

**MFFAGPR - Fagprøven for leger utdannet utenfor EU/EØS
og Sveits Høst 2021
Eksamensdato: 2021-11-23**

1

På postoperativ avdeling er en 56 årig kvinne i ferd med å våkne etter en laparoskopisk refluksoperasjon av spiserøret. Bortsett fra betydelig overvekt er hun tidligere frisk. LIS1-lege blir tilkalt fordi det ikke ser ut som pasienten klarer å holde fri luftvei etter ekstubasjonen. Hun er fortsatt ikke riktig «våken».

Hva bør gjøres?

- A Gi naloxone intravenøst
- B Holde kjevetak og gi oksygen
- C Forsøke re-intubasjon
- D Legge inn en nasopharyngeal luftvei («kantarell»)

0000261b2ecc396228

2

En 78 år gammel kvinne som mistet bevisstheten hjemme, ligger nå i respirator på intensiv i påvente av en cerebral CT. Hun er liten og tynn (under 50 kg) og har uttalt karsykdom, aortastenose (som er planlagt operert) med redusert funksjon av venstre ventrikel. Hun får plutselig atrieflimmer (hjerterefrekvens 130/min, uregelmessig) og blodtrykket faller til under 80 mmHg systolisk.

Hvordan best bedre pasientens sirkulasjon?

- A Infusjon kalsiumblokker
- B Infusjon amiodaron (antiarytmikum)
- C Intravenøst væskestøt
- D Elektrokonvertering

0000261b2ecc396228

3

En 65 år gammel kvinne ble operert for kreft og fikk adjuvant cellegift. Behandlingen var vellykket og hun ble kurert for kreften. Mot slutten av cellegiften begynte hun å få symptomer på perifer nevropati. Hun har nå utviklet brennende og lynende smerter i begge beina. Hun oppsøker deg på fastlegekontoret og du vurderer at dette er en nevropatisk smerte, som er en velkjent bivirkning.

Hvilken medikamentell behandling vil gi best hjelp?

- A Paracetamol og NSAIDs
- B Gabapentinoider og tricykliske antidepressiva
- C Morfin depottablett og paracetamol
- D Morfin depottablett fast, og hurtigvirkende morfin ved behov

0000261b2ecc396228

4

En 24 år gammel kvinne ble kritisk skadd i en trafikkulykke for 4 dager siden, hvor kjæresten skulle hjelpe henne med flyttelass til nytt studiested. Hodeskadene er omfattende og nevrokirurgene forteller til kjæresten at hun ikke vil overleve. Du er LIS1-lege og har vært med på visitten tidligere. Når du går forbi senere samme kveld forteller kjæresten at pasienten har et donorkort og at de har diskutert donasjon flere ganger.

Hvilke regler gjelder i et slikt tilfelle?

- A Donasjon kan avgjøres av kjæresten dersom han er registrert som nærmeste pårørende
- B Donorkort avgjør at pasienten har sagt ja til organdonasjon
- C Donasjon må alltid avgjøres av nærmeste pårørende, foreldre eller søsken
- D Donorkort er bare gyldig når det er utfylt/lastet ned de siste 12 måneder

0000261b2ecc396228

5

Du jobber som LIS1 i akuttmottak. Pasienten er en 43 år gammel kvinne som har pådratt seg et langt kutt på leggen. Du glemmer å spørre pasienten om tidligere sykdommer eller allergier før du syr henne.

I det du er i ferd med å trekke opp ditt andre glass med lokalbedøvelse bemerker pasienten prikking rundt munnen før hun mister bevisstheden og får krampes. SpO₂ faller til 90%, BT er 150/77 mmHg. Hjerterytmen er ikke leselig pga. krampene. Pasienten puster ikke normalt så sykepleieren tar en maske-bag med oksygen og holder fri luftvei på pasienten.

Hvilket tiltak er det mest riktig å iverksette først?

- A** Gi pasienten 0,5 mg adrenalin intramuskulært
- B** Gi pasienten 10 mg diazepam intravenøst
- C** Gi pasienten 30mg/kg valproat, eller 15mg/kg fosfenytoin intravenøst
- D** Gi brystkompresjoner i tillegg til ventilasjon

0000261b2ecc396228

6

Du skriver inn en 74 år gammel mann som skal opereres neste dag. Han har hypertensjon, diabetes type 2, og røyker. Han skal til en elektiv artroskopi av høyre kne, på grunn av mangeårige knesmerter. (På dette sykehuset gjøres artroskopi i narkose, eventuelt spinalanestesi).

Ved undersøkelse finner du en systolisk bilyd grad III, ikke tidligere beskrevet. Han forteller at formen har blitt dårligere siste halvår og må stoppe i trappen til andre etasje.

Hvordan håndteres pasienten best videre?

- A** Pasienten er for syk til å kunne opereres for sine kneplager
- B** Dette er et kort inngrep og operasjonen kan derfor gjennomføres
- C** Pasienten bør utredes og eventuelt behandles før han skal opereres
- D** Dette er ikke alvorlig nok til å avlyse en operasjon

0000261b2ecc396228

7

Du er LIS1-lege på kirurgisk avdeling. En mann i 60-årene kom inn for noen timer siden etter fall i hjemmet fra egen høyde. Han er antikoagulert på grunn av atrieflimmer. Traumemottak avdekket en moderat subdural blødning, og ikke tegn til andre skader. Glasgow Coma Scale score har vært stabil på 11 siden han kom. Han skal flyttes i ambulanse 30 minutter til nevrokirurgisk avdeling.

Hvordan skal han leies under transporten?

- A** Han legges flatt på rygg
- B** Han legges på rygg med overkroppen elevet til 30-45 grader
- C** Han legges i stabilt sideleie
- D** Han kan ligge som han vil

0000261b2ecc396228

8

Du er LIS1-lege i kommunal legevakt. En kvinne i 40-årene med kjent rusmisbruk er funnet hjemme med nedsatt bevissthet. Hun har Glasgow Coma Scale score på 11, respirasjonsfrekvens på 12, blodtrykk 110/70 mmHg og puls på 65. Hun lukter alkohol, og har en kroppstemperatur på 29°C. Ingen åpenbare skader.

Hva er korrekt videre behandling?

- A** Hun skal til nærmeste traumesenter for oppvarming med hjerte-lungemaskin/ECMO
- B** Hun skal akutt innlegges til avrusning på nærmeste institusjon
- C** Hun skal observeres i kommunal akutt døgnplass under ledelse av vakthavende allmennlege
- D** Hun skal til nærmeste akuttsykehus for ekstern oppvarming

0000261b2ecc396228

9

Du er fastlege for en 54 år gammel mann som i 25 år har arbeidet i bygg- og anleggsbransjen. Han har dels arbeidet som tømrer, men har også i lange perioder hatt arbeid som medførte boring og saging i betong. Han har gradvis utviklet plager med nummenhet i begge hender. Han har også smerter i begge händledd, spesielt hvis han må løfte noe tungt. Han har i tillegg opplevd problemer med å håndtere små deler som skruer og spiker. Han har ikke opplevd Raynauds fenomen. EMG og nevrografi er utført uten at noe patologisk er påvist.

Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A Händleddsartrose
- B Perifer polyneuropati
- C Händ-/armvibrasjonsskade
- D Karpaltunnelsyndrom

0000261b2ecc396228

10

60 år gammel mann som har jobbet 35 år som maler kommer til fastlegen med eksem på hender og i panna. Han er tidligere hudfrisk og bruker ingen medisiner. Det siste året har han opplevd flere episoder med blemmer og kløende utslett på hendene. Plagene har tidligere gått over uten behandling i forbindelse med lengre ferier. Han får tilbake plagene få dager etter at han er tilbake på jobb etter ferie.

Ved undersøkelsen finner du generelt tørr hud på hendene og sprekkdannelse på flere fingre. I panna sees ekskoriasjoner etter at han har klødd. Ingen lesjoner på huden for øvrig. Du starter med steroidsalve og sykmelder pasienten.

Hva er mest riktig videre håndtering av pasienten?

- A Henvise han til epikutantesting
- B Ta blodprøve med tanke på allergi
- C Henvise han til biopsi
- D Henvise han til prikktesting

0000261b2ecc396228

11

En 55 år gammel mann har tatt CT thorax pga. langvarig hoste uten at man påviste patologi i lunge/mediastinum, men det beskrives en 2 cm stor tumor i venstre binyre. Pasienten har ikke symptomer som kan tyde på hormonell aktivitet i binyre.

Hva er neste tiltak?

- A Henviser pasienten direkte til kirurgi
- B Forklarer ham at det ikke har betydning og man trenger ingen videre utredning
- C Henviser til endokrinolog
- D Henviser til cytologisk prøve

0000261b2ecc396228

12

Som vakthavende LIS1 skal du tilse en 51 år gammel mann som ble operert samme dag. Mannen hadde et stort struma, og det er gjort total thyroidektomi. Når du kommer inn på rommet, ser du en mann som sitter framoverlent i senga. Han er blek. Han er tydelig anstrengt i pusten, og du hører inspiratorisk stridor. Det er en stor hevelse på halsen i det opererte området. Ifølge sykepleieren var alt helt normalt til for ca. 15 minutter siden. Da ringte pasienten på klokka fordi han følte press på halsen og økende pustebesvær.

