, noen blåflekker på armer og bein. Han har også noen små røde prikker på leggene som ikke forsvinner når du strekker litt på huden. Enkelte glandler på collum med største diameter 5 mm. Normalt over hjerte, lunger og abdomen. Ingen hevelse over ankler/legger/knær. Blodprøver viser følgende verdier:



Prøve	Verdi	Ref. område
Hb	11,5 g/dL	10,5-13,5 g/dL
MCV	79 fL	75-87 fL
MCH	28,8 pg	23,9-34,1 pg
Tot. leukocytter	5,0 x 10 <sup>9</sup> /L	4,0-14,0 x 10 <sup>9</sup> /L
Granulocytter	2,5 x 10 <sup>9</sup> /L	1,5-7,5 x 10 <sup>9</sup> /L
Trombocytter	12 x 10 <sup>9</sup> /L	145-390 x 10 <sup>9</sup> /L
CRP	<5 mg/L	< 5 mg/L
Kreatinin	30 µmol/L	23-37 µmol/L

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A** Henoch Schönleins/allergisk purpura (HSP)  
*HSP er en akutt vaskulitt som gir utslett, hudblødninger, leddaffeksjon (ofte hevelser i ankler/føtter), gastrointestinale symptomer (magesmerter/oppkast), ofte nyreaffeksjon, aldri trombocytopeni. Sykdomsbilde passer dårlig med det som er typisk for HSP.*
- B** Hemolytisk uremisk syndrom (HUS)  
*Som regel forutgått av gastroenteritt og da ofte, men ikke alltid, med blodig diare. Sjelden så uttalt trombocytopeni, som regel tydelig (hemolytisk) anemi, samt forhøyet kreatinin. Alt dette taler sterkt imot HUS.*
- C X** Idiopatisk/immunbetinget trombocytopenisk purpura (ITP)  
*Isolert trombocytopeni med bevaring av de andre cellerekkene kombinert med petekkier, echymoser og neseblødning samt fravær av glandelsvulst og hepatosplenomegali er nærmest diagnostisk for ITP i denne alderen. Ofte forutgått av en viral infeksjon.*
- D** Akutt lymfatisk eller myelogen leukemi (ALL/AML)  
*Han er i god allmenntilstand, det er ikke mye/store glandler, ikke stor lever/milt. Dette taler mot leukemi. Hematomer/petekkier kan sees ved debut av leukemi som følge av trombocytopeni. Normal Hb og normale granulocytter kombinert med fravær av glandelsvulst og hepatosplenomegali taler sterkt imot leukemi.*

0000158073b7c795a5

72

En gravid kvinne får spontane rier i svangerskapsuke 24. Hun innlegges på fødeavdelingen, og det startes rihemmende behandling. Hun informeres av barnelege om komplikasjoner til for tidlig fødsel, og at det vil være nødvendig med akutt, livreddende behandling til barnet hvis fødselen ikke lar seg stoppe. Til tross for rihemmende behandling går hun i fødsel.

Hva slags behandling vil det være nødvendig å gi barnet på fødestuen?

- A** Medisiner for å lukke ductus arteriosus, varme og glukose.
- B** Inhalasjonssteroider, varme og overtrykksventilasjon.
- C X** Ventilasjonsstøtte, surfaktant intratrachealt og varme.  
*Pustehjelp og varmekonserverende tiltak er det som må gjøres på fødestuen. Alt annet kan vente til etterpå.*
- D** Intravenøs ernæring, varme og intravenøse steroider.

0000158073b7c795a5

73

Hvor er det vanligst å finne et ekstrauterint svangerskap?

- A** Peritoneum
- B X** Tuba uterina
- C** Cervix uteri
- D** Ovarium

0000158073b7c795a5

74

Ei 43 år gammel kvinne kontakter deg som allmennlege på grunn av menoragi. Ved gynekologisk undersøkelse finner du ved bimanuell palpasjon en oppfylning som går nesten opp til umbilicus. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Dermoidcyste  
*Kan gi tilsvarende palpasjonsfunn, men pasienten har menoragi.*
  - B Svangerskap tilsvarende 16 uker  
*Kan gi tilsvarende palpasjonsfunn, men pasienten har menoragi.*
  - C Retroflektert uterus  
*Normalvariant. Kan ikke forklare palpasjonsfunnet der uterus er så forstørret.*
  - D X Myoma uteri**  
*Uterus er forstørret. Myoma uteri er den vanligste bekkentumoren hos kvinner i fertil alder, og gir ofte menoragi.*
- 

0000158073b7c795a5

75

Som helsestasjonslege møter du mor med datter på 7 år. Jenta lar moren snakke for seg: Hun vegrer seg for å gå på skolen, har mye vondt i magen, viser ingen glede i bursdagsselskaper, bortsett fra når hun selv har bursdag. Hun liker å være med mor på butikken, men vil ikke at mor skal dra ut alene. Hvilken tilstand er det mest sannsynlig at jenta har?

- A Sosial fobi  
*Ved sosial fobi viser engstelsen seg i møte med andre mennesker både ute og hjemme.*
  - B X Separasjonsangst**  
*Separasjonsangst er karakterisert ved engstelse når barnet ikke er sammen med primære omsorgsperson(er). Barnet motsetter seg atskillelse fra foreldre, og engstelsen vises når hun skal gå på skolen, i bursdager osv. Typisk er også bekymring for at det skal skje noe med foreldre (eller med en selv) som fører til atskillelse. Somatiske symptomer er vanlig.*
  - C Depresjon  
*Symptomer på depresjon (viser ikke glede) overskygges av angstsymptomene i kasuistikken.*
  - D Opposisjonell atferdsforstyrrelse  
*Ingen kjernesymptomer ved atferdsforstyrrelse er beskrevet.*
- 

0000158073b7c795a5

76

Anne (38 år) jobber som barnehageassistent og har vært borte fra jobb i 7 uker pga ryggmerter som hovedsakelig sitter lumbalt med utstråling til glutealregionen og på lateralsiden av venstre lår. Hun har kraftig nedsatte bevegelsesutslag i ryggen, men sensibiliteten i underekstremitetene er normal og hun har ingen pareser. Hun kommer til deg som fastlege fordi hun er bekymret og ønsker videre sykemelding.

Hva er riktigst at du som fastlege gjør først?

- A Henvise til MR  
*Det er ingen tegn til spesifikk sykdom i sykehistorien*
  - B Henvise tverrfaglig ryggrehabilitering  
*Andre aktiviserende tiltak bør forsøkes først*
  - C X Kartlegge psykososiale belastninger**  
*Viktig for å si noe om prognose og for å komme igang med riktig behandling*
  - D Inkalle til dialogmøte med arbeidsgiver og NAV  
*Det er arbeidsgiver som skal innkalle til slikt møte*
- 

0000158073b7c795a5

77

En 30 år gammel kvinne kommer på kontoret ditt og kan fortelle at de hun to siste uker har merket at høyre pupille er større enn venstre. Hun har også hatt noe hodepine.

Ved undersøkelse finner du at høyre pupille er stor og lysstiv. Den reagerer hverken ved direkte eller indirekte belysning. Du lurer på om den mydriatiske pupillen er forårsaket av et aneurysme på a. communicans posterior eller en annen ekspansiv prosess.

Hvilket anamnestic spørsmål er viktigst å stille for å kunne bekrefte eller avkrefte at det i tillegg til pupillefunnet, også foreligger affeksjon av de eksterne øyemuskler?

- A Har du vært kvalm i forbindelse med det aktuelle?  
*Se ovenfor*
- B Hvor har hodepinen i forbindelse med det aktuelle vært lokalisert?  
*Se ovenfor*
- C X Foreligger det dobbeltsyn?  
*Ved en skade av n. oculomotorius før avgangen av grenene til ganglion ciliare vil man alltid ha affeksjon av fibrene til de eksterne øyemuskulene med påfølgende diplopi. Poenget med dobbeltsyn er klart understreket i forbindelse med aneurysme på a. communicans posterior i forelesningsresymeene og forelesningene som forefinnes på læremiddelbanken.*
- D Har du hatt kraftig hodepine i forbindelse med at du bemerket den store pupillen?  
*Se ovenfor*

0000158073b7c795a5

78

En 76 år gammel kvinne venter på utredning med cerebral MR på grunn av at hun har blitt glemsk. Hun har nylig startet med et SSRI-preparat på grunn av nedstemthet. Hun får en kveld akutt innsettende intens hodepine. Legevakten legger henne inn som øyeblikkelig hjelp ved nevrologisk avdeling på kvelden kl. 23.00.

På nevrologisk avdeling på et universitetssykehus har du fått din første sommerjobb som lege og tar imot pasienten i akuttmottaket. Sykepleierne står klar til å sende pasienten raskt til cerebral CT. Du bestemmer deg for å hilse på pasienten og gjøre en rask orienterende undersøkelse før CT. Pasienten forteller at smertene begynte rundt venstre øye.

Du må åpne pasientens øyelokk fordi hun holder dem igjen. Du finner: Venstre øye er rødt. Pupillen er noe dilatert, og den reagerer ikke på lys. Hornhinnen er matt uten den blanke refleksjonen du ser på høyre øye. Du palperer øyet for å vurdere øyetrykket, og da finner du en tydelig sideforskjell. Venstre øye kjennes hardt.