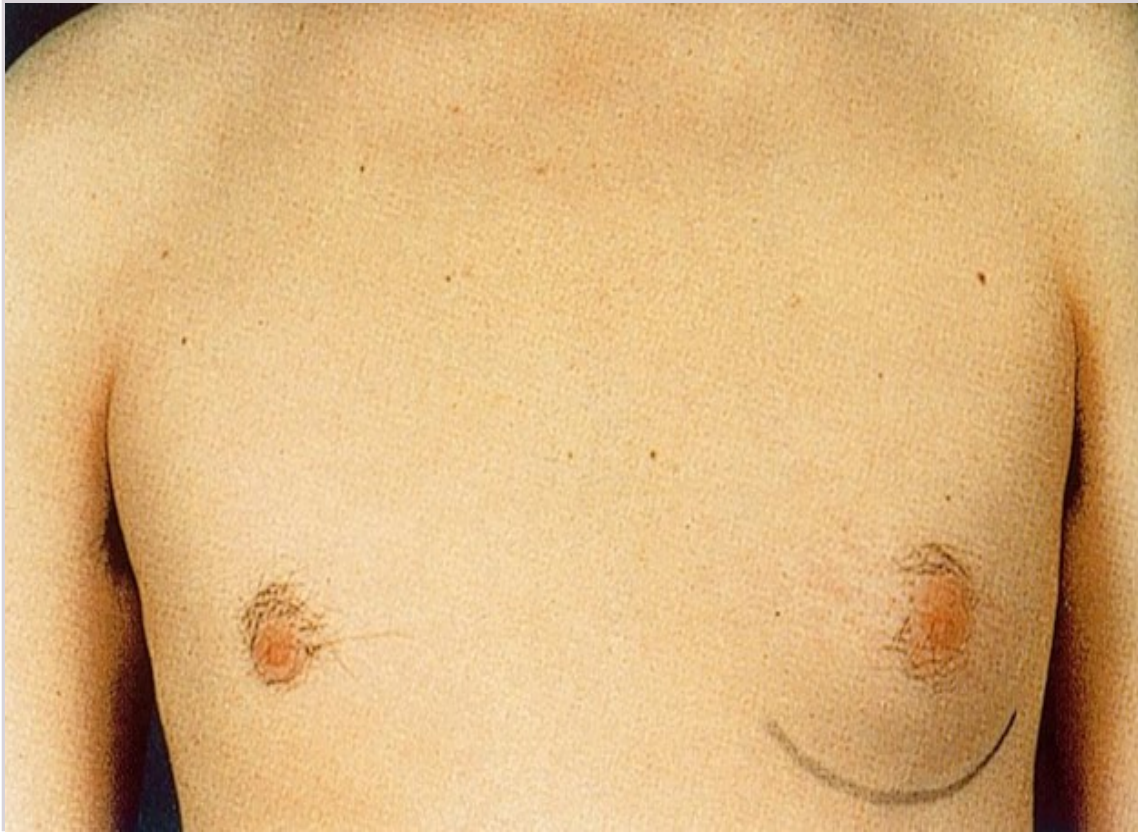
Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Postoperativ sepsis
- B Bilateral stemmebåndsparese
- C Postoperativt hematom
- D Hyperkalsemisk krise

0000261b2ecc396228

13

28 år gammel mann med ensidig brystforstørrelse og ømhet, som har kommet i løpet av de siste ukene. Han henvender seg til fastlegen.



Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A** Gynekomasti
- B** Traume
- C** Cancer mamma sin
- D** Bruk av anabole steroider

0000261b2ecc396228

14

Jente på 15 år kommer med begge sine foreldre til deg som LIS1 i allmennpraksis. Hun er aktiv langrennsløper og har i lengre tid slitt med matinntaket. Hun har gått ned cirka 15 kg i vekt de tre siste månedene. Hun veier nå 35 kg, hun er 165 cm som gir en KMI = 12,9 kg/m². Hun er under nedre 2,5 percentil, BT 90/50 mmHg, puls 41, Hb 9,1 g/dL (ref. 11,7-15,3). Foreldrene er utslitt etter flere måneder med bekymring og forsøk på å få datteren til legen.

Hva vil være det beste tiltaket?

- A** Henvise til den lokale BUP poliklinikken for oppfølging
- B** Forskrive lave doser med Zyprexa (antipsykotika) som gir vektøkning
- C** Orienterende blodprøver og setter opp en kontrolltime om to uker
- D** Legge pasienten inn akutt ved lokal barneavdeling

0000261b2ecc396228

15

En 9 år gammel jente kommer med sin far grunnet magesmerter, igjen. De har vært henvist til barneklubben grunnet dette og hun har vært omfattende somatisk utredet der for dette uten funn. Nå kommer de fordi de trenger attest til skolen grunnet stort fravær. Far er opprørt over at de "ikke gjorde noe" på sykehuset. Det var nylig juleferie og da var hun bedre, men etter at skolen startet igjen har vanskene blitt verre. Hun kaster også opp av og til og klager over hodepine og svimmelhet.

Hva er riktig å gjøre nå?

- A** Skrive attest, rekvirere blodprøver og sette opp på kontroll innen to måneder
- B** Henvise til barnelege for "second opinion"
- C** Utforske psykosomatiske årsaker til skolefraværet
- D** Starte ny utredning inklusive blodprøver i forhold til nye symptomer

0000261b2ecc396228

16

En 56 år gammel mann henvises fra fastlege for videre utredning på grunn av vanskelig regulerbar hypertensjon og hypokalemi. Han har hatt hypertensjon i 10-12 år, og behandles med angiotensin II-reseptorblokker, kalsiumblokker og tiazid (diuretikum), samt kaliumklorid på 750 mg x 2.

Han har etter oppstart av denne behandlingen:

- Blodtrykk på 155/95 mmHg
 - S-kalium 3,4 mmol/L (ref. 3,5-5)
- Han har ingen subjektive symptomer.

Hva er anbefalt som første videre utredning?

- A** Metajodbenzylguanidin (MIBG)-scintigrafi
- B** Binyrevenekateterisering
- C** Gentest for Liddle syndrom
- D** Blodprøve for bestemmelse av aldosteron/renin-ratio

0000261b2ecc396228

17

En 45 år gammel mann kommer til deg som fastlege og klager over nedsatt seksuallyst, nedsatt ereksjonsevne, trøtthet og slitenhet. Han lurer på om han kan ha testosteronmangel.

Orienterende prøver viser:

Prøve	Prøvesvar	Referanseområde
LH	0,8 IE/L	0,8-7,6
FSH	0,8 IE/L	0,7-11,1
Testosteron	6,5 nmol/L	6,7-31,9
Seksualhormonbindende globulin (SHBG)	70 nmol/L	13-71

Hva er rett tolkning av prøvesvarene?

- A** Pseudohypogonadisme
- B** Sekundær hypogonadisme
- C** Normalt
- D** Primær hypogonadisme

0000261b2ecc396228

18

En 38 år gammel mann kommer til årlig kontroll for primær hypotyreose hos fastlegen. Han tok blodprøver for en uke siden, og resultatene viser TSH 2,5 mIE/L (ref. 0,5 - 3,6) og FT4 12 pmol/L (ref. 8,0-21). Han føler seg frisk, slik han har gjort de siste årene. Fjorårets resultater som viste TSH 2,4 og FT4 16. Mannen spør om den reduserte FT4-verdien betyr at substitusjonsbehandlingen bør økes.

Hva er rett håndtering av dette?

- A** Blodprøvene bør gjentas etter 4-6 uker før behandlingen eventuelt endres
- B** Det er best å øke substitusjonsbehandlingen ettersom FT4 er lavere enn før
- C** Det er unødvendig å endre doseringen fordi TSH ligger stabilt i nedre normalområde
- D** Pasienten har misforstått og substitusjonsbehandlingen bør reduseres

0000261b2ecc396228

19

Mann 45 år gjennomgikk total tyreoidektomi for 6 måneder siden, på grunn av Graves sykdom med stort struma og svært høyt stoffskifte. Etter operasjonen ble det startet med L-tyroksin. De siste ukene har han blitt økende plaget med nummenhet og prikking i fingrene og rundt munnen, og har også hatt muskelkramper.

Hvilken tilstand har pasienten mest sannsynlig?

- A** Hyperkalsemi
- B** Hypotyreose
- C** Hypokalsemi
- D** Epilepsi

0000261b2ecc396228

20

En 30 år gammel kvinne kommer til deg som fastlege fordi hun føler seg trøtt og uopplagt. Hun må ofte sove middag og fryser lett. Hennes bestemor har hypotyreose og hun lurer på om hun har det samme. Du tar tyreoidaprøver og finner fritt tyroksin (FT4) på 14,1 pmol/L (ref. 9,5-22) og TSH på 6,5 mIE/L (ref. 0,4-4,5).

Hva er det riktige tiltaket?

- A Starte behandling med liotyronin (T3, det aktive hormonet)
- B Avvente og ta nye prøver om 2 måneder
- C Starte behandling med L-tyroksin (T4)
- D Avvente og ta nye prøver om 2 måneder inkludert TSH-reseptorantistoffer (TRAS)

0000261b2ecc396228

21

En 63 år gammel mann kommer på fastlegekontoret på grunn av tørste, pollakisuri og vekttap. Kroppsmasseindeks (KMI) er 30 kg/m². Han får målt HbA1c til 64 mmol/mol (ref. 20-42), som bekrefter diagnosen diabetes, mest sannsynlig type 2.

Bør han henvises til øyelege nå for screening av retinopati?

- A Ja, men bare hvis han har andre risikofaktorer for diabetes senkomplikasjoner
- B Nei, det er hans fedme som har forårsaket diabetes med mindre risiko for retinopati
- C Ja, fordi han kan ha hatt hyperglykemi i lang tid
- D Nei, retinascreening gjøres først 5 år etter diagnose

0000261b2ecc396228

22

En mann på 58 år oppsøker deg fordi han tørster mye og må drikke uforholdsmessig mye vann. Han tisser opptil 4 liter hver dag og må opp 2 -3 ganger hver natt for å late vannet. Han har normalt blodsukkernivå, og du velger å gjøre en enkel utredning med henblikk på diabetes insipidus. Du ber han late vannet kl. 07 neste morgen og deretter kl. 08 uten at han har fått noe å drikke i mellomtiden. I denne siste urinprøven måler du osmolalitet som er 789 mosmol/kg (ref. 50-1200). Du tar samtidig serum natrium prøve som viser 141 mmol/L (ref. 137 – 145).