Hva er det riktigst at du gjør med henne nå?

- A Du sier til pasienten at det er nok et øyeproblem, og hun kan trygt reise hjem med smertestillende medisiner. Du skal søke henne inn til øyelege i løpet av noen dager.  
*Dette vil forsinke enda mer, og utsette pasienten for unødig besvær.*
- B Øyefunnene stemmer dårlig med hodepinen, men pasienten har jo blitt glemsk. Hun bør få utredning med henblikk på intracerebral eller intraorbital tumor.  
*Anamnese, symptomer og funn stemmer godt overens. Oppstart med SSRI-preparat kan være utløsende årsak til akutt vinkelblokk hos disponerte personer. Glemskheten må ses på isolert fra den aktuelle akutte tilstanden.*
- C X Du kontakter øyeavdelingen for at pasienten skal legges inn der til videre oppfølging som øyeblikkelig hjelp fordi du mistenker akutt glaukom.  
*Ut fra den samlede informasjonen man får av anamnese og undersøkelse peker dette i retning av at pasienten har fått et akutt høyt øyetrykk, mest sannsynlig et akutt vinkelblokk. Det er flere hodepinevarianter som kan starte med rødt, rennende og smertefullt øye, men blakket hornhinne og palpabelt hardt øye tyder på akutt trykkstigning. Det er kun ett riktig svaralternativ, og det er at øyetrykket må ned forst mulig for å hindre varig synsskade. Dette må derfor behandles som øyeblikkelig hjelp.*
- D Du følger planen, sender pasienten på CT først for helt sikkert å utelukke intracerebral blødning. Det er også flere hodepinevarianter som starter med rødt smertefullt øye etterfulgt av intens hodepine. Så pasienten bør legges inn på nevrologisk avdeling, og du regner med at det i tillegg trengs et øyelegetilsyn i løpet av morgendagen.  
*Dette vil forsinke behandlingen av forhøyet trykk.*

0000158073b7c795a5

79

Kunnskap om risikofaktorer er ansett som viktig når en skal vurdere suicidalfaren hos pasienter. Hva er en risikofaktor?

- A Pasientens kliniske tilstand
- B En historisk faktor
- C X En statistisk faktor
- D Dine vurderinger

0000158073b7c795a5

80

Beinmassen reduseres med økende alder. Det samme gjelder for muskelmassen. Hvor stor andel av muskelmassen tapes gjennomsnittlig mellom 30-90 års alder?

- A Ca 70-80%
  - B Ca 10-20%
  - C X Ca 50%
  - D Ingenting
- Vist i flere studier av sarkopeni hos gamle.*

0000158073b7c795a5

81

En 39 år gammel kvinne har på skitur kjørt inn i en gren som slo mot høyre del av halsen. Dagen etter våkner hun opp på hytta med lammelse i venstre side. Hun kjøres ned fra fjellet og innlegges i sykehus. Som mottagende lege finner du komplett hemiparalyse, facialisparese og neglekt. CT viser sannsynlig carotidisseksjon og stort infarkt svarende til forsyningsområdet til hele a. cerebri media på høyre side. Hun blir gradvis trette. Hva er beste behandling nå?

- A Albyl-E (Acetylsalisylsyre)  
*Det diskuteres om ASA eller Klexane er best ved halsdisseksjoner, men i dette tilfellet er skaden allerede skjedd: Et stort og etablert mediainfarkt. Det er ikke feil å gi Albyl-E, men forhindrer ikke videre utvikling av malignt ødem i forløpet nå.*
- B Klexane (lavmolekylært heparin)  
*Det diskuteres om ASA eller Klexane er best ved halsdisseksjoner, men i dette tilfellet er skaden allerede skjedd: Et stort etablert mediainfarkt. Den akutte utfordringen er malign ødemutvikling*
- C X Hemikraniektomi  
*Tidlig hemikraniektomi gir klar overlevelsesgevinst hos pasienter med maligne mediainfarkt (88% vs. 47% 30-dagers overlevelse). Behandlingsresultatene er best hos pasienter < 60 år.*
- D Trombolyse  
*Nei. Her er man for sent ute. Man vet ikke helt når ictus var, men pasienten kom uansett sent til sykehus og et stort infarkt er allerede etablert på CT.*

0000158073b7c795a5

82

Mann 21 år oppsøker deg som lege i studenthelsetjenesten. Tidligere frisk. Han har siste 2-3 mnd hatt hyppige panikkanfall som kommer brått og uavhengig av situasjon, også om natten. Han ønsker behandling fordi han sover dårlig, har vedvarende økt angstnivå og vansker med å forlate studenthybelen fordi han er redd for nye anfall. Hva er anbefalt tiltak medikamentelt?

- A X SSRI  
*Førstevalg som medikamentell behandling ved panikk lidelse og kan gjerne startes opp i allmennpraksis, sammen med psykoedukasjon. Behandlingstiltak ellers er kognitiv terapi.*
- B Diazepam  
*Ikke anbefalt fordi prognosen har vist seg å bli verre. Kilde Nice guidelines 2011*
- C Ingen medikamentell behandling fordi det pleier å gå over av seg selv.  
*Panikk lidelse er som oftest en tilbakevendende eller kronisk lidelse (kilde: UptoDate/Panic disorder). Det er ofte utvikling av agorafobi i tillegg. Panikk lidelse med eller uten agorafobi kan medføre betydelige funksjonsvansker og høyt lidelsestrykk.*
- D Quetiapin  
*Kan ha angstdempende og søvndyssende effekt, men antipsykotika er ikke anbefalt som behandling ved panikk lidelse. Kilde NICE guidelines 2011*

0000158073b7c795a5

83

En 19 år gammel jente kommer til deg som fastlege etter at helsesøster på skolen har henvist henne. Jenta har alltid vært meget flink på skolen, hun har regnet med å søke på medisinerstudiet etter videregående. Hun er også en dyktig cellist og spiller i ungdomsorkester og hun er kretsmester i hekkeløp. Venninnene har meldt bekymring til helsesøster da jenta i de siste månedene har trukket seg tilbake fra venner og ser trist ut samt at hun er blitt veldig tynn. Hva er de mest sannsynlige differensialdiagnosene du skal avklare nå?

- A X** Anoreksi og depresjon
- B** Kreftsykdom og depresjon
- C** Hypertyreose og anoreksi
- D** Begynnende schizofreni og anoreksi

0000158073b7c795a5

84

En 19 år gammel mann har et stort rusproblem, primært amfetamin men også andre rusmidler. Det er alvorlig bekymring for hans helse. Han har tatt flere overdoser. Han er utredet ved psykiatrisk avdeling hvor man ikke har funnet noen lidelser ut over avhengigheten av rusmidler. Han er av fastlege og kommuneoverlege vurdert å være i fare for gå til grunne pga eget selvdestruktivt rusbruk i løpet av uker.

Hvilket lov er det relevant å vurdere her?

- A** Psykisk helsevernloven §3-3
- B X** Lov om sosiale tjenester §10-2  
*Ingen av de andre lovhjemplene kan brukes.*  
*Det at han har et rusproblem som ila overskuelig tid er vurdert å kunne medføre fare for livet hans passer med lovteksten i denne loven. Dette er undervist.*
- C** Pasientrettighetsloven §4a
- D** Straffeloven §47

0000158073b7c795a5

85

28 år gamle Peter fikk en schizofrenidiagnose for 8 år siden. Han har siden brukt antipsykotisk medisin litt "til og fra" og to ganger vært innlagt for forverring etter å ha autoseponert medisin. Man har byttet mellom litt ulike medisiner. Han vil nå gjerne slutte med medisin fordi han opplever bivirkninger av medisinen.

Hvilke bivirkninger skal du konkret spørre etter?

- A X** Trøtthet, redusert libido, kribling i beina, økt matlyst, stivhet i muskler
- B** Trøtthet, økt matlyst, stivhet i muskler, tinnitus, magesmerter
- C** Trøtthet, redusert libido, økt svette, økt matlyst, ømme muskler
- D** Trøtthet, kribling i beina, økt matlyst, dobbeltsyn,

0000158073b7c795a5

86

Du er fastlege for en mann på 60 år som bruker olanzapin (salgsnavn Zyprexa) i dose på 20 mg hver kveld pga tidligere maniske psykoser. Han har fått økende hoste og tungpust og har bestemt seg for å slutte å røyke.

Hva må du tenke på i denne situasjonen når det gjelder dosering av olanzapin fremover?

- A** Det er viktig å fortsette med antipsykotisk medisin i samme dose for å unngå flere endringer samtidig
- B** Han bør øke dosen olanzapin fordi den gir økt sannsynlighet for vellykket røykestopp
- C X** Han bør redusere dosen av olanzapin fordi konsentrasjonen av medisin i blodet vil øke når han slutter å røyke
- D** Han bør øke dosen antipsykotisk medisin fordi abstinensen fra nikotin kan gi tilbakefall av psykose

0000158073b7c795a5

87

En mann på 32 år er innlagt ortopedisk avdeling med fraktur i bekken, en arm og en legg etter at han har kjørt utenfor veien med bil i en sving. Han er operert men man forventer behov for flere operasjoner, han har moderate smerter og er bekymret for behandlingen videre. Han er tidligere frisk men har gått til samtaler hos psykolog etter et samlivsbrudd for noen år siden. Den tredje natten etter ulykken har han sovet svært lite og vært urolig. Han har virket redd når personalet har kommet inn til ham på natten og har pekt på en stellefrakk som henger på veggen. Man tilkaller lege og ved samtale er han lett ukonsentrert og kroppslig urolig, avslutter ofte setninger før han er ferdig og svarer delvis på siden av spørsmål. Han sier det går bra men virker plaget og vil være alene.  
Hva er mest sannsynlige lidelse?