Hvilken tolkning av disse prøvesvarene er riktig?

- A Prøvesvarene tyder på nefrogen diabetes insipidus da han har høy diurese og normal serum natrium
- B Dette er en normalrespons på kortvarig tørste og mistanken om diabetes insipidus er avkreftet
- C Utvidet tørsteprøve må gjøres da kortvarig tørsteprøve som her er gjort verken kan bekrefte eller avkrefte mistanken om diabetes insipidus
- D Prøvesvarene kan ikke tolkes med sikkerhet da ADH (antidiuretisk hormon) ikke ble målt

0000261b2ecc396228

23

Du er fastlegen til en 65 år gammel kvinne som for to år siden hadde et hjerneslag. Hjerneslaget forårsaket høyresidig hemiparese og uttalt ekspressiv afasi. Hun var i subakuttforløpet innlagt til et rehabiliteringsopphold. Ved utskrivelse var hun selvstendig i alle daglige funksjoner, gikk uten støtte og afasien var betydelig forbedret. Pasienten kommer til deg sammen med sønnen. Sønnen forteller at pasienten det siste året har isolert seg på grunn av språkvanskene.

Hvilken yrkesgruppe i et tverrfaglig team vil hun ha mest nytte av?

- A Fysioterapeut
- B Ergoterapeut
- C Logoped
- D Sosionom

0000261b2ecc396228

24

32 år gammel andregangsgravid kvinne kommer pga. uttalt kvalme og oppkast. Hun har 5 ukers amenoré, og positiv graviditetstest for fire dager siden. I første svangerskap for litt over ett år siden var hun også uttalt kvalm (hyperemesis) og var innlagt store deler av første trimester, bl.a. med sondeernæring. Hun er redd for å bli like dårlig som sist, da vil hun ikke klare å ta hånd om barnet som hun allerede har.

Hva er beste tiltak?

- A** Postafen (antihistamin), gjerne supplert med vitamin B6 og kontroll om en uke
- B** Zofran (serotoninantagonist), det fikk hun på sykehuset sist. Telefonkonsultasjon om tre dager
- C** Umiddelbar innleggelse for sondeernæring
- D** Symmelding, generelle råd om små, fettfattige måltider og forsøke ingefær eller akupunktur. Kontroll om en uke

0000261b2ecc396228

25

En førstegangsgravid kvinne med et hittil normalt svangerskap oppsøker deg som fastlege i uke 40+0. Hun så en liten flekk av mørkt blod i trusen da hun våknet i morges. Hun har ikke sett friskt blod og har ingen smerter. Hun kjenner bra med fosterbevegelser. Ultralydskjema fra uke 18 viser at placenta er på fremre livmorvegg (ikke foranliggende). Buken er bløt og uøm ved palpasjon. Blodtrykk, puls og fosterlyd er normale.

Som allmenlege, hva er beste tiltak?

- A** Legger inn en venflon med stor nålekaliber, starter forsiktig infusjon med klare væsker og henviser henne direkte til nærmeste sykehus.
- B** Gjør en vaginal palpasjon for å vurdere om hun er i fødsel og om cervix er påvirket.
- C** Henviser direkte til nærmeste sykehus, fordi du er bekymret for hennes og fosterets liv og helse
- D** Du gjør en forsiktig inspeksjon av vagina for å avklare om det er pågående vaginalblødning. Konfererer med fødeavdelingen dersom du er i tvil om å henvise

0000261b2ecc396228

26

Du er allmennlege og får besøk av en andregangsfødende kvinne som er gravid rundt 12 uker etter siste menstruasjon. I forrige svangerskap hadde hun en normal fødsel i uke 32+5 av et barn på 2000 gram. Fødselen startet spontant og gikk raskt (fødselsvarighet ca. 5 timer). Hun er bekymret for at det samme skal skje igjen og har hørt om forebyggende behandling mot for tidlig fødsel. Hun har også hørt at man kan måle livmorhalsen med ultralyd for å forutsi for tidlig fødsel. Hun lurer på om (og når) hun bør henvises for undersøkelse og behandling.

Du bekrefter at hun har økt risiko for for tidlig fødsel ut fra sykehistorien.

Hva er beste tiltak?

- A** Hun henvises umiddelbart med tanke på cerclage-behandling i uke 13-14
- B** Hun henvises etter at hun har vært på rutineultralud for målinger av livmorhalsen fra uke 22-24
- C** Hun henvises i løpet av 1-2 uker med tanke på oppstart av progesteronbehandling i uke 16-18
- D** Hun henvises umiddelbart med tanke på oppstart av ASA (acetyl-salicylsyre)-behandling fra uke 12

0000261b2ecc396228

27

Du er LIS1 i distrikt og ved rutinemessig blodtrykkskontroll forteller din 63 år gamle pasient at hun hadde en liten vaginalblødning for 3 uker siden. Ingen smerter, ingen senere blødninger. Hun bruker ikke lokalt østrogen.

Hva er beste tiltak?

- A** Forskrive lokalt østrogen mot sannsynlig atrofiske vaginalslimhinner
- B** Berolige henne og avtale at hun får time til undersøkelse hvis hun får ny blødning
- C** Henvise henne til gynekolog for ultralydundersøkelse
- D** Gjøre en gynekologisk undersøkelse, ta cervixcytologi og enten selv ta endometrieprøve eller henvise til dette

0000261b2ecc396228

28

En 26 år gammel mann søker deg som fastlege fordi han de siste 7-8 ukene har hatt smerter i buken, hyppige og løse avføringer som er blodtilblandet (opp til 6-7 ganger i døgnet). Han har gått ned 3-4 kg i vekt og føler seg slapp. Ved klinisk undersøkelse er han blek, høyde 180 cm, vekt 65 kg. Han sier at han alltid har hatt litt løs mage, og alltid har vært slank. Blodprøver viser Hb 10,4 g/dL (ref. 13,0-16,5), CRP 86 mg/L (ref. <5). Øvrige orienterende blodprøver er normale.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Ulcerøs kolitt
- B Viral enteritt
- C Iskemisk kolitt
- D Cøliaki

000026152ecc396228

29

Som LIS1 på sykehus møter du en ung mann på 19 år som siste halvåret har gått ned 4 kg i vekt. Blodprøvene viser:

Prøve	Prøvesvar	Referanseområde
Hb	9,0 g/dL	13,4-17,0
Folsyre	4 nmol/L	>10
Ferritin	8 ug/L	34-300
Vitamin B12	180 pmol/L	175-700

Der er ingen mage-tarmsykdom i slekten hans og der er ikke funnet blod i avføringen.

Hva er første tiltak?

- A Gastroskopi med biopsier
- B MR av tynntarm
- C Henvise klinisk ernæringsfysiolog
- D CT av pancreas

000026152ecc396228

30

51 år gammel kvinne kontakter sin fastlege pga. av nyoppstått friskt blod på toalett-papiret. Har i flere år hatt en del luftplager samt vekselvis hard og løs mage. Har vært koloskopert for 4 år tilbake hvor man fant divertikler i sigmoideum. Ingen vekttap. Blodprøver viser normal hemoglobin og jernmetning. Anorektoskopi viser hemorroider.

Hva er rett tiltak?

- A Rekquirere karsinoembryonalt antigen (CEA) i blod, observere pasienten med ny vurdering om 6 uker
- B Henvise pasienten til koloskopi med pakkeforløp
- C Observere pasienten, men ny vurdering og blodprøver om 6 uker
- D Henvise pasienten til koloskopi uten pakkeforløp

000026152ecc396228

31

En 17 år gammel kvinne, elev ved videregående skole, kommer til deg i allmennpraksis. Hun forteller om magesmerter og vekslende hard og løs avføring. Plagene har vart i flere måneder og går nå ut over skolearbeid og lekselesing. Hun har stabil vekt og god matlyst, men tror hun reagerer på en del matvarer, bl.a. hvetebakst, med forverring av plagene. Det er ikke synlig blod i avføringen.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Ulcerøs kolitt
- B Crohns sykdom
- C Cøliaki
- D Irritabel tarm-syndrom

000026152ecc396228

32

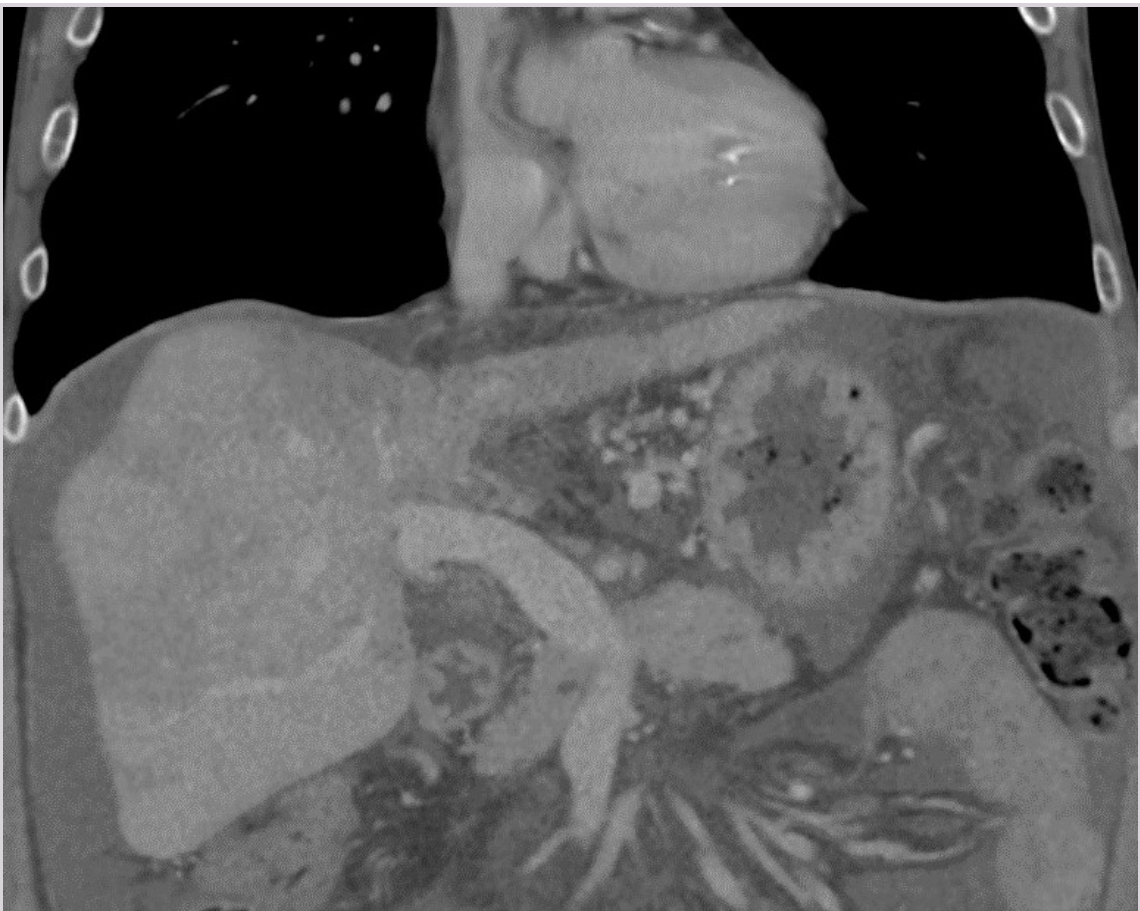
En 64 år gammel mann innlegges for kvalme og oppkast. Han opplyser at oppkastet har vært farget rødt. Han er en tørrlagt alkoholiker og har vært i god form inntil det aktuelle. Du mistenker at det foreligger en øvre gastrointestinalblødning. Labprøver viser:

Prøve	Prøveverdier	Referanseområde
Hb	8,3 g/dL	12,5-15,0
trc	106	150-350
INR	1,9	<1,2

Pasienten gjennomgår en CT abdomen med i.v. kontrast og opptak i venøs fase. Måling av ascitiskvæsken viser en tetthet på 10 HE (CT tall).

Hva feiler det pasienten?





- A Stor milt med trombocytopeni
- B Øsofagus varicer
- C Blødning fra ventrikkel cancer
- D Peritonealblødning

0000261b2ecc396228

33

En 68 år gammel mann kommer til deg som fastlege og klager over økende svelgvansker. Han er tidligere frisk, men har nå gått ned 3-4 kg i vekt i løpet av den siste måneden. Han greier fint å svelge drikke og most mat, men strever med å få ned mat som har en fastere konsistens.

Hvilken undersøkelse bør prioriteres?

- A Røntgen thorax
- B Ultralyd av thorax
- C Øvre endoskopi
- D Manometri

0000261b2ecc396228

34

En 58 år gammel mann, tidligere rusmisbruker får påvist forhøyede transaminaser, ALAT 180 U/L (ref. <60) og ASAT 175 U/L (ref. < 60). Øvrige prøver inklusive INR, bilirubin, albumin og hematologiske parametre er normale. Han har aldri hatt gulsott. Han injiserte heroin i en kort periode midt på 80-tallet. Ultralyd viser lever med sannsynlig cirrhoseutvikling, elastografi viser verdier som ved signifikant fibrose. Han er slank med BMI på 22, har aldri vært overvektig.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Kronisk hepatitt A
- B Kronisk HBV-infeksjon
- C Kronisk HCV-infeksjon
- D Kronisk steatohepatitt

0000261b2ecc396228

35

En 24 år gammel kvinne oppsøker fastlegen 2 uker etter at hun har kommet hjem fra en 3 ukers tur til India. Før hun reiste, tok hun i god tid alle anbefalte vaksiner. Hun er nå febril, med redusert allmenntilstand. Du finner moderat forstørret milt, og merker deg følgende blodprøvesvar

Prøve	Prøvesvar	Referanseområde
Hemoglobin g/dL	12,5	11,8 - 14,5
Leukocytter 10 ⁹ /L	12,4	3,9 - 9,0
Nøytrofile 10 ⁹ /L	3,6	2,0 - 6,0
Lymfocytter 10 ⁹ /L	9,0	1,5 - 4,5
ALAT U/L	120	<60
ASAT U/L	110	<50
anti HBsAg	positiv	
anti Hep A IgG	positiv	
anti Hep A IgM	negativ	

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Akutt EBV infeksjon
- B Akutt hepatitt A infeksjon
- C Akutt hepatitt B infeksjon
- D Akutt CMV infeksjon

0000261b2ecc396228

36

46 år gammel mann kommer til legevakten for høyresidige magesmerter. Ingen avføring siste 5 dager. Afebril. Bløt buk ved undersøkelsen. Kjent Mb Crohn og har vært operert 4 ganger. Han blir undersøkt med røntgen oversikt abdomen. Det foreligger et liggende og et stående bilde.

Hva er sannsynlig diagnose?





- A Tynntarmsileus
- B Tykktarmsileus
- C Toksisk megacolon
- D Obstipasjon

0000261b2ecc396228

37

En 69 år gammel kvinne som har kjent galleblærestein var til ERC (endoskopisk retrograd cholangiografi) 6 dager tidligere og fikk fjernet gallegangstein. Hun har hatt magesmerter siste døgnet, frysninger og temperatur 39,6°C. Hun har sikker icterus og virker medtatt. Hun tilsees på legevakst.

Hva er riktig håndtering av situasjonen?

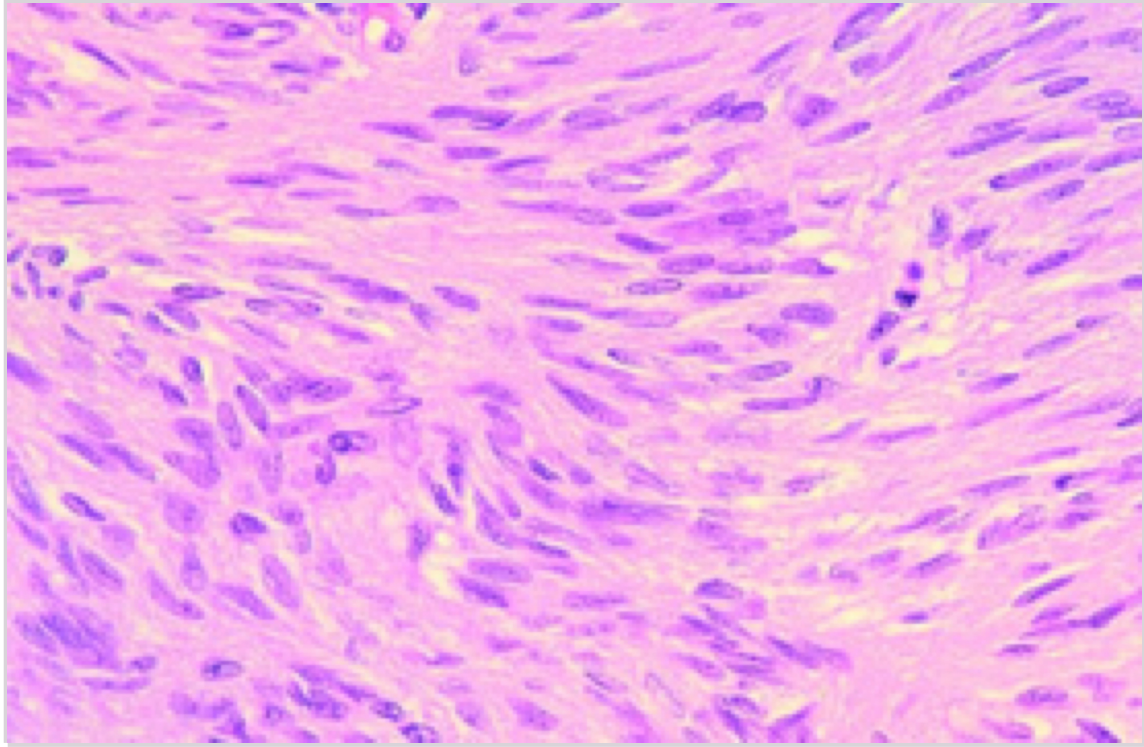
- A Søke pasienten snarlig innlagt
- B Starte peroral antibiotikabehandling
- C Gi NSAID og smertestillende
- D Legge inn som ø-hjelp

0000261b2ecc396228

38

Mann, 60 år gammel med dyspepsi. Ved gastroskopi ble det påvist en ca.4 cm stor tumor i ventrikkel. Bortsett fra en liten ulcerasjon, syntes tumor å være kledd av normal slimhinne. Det ble tatt en biopsi av tumor. Tumor er negativ for glatt muskel antigen (SMA) immunhistokjemisk.

Hva slags tumor er dette?



Biopsi av ventrikkeltumor.

- A Malignt lymfom
- B Gastrointestinal stromal tumor (GIST)
- C Adenokarsinom
- D Leiomyom

000026152ecc396228

39

Under din tjeneste som LIS1 på et lokalsykehus er det kommet inn en tidligere frisk 60 år gammel mann med melena og samtidig hematemese. Pasienten er hypotensiv 80/60 mmHg, og tachykard (puls 130/min). Hb 7,0 g/dL (ref. 13,4-17,0). Du rekvirerer blod til transfusjon umiddelbart.

Hva bør den initiale utredningen av pasienten være videre?