- A Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)  
*Ikke beskrevet klare tegn til gjenopplevelse, og nedsatt konsentrasjon og uro i en slik grad uten at det er knyttet til selve traumeopplevelsen gjør at delir er mer sannsynlig*
- B X** Delir  
*Redusert konsentrasjon, atferden som tyder på desorientering, uro, forstyrret døgnrytme, brå start og somatisk sykdom i form av skade og operasjoner passer med delir. Har har dessuten sannsynlig økt sårbarhet for psykisk reaksjon pga tidligere plager samt får sannsynligvis sterke smertestillende medisiner som også øker risiko for delir.*
- C Depresjon med psykose  
*Ikke beskrevet depressive symptomer*
- D Akutt psykose  
*Kunne ha vært psykose men forløp, tegn til forvirring, søvmangel og døgnvariasjon tyder på delir. Delir er klart mere sannsynlig, se begrunnelse under dette svaralternativ.*

0000158073b7c795a5

88

En 42 år gammel kvinne blir tatt med til deg som legevakslege etter hun har forsøkt å ta seg inn i huset til en kjent skuespiller. Hun hevder de to er hemmelig gift, og at skuespilleren har invitert henne. Skuespilleren benekter at dette er tilfelle og hevder han ikke kjenner kvinnen, men forteller at han har mottatt flere hundre brev fra henne siste to år. Kvinnen lever ellers et tilbaketrukket og normalt liv, og har ikke vært på legevakten med lignende tidligere.  
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Schizoaffectiv lidelse  
*Sykehistorien er ikke schizofreniform, se også begrunnelse under svaralternativ schizofreni.*
- B Akutt polymorf psykose  
*Ikke riktig, tilstanden som presenteres i vignetten har vedvart over tid.*
- C Schizofreni  
*Pasienten presenterer ingen bisarritet, hallusinasjoner eller vesentlig funksjonssvikt.*
- D X** Vedvarende vrangforestillingslidelse ( paranoid psykose)  
*Isolerte erotomane vrangforestillinger, ellers normalt liv.*

0000158073b7c795a5

89

En 30 år gammel kvinne oppsøker deg som hennes fastlege. Hun har kjent bipolar lidelse, og har hatt flere tunge depresjoner de siste årene. I tillegg også hatt flere kortvarige og håndterbare hypomanier. Hun er nå i stabil og ganske god form, beskriver nøytralt stemningsleie som også passer godt med din kliniske vurdering. Hun ønsker å starte profylaktisk medikamentell behandling for sin bipolare lidelse. Hvilken medikamentell behandling er mest aktuell å starte med?

- A SSRI i monoterapi  
*Ikke førstevalg i monoterapi, dessuten omdiskutert grunnet risiko for maniutvikling*
- B X** Lamotrigin  
*Det dreier seg om en pasient med bipolar lidelse type II, og profylakse først og fremst mot depresjoner som er det som plager henne mest. Lamotrigin er da førstevalg, jmf også nasjonale retningslinjer 2012.*
- C SSRI i kombinasjon med Lamotrigin  
*Kobinasjon av flere preparater først naturlig å diskutere om en ikke kommer i mål med monoterapi*
- D Valproat  
*Mindre forebyggende effekt mot depresjoner, skal dessuten vært tilbakeholden med å gi dette til kvinner i fertil alder.*

0000158073b7c795a5

90

En 33 år gammel mann med kjent paranoid schizofreni er tatt med på legevakten av sine foreldre som han bor sammen med. Foreldrene har beskrevet gradvis forverring i hans tilstand siste 2-3 måneder, med økende omfang av psykotiske symptomer i form av auditive hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger. Han autoseponerte antipsykotisk medikasjon for ca 6 mnd siden. Familien er bekymret, aldri sett han så dårlig før og mener han må innlegges psykiatrisk sykehus. Forteller også om alvorlig utagering i tidligere psykosegjennombrudd. Du er som legevakt i hjemkommunen enig i behovet for innleggelse, men pasienten selv er helt uinteressert i innleggelse, mener selv han er frisk og ønsker heller ikke medisiner. Hvilket tiltak er riktigst?