- A Selektiv angiografi via innstikk i lyske
- B Gastroskopi
- C CT angio ("blødnings-CT")
- D Eksplorativ laparotomi

000026152ecc396228

40

En kvinne på 30 år ankommer legevakten med sterke smerter av 1 times varighet subcostalt høyre side med utstråling til rygg og skulder. Palpasjonsørm i samme område. CRP er 15 mg/L (ref. <5). Ingen feber. Hun forteller at hun har hatt gjentatte tilfeller med lignende, men mindre intense smerter siste halve året. De siste ukene har hun hatt flere anfall per uke. Du mistenker at pasienten kan ha gallestein, noe ultralyd også bekrefter. Du gir et NSAID intramuskulært med god effekt.

Hvordan håndteres pasienten best videre?

- A Forskrive antibiotika og sende pasienten hjem
- B Forskrive NSAID og sende pasienten hjem. Ber pasienten ta kontakt ved nye anfall
- C Legge inn pasienten akutt på sykehus
- D Gi NSAID suppositorium, samt henvise pasienten til kirurgiske avdeling for vurdering til cholecystectomy

000026152ecc396228

41

En mann på 55 år kommer på legekantoret etter at han har observert blod i avføringen noen ganger de siste 2 måneder. Det er normale funn ved undersøkelse av abdomen og rektal eksplorasjon. Han har Hemoglobin 13,0 g/dL (14,5 et år tidligere, ref. 13,4-17,0) og øvrige orienterende prøver er helt normale. Du setter opp time til rektoskopi. Du finner et par mindre hemoroider, men ellers helt normale funn de første 15 cm.

Hva er riktig tiltak videre?

- A Ingen videre oppfølging; du har funnet blødningskilden
- B Kontroll av Hb og test for okkult blødning etter 3 måneder
- C Henvise til CT abdomen
- D Henvise til koloskopi

0000261b2ecc396228

42

En ung mann innlegges kirurgisk avdeling pga. magesmerter, temperatur 38,0°C og lett redusert allmentilstand. Han har nylig fått påvist Crohns sykdom men ennå ikke startet noen behandling. Ved innleggelsen gjøres CT abdomen som viser en distal ileitt med svært fortykket tarmvegg og en abscess med diameter 8 cm frem mot bukveggen i høyre fossa iliaca. Det startes med antibiotika intravenøst.

Hva vil forøvrig være beste initiale behandling for ham?

- A Prednisolon tabletter
- B Oppstart biologisk behandling (anti-TNF)
- C Azatioprin tabletter
- D Percutan drenasje

0000261b2ecc396228

43

En 30 år gammel mann kommer til legevakten på grunn av smerter perianalt på venstre side, noe som startet 2-3 døgn tidligere. Ved undersøkelsen finner du en lett hevelse som er palapsjonsøm, dekket av rødfarget hud uten lesjoner, nokså diffust avgrenset område, ca. 5 cm i diameter.

Hva er beste tiltak for denne mannen?

- A Resept på antibiotika tabletter for en uke
- B Legge ham inn i kirurgisk avdeling som ø-hjelp
- C Resept på steroid krem
- D Henviser ham til hudpolikliniken

0000261b2ecc396228

44

En mor ringer deg på legevakta og forteller at hennes sønn på 3 år nettopp har svelget et litium-batteri til en fjernkontroll.

Hun spør om hva hun skal gjøre nå.

- A Innlegges som øyeblikkelig hjelp på kirurgisk avdeling for å fjerne batteriet via endoskopi
- B Vente på at batteriet kommer ut med avføringen
- C Møte på legekantoret neste dag for klinisk undersøkelse
- D Gi barnet brekningsmiddel for å se om det kommer opp

0000261b2ecc396228

45

Kvinne, 24 år, har utviklet økende magesmerter i løpet av siste døgn. Smerter er lokalisert sentralt i magen og blir litt verre ved bevegelse. Hun er litt kvalm, men har ikke kastet opp. Siste menstruasjon var avsluttet for to uker siden. Hun er trykkøm i høyre fossa iliaca, men psoastegn er negativt.

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hgb	13,2 g/dl	12,0 - 14,5
Leukocytter	13,2 10 ⁹ /L	3,5 - 9,0
Nøytrofile	10,2 10 ⁹ /L	2,5 - 8
CRP	20 mg/L	<5

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Mesenteriell lymfadenitt
- B Gastroenteritt
- C Appendicitt
- D Cystitt

00002611bacc396228

46

20 år gammel kvinne hadde en hårnål i munnen i forbindelse med hårstell. Ble forstyrret og hårnålen ble borte. Mistenker at hun har svelget den. Røntgen thorax og øvre abdomen, front og side.
Hvor er nålen?





- A Nålen i en bronchus
- B Ingen nål på bildene
- C Nålen er i magesekken
- D Nålen finnes i øsofagus

0000261b2ecc396228

47

En 92 år gammel mann som har vært lite syk, og sprek i alderdommen kommer til fastlegekontoret. Datteren er bekymret fordi han har hatt tre fall siste halvår. Selv mener han at han har snublet. Han bruker kun vitamintilskudd, har normalt blodtrykk (også ortostatisk måling), puls og respirasjonsfrekvens. Normale forhold ved hjerte, lunger, abdomen. Han har sidelik kraft i armer og ben, normale dype reflekser. Blodprøver og EKG er normale.

Hvilken undersøkelse er viktigst å gjøre i tillegg for å utrede hans fallrisiko?

- A Undersøke hans fysiske funksjon med strukturerte metoder
- B Ta EEG for å utrede ham for mulige "absenser"
- C Gjøre skjerpet Rombergs prøve
- D Ta MR caput for å se om han har cerebrovaskulære forandringer som kan forklare falltendensen

0000261b2ecc396228

48

En 70 år gammel kvinne innlegges på sykehus kort tid etter debut av akutte, høyresidige lammelser i ansikt, arm og bein. CT i akuttmottak er normal og trombolyse startes raskt. Etter fullført trombolyse har symptomene gått helt tilbake med unntak av litt nedsatt kraft i arm og bein. 30 min senere kontaktes du fordi hun er trøtt, har vanskelig for å snakke og ikke kan bevege høyre arm. Blodtrykk er 175/95 mmHg, puls 100 uregelmessig, EKG viser atrieflimmer.

Hva er mest korrekt å gjøre først med denne pasienten?

- A Rekvirere CT caput som øyeblikkelig hjelp på grunn av mistanke om hjerneblødning
- B Starte blodtrykkssenkende behandling på grunn av hypertensjon
- C Starte med steroid intravenøst i høy dose på grunn av mistanke om hjerneødem
- D Starte antikoagulasjon for å forhindre nye embolier på grunn av atrieflimmer

0000261b2ecc396228

49

Du er LIS1 på vakt på medisinsk avdeling. Kl. 21 blir du tilkalt fordi en 90 år gammel mann har blitt forvirret. Du leser i journalen at han har pneumoni og får behandling med penicillin. Leukocytter og CRP er fallende. Ved undersøkelse er vitale parametre normale, han puster fint og det er ingen sikre funn ved klinisk undersøkelse. Han virker desorientert, men er rolig, vennlig og samarbeidsvillig. Sykepleier ønsker at han får noe beroligende slik at han ikke blir urolig til natten.

Hva er det riktig å gi?

- A Klometiazol (Heminevrin - kortidsvirkende barbituratliknende hypnotikum)
- B Oksazepam (Sobril - benzodiazepin)
- C Haloperidol (Haldol - lavdose antipsykotikum)
- D Ingenting

0000261b2ecc396228

50

En 82 år gammel mann kommer til deg på fastlegekontoret i følge med sin sønn. Sønnen forteller at pasienten i omtrent et år har hatt økende vansker med å finne frem, har blitt mer stiv i bevegelsene, og av og til virker det som han ser ting som ikke er virkelige.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Lewylegemedemens
- B Demens ved Alzheimers sykdom
- C Parkinsons sykdom med demens
- D Svært sent debuterende schizofreni

0000261b2ecc396228

51

En 90 år gammel kvinne blir innlagt på sykehus etter å ha falt hjemme. Du undersøker henne i akuttmottaket. Hun har ingen tegn til brudd eller annen synlig skade ved vanlig klinisk undersøkelse, men er medtatt og sløv. Blodtrykket er 185/85 mmHg, puls 90 uregelmessig, og hun er afebril. Hun bruker mange legemidler, blant annet betablokker, antikoagulantia og paracetamol.

Hvilken supplerende undersøkelse bør prioriteres?

- A CT av hjernen
- B MR av hjernen
- C Røntgen thorax
- D Ekkokardiografi

0000261b2ecc396228

52

En 24 år gammel tidligere frisk kvinne faller ned fra en gardintrapp på myk gressbakke. I løpet av en time hovner hun kraftig opp svarende til høyre del av setet, dette øker jevnt. Ved operasjon samme kveld evakueres et hematoma på godt over en liter blod. Pasienten har ikke hatt påfallende blødningstendens tidligere, men hun har aldri vært gravid, trukket tenner eller måttet sy kuttskader. En tante hadde påfallende blødning etter operasjon for hallux valgus og måtte behandles med spesialmedisin. Ved innkommst var det normale verdier for trombocytter, aktivert partiell tromboplastintid (APTT), Internasjonalt normalisert ratio (INR) og fibrinogen.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Erhvervet hemofili
- B Antitrombin 3 mangel
- C von Willebrands sykdom
- D Antifosfolipidsyndrom

000026152ecc396228

53

En 21 år gammel tidligere frisk mann tar kontakt med fastlegen fordi han gjennom de siste to ukene har følt seg mer slapp enn vanlig og relaterer det selv til mye jobb. Muligens gått litt ned i vekt. Han har blødd litt ved tannpuss de siste dagene, noe han vanligvis ikke gjør. Bruker ingen faste medisiner. Han er afebril og du finner ingen objektive funn ved klinisk undersøkelse. Orienterende blodprøver viser:

Prøve	Svar	Referanse
Hemoglobin	11,8 g/dL	13,4 – 17,0 g/dL
Leukocytter	34,2 x 10 ⁹ /L	4,0 – 11,0 x 10 ⁹ /L
Trombocytter	18 x 10 ⁹ /L	145 – 390 x 10 ⁹ /L
CRP	5 mg/L	<4 mg/L
Natrium	141 mmol/L	137 – 145 mmol/L
Kalium	4,0 mmol/L	3,5 – 4,4 mmol/L
Kreatinin	69 µmol/L	60-105 µmol/L
Tyrosin	15 pmol/L	8,0-21 pmol/L
TSH	2,3 mIE/L	0,5-3,6 mIE/L

Blodprøver var normale 4 uker tidligere i forbindelse med en kontroll i bedriftshelsetjenesten.