- A Sende han hjem uten andre tiltak eller oppfølging, siden frivillighet først må forsøkes først  
*Ikke tilstrekkelig her, pårørende aldri sett han så dårlig, viser ikke sykdomsinnsikt og lite trolig at dette vil endre seg om tiden går ytterligere.*
- B Sende han hjem, og gi resept på antipsykotiske medisiner med foreldrene som de kan motivere han til å ta  
*Dårligere løsning, lite sannsynlig at han vil ta medisiner mtp liten innsikt og uttalelser om at han ikke er interessert. I tillegg kan det være vanskelig for foreldrene å få denne oppgaven slik formen hans er nå.*
- C Be politiet ta hånd om han på grunn av utageringsfare  
*Pasienten er syk og trenger behandling, ikke å havne i arresten.*
- D X Innleggelse på tvang (tvunget psykisk helsevern eventuelt tvungen observasjon)  
*I behov av behandling for bedring, kjent alvorlig sinnslidelse og tilfredsstillende i utgangspunktet vilkår for tvunget vern. Virker også som han har hatt effekt av behandling tidligere, noe som også er viktig mtp å komme i gang igjen med behandling. Frivillighet er vanskelig grunnet liten sykdomsinnsikt, samt at han ikke ønsker verken innleggelse eller medisiner.*

000015807367c795a5

91

En kvinne på 28 år kommer til legen og klager over søvnevansker; ligger våken 1-2 timer før hun sovner, våkner par ganger før hun endelig våkner kl 5, ligger og vrir seg til hun står opp. Bekymrer seg mye over søvnevanskene og manglende fungerer på dagtid pga disse. Sier hun ellers har det bra. Hvilken lidelse er mest sannsynlig?

- A Søvnapnoe
- B Depresjon
- C Forsinket søvnfasesyndrom
- D X Insomni

000015807367c795a5

92

Du har en kvinnelig pasient på 55 år på allmennlegekontoret. For ett døgn siden ble hun ganske akutt syk med roterende svimmelhet (gyratorisk), kvalme og oppkast. Hun blir noe bedre når hun ligger stille. Orienterende nevrologisk undersøkelse er uten anmerkning. Ellers finner du at pasienten har nystagmus mot venstre og ved rask dreining hodet mot høyre (head impulse test) følger øyet med i bevegelsen (patologisk). Det er normal hørsel og ingen øresus. Pasienten er afebril med normal CRP. Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A Epidemisk vertigo (Vertigo epidemica)  
*Det foreligger da infeksjonssymptomer*
- B X Vestibularis nevritt  
*Riktig, affeksjon høre øre med kanalparese her.*
- C Benign paroxysmal posisjonell vertigo(BPPV), krystallsyke  
*Det foreligger da ikke noen kanalparese (nedsettelse av vestibularisfunksjon) med patologisk hode-impulstest*
- D Morbus Meiere (Menieres sykdom)  
*Det foreligger da hørselsnedsettelse og/eller øresus*

000015807367c795a5

93

Du har en mannlig pasient på 48 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 33. Han er litt dagtrøtt og snorker kraftig, noe som forstyrrer kona. Har pasienten søvnapnø, og i så tilfelle hvilken grad?

- A Han har alvorlig søvnapnø  
*Det er bare ved AHI over 30*
- B Han har moderat søvnapnø  
*Dette er ved AHI 15-30*
- C Han har ikke søvnapnø, kun snorking  
*Grensen for søvnapnø er AHI på 5*
- D X Han har lettgradig søvnapnø  
*Ja, intervall AHI 5-15*

0000158073b7c795a5

94

En mann på 56 år kommer for en helseundersøkelse til deg som fastlege. Han har opplevd at to han kjenner har fått larynxcancer (kreft i strupehodet) som er en av de vanligste hode-hals cancerne, har han hørt. Han spør deg om hva som er det viktigste han selv kan gjøre for å unngå få denne sykdommen, eller om det ikke er noen kjente faktorer. Hva er det beste svaret du kan gi?

- A Han må unngå å bli smittet av HPV .  
*HPV spiller sannsynligvis en mye mindre rolle enn røyking i larynx - derimot en noe større rolle i utvikling av orofarynxcancer*
- B Han må unngå overdreven stemmebruk  
*Dette kan gi heshet og sangerknuter, men ikke kreft*
- C Han trenger ikke å gjøre noe spesielt da årsaken er hovedsaklig genetisk  
*Den viktigste faktor er røyking (plateepitelcarcinomene som utgjør 90%)*
- D X Han må unngå å røyke

0000158073b7c795a5

95

En 19 år gammel gutt kommer til legekantoret med sin far. Det angis at gutten har hatt en rekke episoder av rundt ett minutt varighet der han plutselig blir fjern med stirrende blick. Forut for anfallene har han hatt uvelhetsfølelse i magen som har bredt seg oppover i brystet. Hva er den mest sannsynlige årsaken?