Hvilket tiltak bør iverksettes?

- A Pasienten innlegges indremedisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp.
- B Pasienten kommer tilbake om to uker for kontroll av blodprøver
- C Pasienten settes på benzylpenicillin for mistenkt infeksjon ukjent fokus
- D Pasienten henvises til hematologisk poliklinikk for elektiv utredning.

000026152ecc396228

54

En 75 år gammel mann er innom fastlegen for en sjekk og det tas utvidede blodprøver da han har følt seg litt slapp i det siste. Han er bekymret for benmargskreft da hans mor døde av dette. Når han kommer tilbake til fastlegen for gjennomgang av blodprøver to uker senere føler han seg igjen frisk og har ingen symptomer. Blodprøvene hos fastlegen viste:

Prøve	Svar	Referanse
Hemoglobin	14,8 g/dL	13,4 – 17,0 g/dL
Leukocytter	5,7 x 10 ⁹ /L	4,0 – 11,0 x 10 ⁹ /L
Trombocytter	243 x 10 ⁹ /L	145 – 390 x 10 ⁹ /L
CRP	5 mg/L	<4 mg/L
Kreatinin	69 umol/L	60-105 umol/L
Calcium	2,32 mmol/L	2,15 – 2,51 mmol/L
S-elektroforese	M-komponent IgG 2,3 g/L	Ingen M-komponent
Kappa/lambda ratio	0,8	0,3 – 1,2

Hvilket tiltak bør iverksettes?

- A Rekvirere CT-helkropp
- B Kontroll av blodprøver om et halvt år
- C Henvises til beinmargsprøve
- D Innleggelse for utredning ved medisinsk avdeling

00002815deccc396228

55

En 17 år gammel kvinne tar kontakt med deg som fastlege da hun i løpet av siste året har utviklet mye nupper i pannen og tinninger. Du finner rikelig med komedoner, dessuten et 10-talls inflammete papler.

Hvilken behandling er mest riktig å tilby henne?

- A Systemisk behandling med tetrasykliner i 6 uker
- B Lokalbehandling med adapalen og benzoylperoksid daglig bruk i 6 uker
- C Systemisk behandling med P-piller med antiandrogene egenskaper
- D Lokalbehandling med klindamycin liniment i 6 uker

00002815deccc396228

56

Du er LIS1 i allmennmedisin og undersøker en 79 år gammel gårdbruker. Han forteller at han i løpet av de siste årene har utviklet områder med rød og skjellende hud på håndryggene. Han har ikke kløe eller smerter. Utslettet varierer ikke særlig gjennom året.

Ved undersøkelse finner du utslett på hendene som på bildet under.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?



- A Solare keratoser
- B Lichen ruber planus
- C Kronisk håndeksem
- D Psoriasis

0000261b2ecc396228

57

En mann på 87 år er innlagt til elektivt kirurgisk inngrep. Det er gjort rutinemessig blodtyping og screening for irregulære blodtypeantistoffer. I forbindelse med transfusjonsbehov ved en trafikkulykke for 20 år siden er mannen to ganger tidligere typet til A Rh D pos. I dagens prøve types han til A Rh D neg.

Hva er den mest sannsynlige forklaringen på det avvikende blodtypesvaret?

- A Pasienten har svekket immunsystem pga. høy alder
- B Pasienten har svak Rh D-egenskap
- C Det har skjedd en forbytting av blodprøver
- D Det er en teknisk feil ved blodtypingen

0000261b2ecc396228

58

Som LIS1 på indermedisinsk avdeling blir du oppringt av sykepleier på post om en 84 år gammel kvinne, som ligger inne for hjertesvikt. Hun har ingen vannlatingsplager. Hun har imidlertid urin med stygg lukt og sykepleier har undersøkt urinen med stiks. Den viser: leukocytter 0, protein ++, nitritt +. Sykepleier foreslår å starte antibiotikabehandling i form av trimetoprim mot urinveisinfeksjon.

Hva er mest korrekt i denne situasjonen?

- A Det er ikke indikasjon for antibiotikabehandling eller ytterligere prøver
- B Ta bakteriologisk prøve av urin før en tar stilling til antibiotikabehandling
- C Umiddelbar behandling med trimetoprim p.o. etter først å ha sendt prøve av urinen til bakteriologisk undersøkelse
- D Kontrollere urin stiks og ved samme resultat, starte en behandling med trimetoprim p.o.

0000261b2ecc396228

59

Som allmennlege får du en 75 år gammel mann på kontoret. Han fikk satt inn en mekanisk aortaventil for 2 år siden, og skal nå fjerne en visdomstann. Han har hørt at det kan være fare for infeksøs endokarditt (IE) ved tannlegebesøk etter han fikk ny hjerteklaff.

Hvilken antibiotika anbefaling gjelder for en slik en pasient?

- A Det er anbefalt med antibiotika ved blodige tanninngrep da han er i risikogruppen for IE
- B Kun nødvendig med antibiotika hvis inngrepet omfatter infisert vev i munnen
- C Kun nødvendig med antibiotika hvis han tidligere har hatt IE
- D Ikke nødvendig med antibiotika da han ikke er i risikogruppen for IE

0000261b2ecc396228

60

Som medisinsk forvakt tar du imot en mann på 23 år som for få dager siden kom hjem fra reise rundt på landsbygda i India. Han har drukket vann fra springen. Han har feber, hodepine og magesmerter, men ikke diare eller oppkast. BT: 95/60 mmHg og puls 115 min⁻¹. Det er tatt hurtigtest for malaria og Dengue som begge er negative.

Hvilken utredning bør man velge hos denne pasienten?

- A Benmarg til dyrkning
- B Blodkultur
- C Avføring til dyrkning
- D Blodprøve til serologisk undersøkelse

0000261b2ecc396228

61

Du har legevakt. Neste pasient er en tidligere frisk gutt på 5 år. Han har ikke fulgt vaksinasjonsprogrammet da mor er skeptisk til vaksiner. De har nå vært en måned på reise til familie i Tyskland. På vei hjem for to dager siden la mor merke til et utslett bak ørene. Han har lett feber og snue, men allmenntilstanden er god. Ved us ses normale forhold i svelget. Utslettet består av lyst røde, ikke-konfluerende makler som startet bak bak ørene, og nå har spredt seg til ansikt, hals og trunkus. Det er forstørrede lymfeknuter retroaurikulært. Temperatur 38,2 °C.

Hvilken tilstand er det sannsynlig at gutten har?

- A Meslinger
- B Exanthema subitum
- C Skarlagensfeber
- D Røde hunder

0000261b2ecc396228

62

En 58 år gammel mann med fedme (BMI 32 kg/m²) og hypertensjon har vært plaget med hjertebank kortvarig i ca 2 år. Etter en tur til London for 1 måned siden merker han økende hjertebank og det er tilkommet tungpust ved anstrengelse. Hos fastlege for en uke siden ble det påvist atrieflimmer fekvns 140-160/min på EKG. Han fikk øket betablokker til maksdose (metoprolol depot 200 mg x 1) og fikk i tillegg NOAK. Han kommer nå til kontroll og plages nå med tungpust ved mindre anstrengelse enn før. EKG viser atrieflimmer 135/min og BT 102/63 mmHg.

Hvordan bør pasienten best behandles ved denne konsultasjonen?

- A Legge til amiodarone
- B Henvise til rask elektiv elektrokonvertering
- C Legge til digoksin
- D Legge til verapamil

0000261b2ecc396228

63

En 57 år gammel mann innlegges grunnet akutt hjertebank og tung pust ved lokalsykehuset hvor du er lege i spesialisering. Han har tidligere vært plaget med anfallsvis brystmerter og episoder med hjertebank, men har ikke vært til lege for det. Ved undersøkelsen er han våken og klar, blodtrykket er 110/75 mmHg, puls 170/min. Han er blek og kald på ekstremitetene. Du tar et EKG som viser en bredkomplekset regelmessig takykardi. For å avklare type takykardi legges det ned en øsogfaguselektrode. Det sees P-bølger med frekvens 70/min og QRS med frekvens 170/min.

Hvilken arytmia har pasienten?

- A AV-reentrytakykardi med antidrom overledning som ledd i et WPW-syndrom
- B Ventrikkeltakykardi
- C AV-nodal reentrytakykardi med grenblokk
- D Atrieflutter med 2:1 overledning og grenblokk

0000261b2ecc396228

64

En 54 år gammel kvinne fikk myokarditt for 6 mnd siden. Initialt EF 20%. Angiografi viste normale koronarkar. Etter innsetting av AII hemmer, betablokker samt aldosteronhemmer har pasienten kommet seg betraktelig, men fortsatt plages hun med at hun blir sliten etter en dag på jobb og at hun ikke greier å løpe så fort i bakker som før. EF ved siste kontroll 30%. BT 100/75 mmHg, EKG sinus 58/min QRS 110 msek, T inversjon V₄₋₆.

Hva slags videre behandling kan bedre hennes overlevelse?