- A Absensepilepsi
- B Nærsynkoper
- C X Komplekse partielle epilepsi anfall  
*Fokale anfall med nedsatt bevissthet (komplekse partielle anfall) varer vanligvis drøyt et minutt og kan være innledet av autonom aura. Vanligste utgangspunkt er mediale temporallapp. Absenser varer vanligvis kortere og er ikke innledet av subjektive initialsymptomer.*
- D Psykogene non-epileptiske anfall

0000158073b7c795a5



96

Som turnuskandidat på vakt i distrikt blir du oppsøkt av en mann på 62 år, på grunn av hodepine. Du kjenner ham fra før fordi han siste år hatt en type 2 diabetes som har vært regulert med kosthold. Han har gått ned en del i vekt, og han røyker ikke. Nå klager han over kraftig smerte i høyre side av ansiktet og øyeregionen, og det er litt smalere øyespalte og litt mindre pupille på høyre enn venstre side. Smerten hadde startet nokså brått på morgenen 6 timer tidligere og har økt på. Ved en vanlig nevrologisk undersøkelse finner du ingen andre utfall. Blodtrykket er 170/110 og pulsen 88, regelmessig. Det er ingen bilyder over hjerte eller halskarene, men svak puls på fotryggen i underekstremitetene. Du vurderer innleggelse akutt for å avklare situasjonen. Hvilken diagnose er mest viktigst å kunne utelukke gjennom supplerende undersøkelser i sykehus?

- A** Klasehodepine  
*Smerten sitter ofte i det området, og et Horner-lignende bilde forekommer ikke sjelden. Oftest vil pasienten ha hatt flere anfall, og anfallene er nesten alltid under 3 timer lange. det er heller ikke så viktig å utrede akutt.*
- B** Høyresidig maxillærsinusitt  
 *Dette vil ikke gi Horner's syndrom, og trenger vanligvis ikke akutt innleggelse.*
- C** Diabetisk mononevritt i nervus ophthalmicus.  
*Affeksjon av denne nerven gir ikke Horner' syndrom, og det er ikke så akutt farlig.*
- D X** Carotisdisseksjon høyre side  
*Det er en typisk sykehistorie. Smerte på samme side er første symptom, og snaut halvparten får Horner's syndrom. Stor fare for hjerneslag! Knyttet til vanlige kardiovaskulære risikofaktorer.*

0000158073b7c795a5

97

Du er som legevaktslege tilkalt til en 24 årig mann. Han har de siste dagene gradvis utviklet økende uro og agitasjon. Pårørende er fortvilte. De ser han har det vanskelig. Han finner ikke ro, vandrer hvileløst rundt, og klarer ikke å sitte i ro mer enn noen få minutter av ganger, sliter med søvn. Det har også vært noe økende irritabilitet. De forteller at han har fått diagnosen schizofreni og at de mistenker at han har brukt cannabis innimellom. De kan heller ikke utelukke bruk av andre stoff som amfetamin. For noen uker siden hadde han en periode med søvnløshet. Fastlegen la da til nye medisiner. Pårørende har relativ oversikt over de ulike preparater han bruker. Det viser seg å være Risperdal consta (risperidon depotinjeksjon) 50 mg hver annen uke, Abilify (aripiprazole) tabl 15 mg morgen og Seroquel (quetiapine) 200 mg til kvelden. Hvordan skal du best forklare forverringen for pasient og familie?

- A X** Pasienten har fått bivirkninger på grunn av at den totale mengde antipsykotika har blitt stor.  
*Pas har fått akatisi pga mye antipsykotika.*
- B** Pasientens uro indikerer at han har brukt amfetaminpreparater.
- C** Pasienten har fått økt uro på grunn av rusmiddelbruken.
- D** Den uro pasienten har er typisk for pasienter med schizofreni.