- A Innsetting av biventrikulær pacemaker (CRT)
- B Innsetting av intrakoronar defibrilator (ICD)
- C Tillegg av Angiotensinreseptorblokker
- D Tillegg av Digoksin

0000261b2ecc396228

65

En 82 år gammel kvinne med gastroøsofagal refluks har begynt å bli plaget med tungpust ved anstrengelse som gir seg umiddelbart når hun stopper opp. Hun har normal proBNP, lett redusert vitalkapasitet på spirometri. Hun ble derfor undersøkt med høyresolusjons CT som ikke viste patologi i lungeparenchymet, men derimot betydelig forkalkning av koronarkar og proksimalt i aorta. Over lungene høres nedsatt respirasjonslyd med krepitasjoner basalt høyre lunge, rene hjertetoner, BT 138/85 mmHg, EKG sinus 91/min redusert R-progresjon.

Hvordan best utrede pasienten videre for å avklare årsaken til hennes anstrengelsesdyspné?

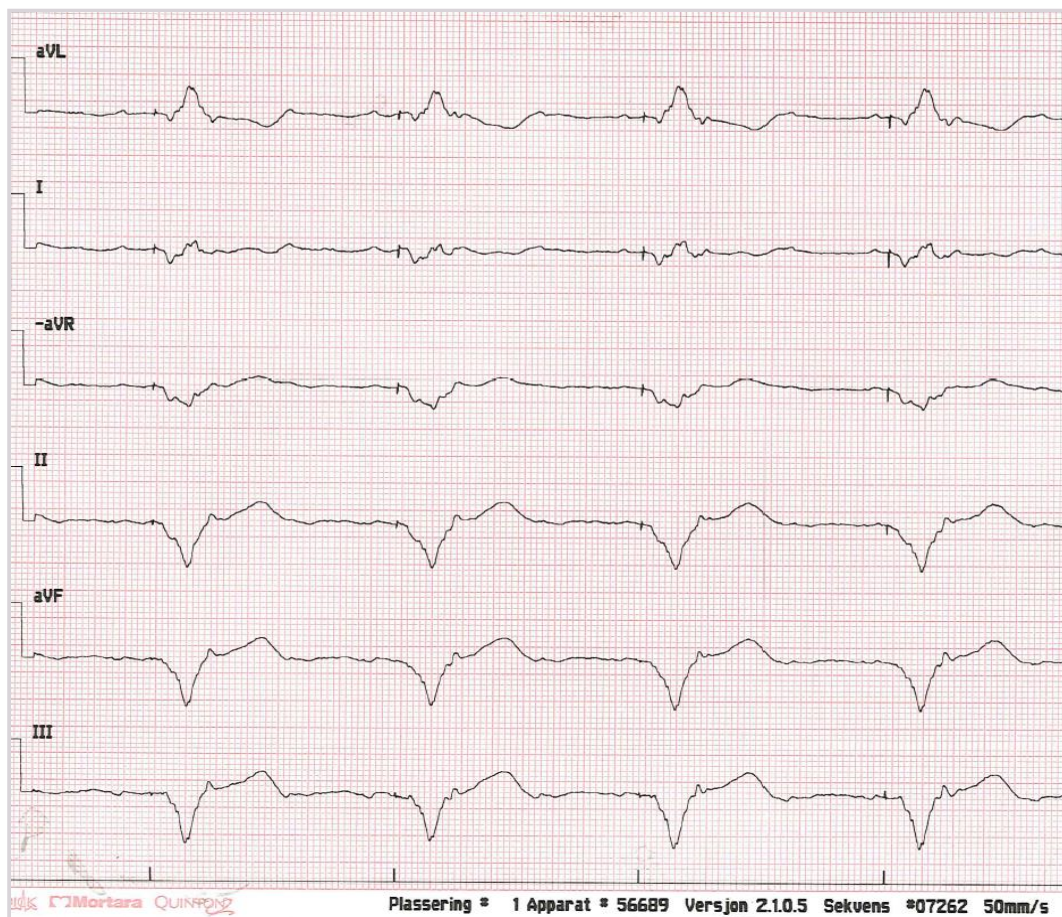
- A Belastningstest (AEKG)
- B CT koronarangiografi
- C Forsøksvis behandling med nitroglycerin ved belastning
- D Invasiv koronarangiografi

0000261b2ecc396228

66

En 78 år gammel mann legges inn pga. nattlig tungpust. Han har fra tidligere hatt hjerteinfarkt med postinfarktsvikt og fått biventrikulær pacemaker i 2011 (CRTD). Ekkokardiografi for 6 mnd siden viste EF 15%. Han ble da angiografert uten funn av ny behandlingskrevende obstruksjon. Han er blitt betydelig dårligere siste 14 dager. Ved innkomst er Blodtrykk 140/82 mmHg, puls 75/min RF 20/min. Her er hans EKG:





Hvordan beskrives hans EKG best?

- A Normofrekvent atrieflimmer med venstre grenblokk
- B Ventrikkelpacet rytme
- C Ventrikkeltakykardi
- D STEMI fremre vegg med Q og tegn til aneurysmedannelse

0000261b2ecc396228

67

En sprek 67 år gammel tidligere brannmann oppsøker legevakta akutt pga. kraftige brystmerter de siste 30 minutter. Han er blek og kaldsvett. Du tar et EKG som bortsett fra tachykardi 105/minutt er uten vesentlig anmerkning.

Hvilken diagnose er viktigst å raskt utelukke?

- A Hjertesvikt
- B Pneumothorax
- C Reflukssykdom
- D Aortadisseksjon

0000261b2ecc396228

68

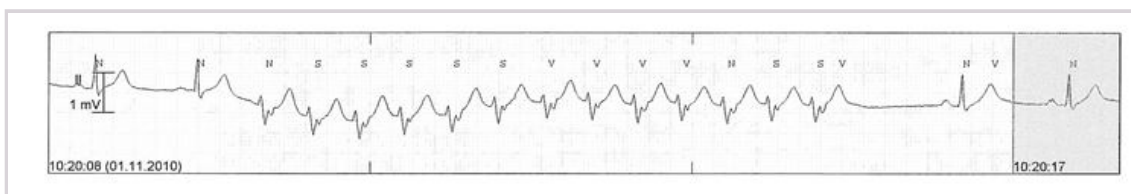
En 75 år gammel tidligere frisk kvinne som ble innlagt for noen dager siden med ST-elevasjons hjerteinfarkt har fått utført PCI av en okkludert CX med en stent. Hun er nå i velbefinnende og er klar til å reise hjem. EKKO under sykehusoppholdet har vist svekket venstre ventrikkelfunksjon med EF 35% med utfall svarende til CX sitt forsyningsområde. EKG viser sinusrytme Q i I og aVL, for øvrig normalt. Ved utskrivelse skal det skrives resepter på nye medikamenter og medikamentlisten skal oppdateres. Hvilke medikamenter må utskrivende lege forsikre seg om at pasienten står på ved utskrivelse?

- A Enkel platehemming, Antikoagulasjonsmiddel, Betablokker og ACE-hemmer eller Angiotensin II-blokker,
- B Dobbel platehemming, Betablokker, Statin og Langtidsnitrat
- C Dobbel platehemming, Betablokker, Statin og Loop-diuretika
- D Dobbel platehemming, Betablokker, Statin og ACE-hemmer eller Angiotensin II-blokker

000026152ecc396228

69

57 år gammel mann har synkopert de siste gangene han har vært og trent. Etter synkopene våkner han etter kort tid. Han er tidligere frisk. Bruker ingen medisin, røyker daglig, har total kolesterol på 7,3 mmol/L (ref 3,3 - 6,9), HbA1c 30 mmol/mol (ref 20-42) og har et BT 161/92 mmHg. Ved undersøkelse finnes normale forhold ved auskultasjon av hjerte, halskar, og lunge og god og sidelik fotpuls uten ødemer. Det gjøres hjemmeregistrering av hjerterytmen som viser følgende rytme:



Basert på sykehistorien og rytmeregistreringen, hva er rett diagnose?