0000158073b7c795a5

98

En 44 år gammel tidligere frisk ingeniør kommer til fastlegen da han lurer på om han kan ha en kreftsykdom. Alternativt tror han bare han er helt utslitt. Han har mistet all energi det siste halvåret, har ikke overskudd til å være med på noe sosialt med venner og han sitter lange dager - samt helger - på jobben da han aldri blir ferdig med det han tenker han burde ha gjort. Han sier han nå fungerer så dårlig at han skaper store problemer for firmaet han jobber i, og han mener firmaet kan få økonomiske problemer pga dette. Han er nå alvorlig bekymret for han har mistet all matlyst og gått ned i vekt 8 kg siste halvår. Han greier heller ikke glede seg over noe. Han har også etterhvert fått store smerter generelt i kroppen. Ved somatisk undersøkelse har han puls på 80 / min, blodtrykket er 126/82, Hb 14,6 og CRP <5.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Malign sykdom  
*Mindre sannsynlig statistisk samt enda mindre sannsynlig med normal somatisk status.*
- B Hypotyreose  
*Har ikke lav puls og er ikke angitt å fryse. Har derimot mange typiske depresjonstegn - derfor er det mer sannsynlig.*
- C X Depresjon  
*Han har mange kardinaltegn på depresjon med energitap, anhedoni (tap av glede) tap av matlyst og tilhørende vektap, pessimisme, skyldfølelse (firma økonomisk problem). Depresjon er mest sannsynlig statistisk da - selv om noen diff diagnoser fortsatt er mulig og potensielt meget alvorlig. Når han videre har normal somatisk status er ikke dette sannsynlig revma, kreft eller hypotyreose. Spørsmålet er uansett mest sannsynlig og da er depresjon det mest vanlige.*
- D Revmatisk lidelse  
*Mindre sannsynlig uten feber med normal CRP og med klassiske depresjonssymptomer.*

0000158073b7c795a5

99

En 39 år gammel kvinne oppsøker deg som sin fastlege. Tidligere frisk. Har hatt samlivsvansker siste året og vært nedstemt siste 6 mnd. Siste måneden har tilstanden forverret seg og hun har hatt økende vansker med å fungere både hjemme som mor til to barn på 6 og 10 år og på jobb som sykepleier. Den siste uken har hun vært borte fra jobb og for det meste ligget i sengen. Hun har økende selvmordstanker, men ikke planer. MADRS er 27 poeng og generelle blodprøver er ua. Hun sykemeldes pga funksjonssvikten og ønsker behandling. Hvilken behandling er best tilpasset hennes problematikk?

- A Oppfølging hos fastlege med ukentlige støttesamtaler med fokus på samlivsproblemene.  
*Et bra tiltak ved lett nedstemthet pga vanskelig livssituasjon uten funksjonssvikt eller kun lett funksjonssvikt*
- B Oppstart med antidepressiva og ny time hos fastlege for oppfølging om 2 uker.  
*Ved moderat til alvorlig depresjon anbefales kombinasjon av psykologisk og medikamentell behandling, ved økt suicidalitet anbefales hyppigere/ukentlig oppfølging*
- C Henvvisning til psykologisk behandling og ny time hos fastlege om 2 uker for oppfølging.  
*Ved mild til moderat depresjon med lett funksjonssvikt og lav suicidalfare er det et bra tiltak, men ikke for denne tilstanden.*
- D X Oppstart med antidepressiva og henvvisning til psykologisk behandling med ny time om 1 uke hos fastlege for oppfølging  
*Ved moderat til alvorlig depresjon er det anbefalt å kombinere psykologisk behandling med bruk av antidepressiva. Ved mistanke om økt suicidalfare anbefales oppfølging ukentlig inntil tilstanden er avklart/i bedring (NICE guidelines og depresjonsveilederen)*

0000158073b7c795a5

100

En 57 år gammel kvinne kommer gående til fastlegen sammen med sin mann. Hun føler seg i dårlig allmenntilstand. Hun er stiv, spesielt om morgenen og hennes mann må hjelpe henne opp av sengen. På legekontoret må hun ha hjelp til å ta av seg kåpen. Hun forklarer seg greit. Hun har ingen feber, hodepine eller synsforstyrrelser. Hun har problemer med å reise seg fra stolen samt heve armene over hodet. Ingen nevrologiske utfall. Blodprøver (normal verdier i parentes): Hb 10.5 g/dL (11.5-15.5) Leukocytter 10.9 x 10<sup>9</sup>/L (3.7-10.0) Trombocytter 500 x 10<sup>9</sup>/L (150-400) SR 57 mm/time (1-21) CRP 44 mg/L ALAT 40 U/L (10-45) Kreatinin 90 mikromol/L (50-90) Urinstix normal  
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Temporalis arteritt  
*Polymyalgi symptomer med stivhet kan forekomme samtidig med TA og kan således ikke utelukke. Men det er ingen hodepine eller synsforstyrrelser og derfor mindre sannsynlig*
- B Revmatoid artritt  
*Morgen stivhet kan passe men det er ikke beskrevet artritt, symmetrisk artritt i små ledd er mer typisk RA*
- C X Polymyalgia Rheumatika  
*Proximal stivhet, forhøyet SR og lite andre funn hos pasient > 50 taler for*
- D Ankyloserende spondylitt  
*Debuterer vanligvis før 45 med smerter stivhet i rygg*

000015807367c795d5