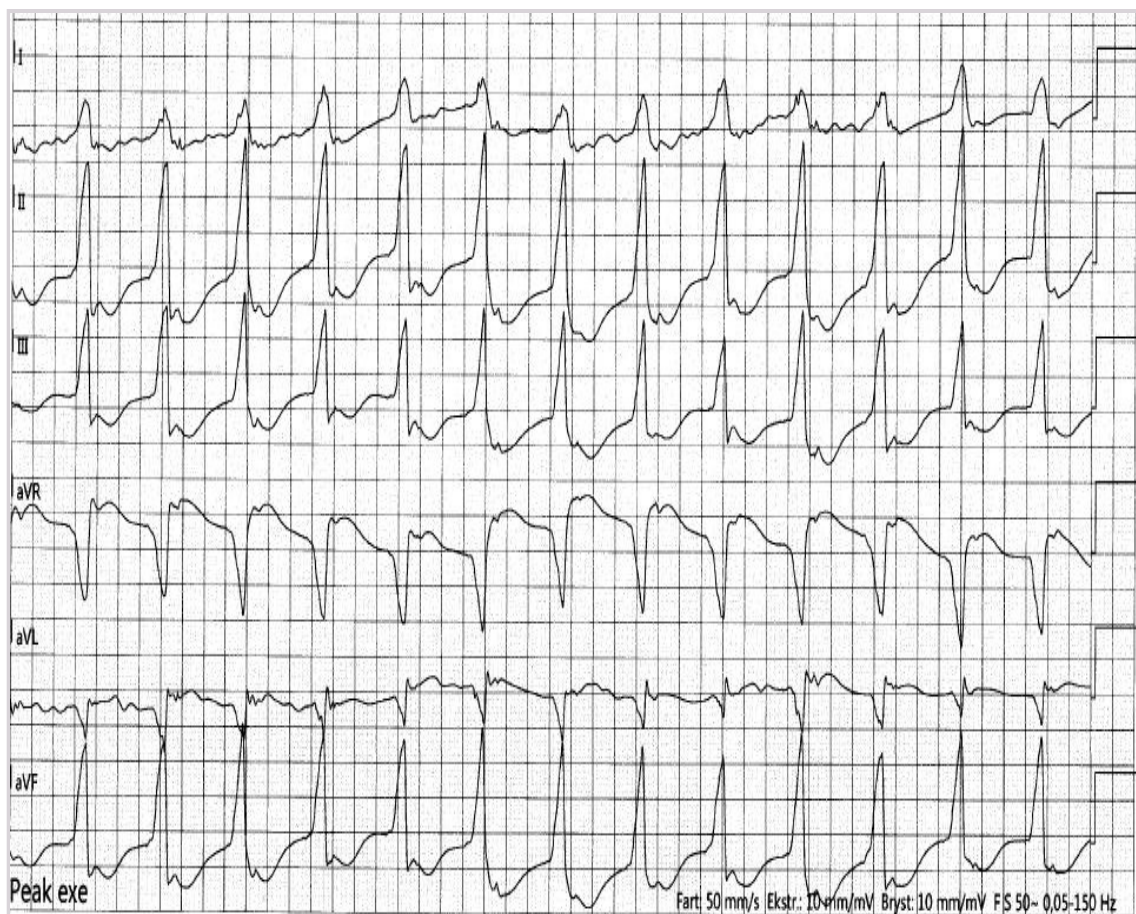
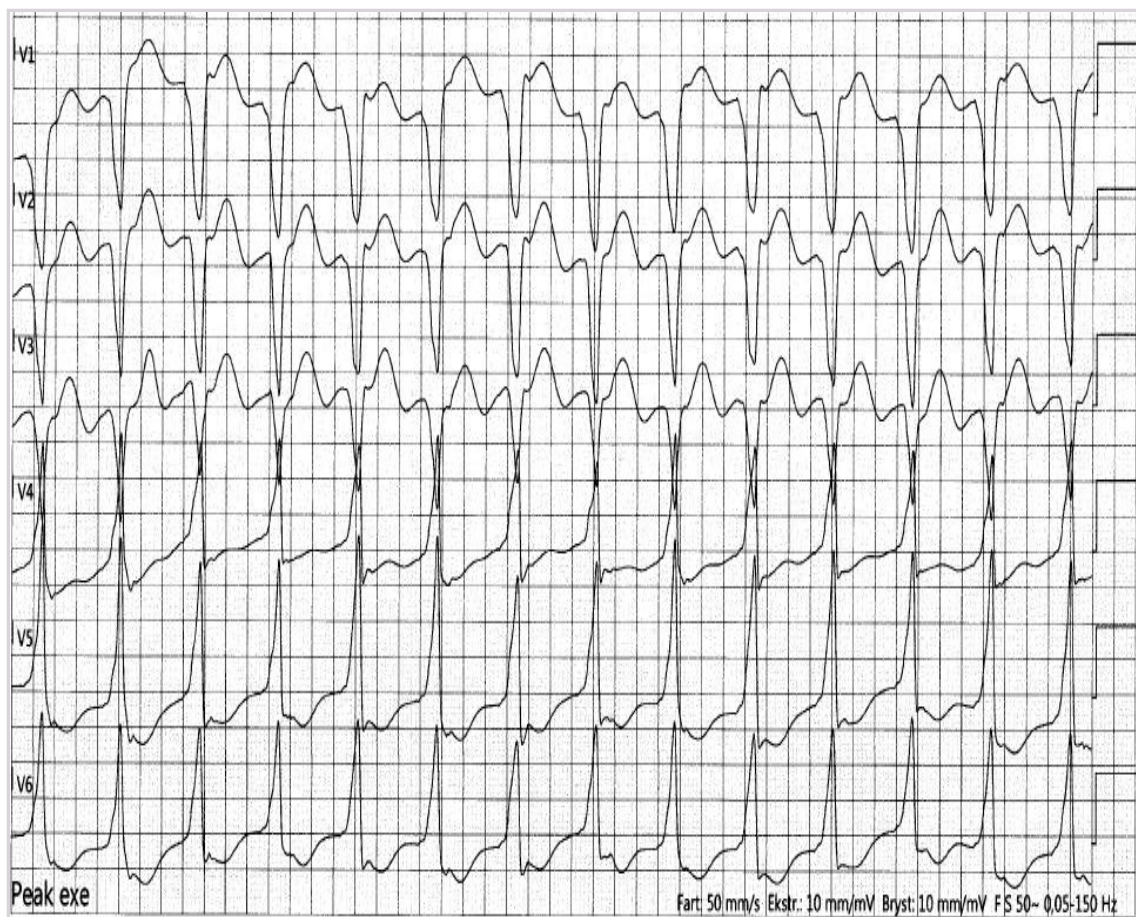
- A Atrieflimmer med aberasjon
- B AV nodal reentry-takykardi
- C Atrieflimmer med frekvensindusert grenblokk
- D Selvterminerende ventrikkel takykardi

000026152ecc396228

70

En 30 år gammel kvinne ble innlagt på sykehus. Tidligere frisk. Hun fikk plutselig hjertebank og svimmelhet i 2 timer etter mye stress på jobb. Hun føler seg engstelig og trøtt, men klar og orientert. Pasienten har ikke hatt brystmerter eller besvimelse. I akuttmodtak måles blodtrykk 110/70 mm Hg og EKG er tatt (utsnitt under).

Hvor høyt ligger hjerterefrekvens?



- A 100-119/min
- B 180-200/min
- C 150-179/min
- D 120-149/min

0000261b2ecc396228

71

En 67 år gammel mann behandles for hypertensjon og diabetes. Han går tur uten begrensning, men sliter med en betydelig overvekt. Han røyker ikke. BT 155/95 mmHg, EKG sinus 67 min⁻¹ med tegn til hypertrofi. LDL kolesterol 3,1 (1,8 - 5,7 mmol/L) mmol/L, HbA1c 72 (20-42) mmol/mol, kreatinin 133 umol/L (60 - 105 umol/L), estimert GFR 47 ml/min/1.73 m² (> 60).

Han bruker ASA (platehemmer) 75 mg x 1, Lisinopril (All hemmer) 5 mg x 1, Metformin (peroralt antidiabetikum) 1000 mg x 2 og atorvastatin (statin) 20 mg x 1

Hvordan forebygges hjerneslag best medikamentelt hos denne pasienten?

- A Øke lisinopril til 10 mg x 1 og evt legge til amlodipin 5 mg med siktemål BT < 135/85 mmHg
- B Øke metformin gradvis til 1000 mg x 3, for å senke HbA1c til 53 mmol/mol (7%)
- C Legge til amlodipin (kalsiumblokker) 5 mg x 1 og øke atorvastatin til 40 mg x 1 med siktemål BT < 135/85 og LDL < 1,8 mmol/L
- D Han har CHADS vasc skår på 3 (Alder 65-74 år, Hypertensjon og diabetes) og bør settes på NOAK i stedet for ASA

0000261b2ecc396228

72

En 44 år gammel kvinne oppsøker fastlegen da hun har begynt å merke press i brystet ved anstrengelser hun før klarte uten problem. Plagene gir seg om hun tar en pust i bakken og når hun har varmet opp greier hun seg bedre. Hun er noe overvektig, røyker, med blodtrykk 140/85 mmHg og kolesterol 5,8 mmol/l (ref 3,3 - 6,9). Hun er familiært belastet for koronarsykdom. Hennes far og en onkel på farssiden fikk hjerteinfarkt mellom 55 og 60 år gamle.

Hva er den beste oppfølging av denne pasienten?

- A Å orientere pasienten om at hun har angina pectoris, starte behandling med acetylsalisylsyre, statin og betablokker og avtale kontroll om 6 mnd
- B Be henne forsøke nitroglycerin og be om at hun kommer tilbake om 3 mnd for å rapportere effekt
- C Å henvise pasienten til kardiologisk poliklinikk for CT koronar angiografi
- D Å henvise pasienten til kardiologisk poliklinikk for invasiv koronar angiografi

0000261b2ecc396228

73

Du behandler en hjertesviktpasient med EF <40%. Pasienten klager over økende tungpust og har gått opp 5-6 kg i vekt. Han bruker allerede beta1-selektiv betablokker og ACE-hemmer i full dose. Blodprøver viser:

Prøve	Prøvesvar	Referanseområder
Kreatinin	144 micromol/L	60-105
Na	133 mmol/L	137-145
Kalium	5,5 mmol/L	3,6-4,6

Blodtrykk er 128/74 mmHg, EKG sinusrytme 58/min, QRS-bredde 110 msec.

Hvilket medikament kan her trygt legges til for å bedre pasientens symptomer?

- A Digoxin
- B Aldosteronreseptorantagonister
- C Slyngediuretikum
- D Kalsiumantagonist

0000261b2ecc396228

74

En 65 år gammel mann kommer på legekantoret på grunn av et sår på leggen som ikke vil gro. Han har tidligere hatt hjerteinfarkt og i flere år hatt gangsmerter. Han bruker antihypertensiva, platehemmer og statin. Hans HbA1c er 38 mmol/mol (ref 20-42). Såret har han hatt i hvert fall 5-6 uker og kom etter et traume. Såret er medialt og distalt på leggen (se bildet) og leggen er pigmentert.

Hva er viktigste første tiltak?



- A Blodprøver (CRP, leukocytter)
- B Skjære ned og revidere såret i lokalbedøvelse
- C Måle ankel og armtrykk og beregne ankel-armindeks
- D Ta bakterieprøve og starte med antibiotika

0000261bacc396228

75

En 76 år gammel dame har merket økende tungpust siste 2-3 måneder. Hun røyker 5-6 sigaretter daglig, og har gjort det siden 20 års alderen. Hun har lett ankelhevelse, og er mildt overvektig. Hun har kjent hypertensjon, og bruker nifedipin (kalsiumblokker) 20 mg hver morgen som eneste medikasjon. Et røntgen thorax avslører at hun har pleuravæske på høyre side, og det gjennomføres diagnostisk pleurapunksjon. Pleuravæsken er gul og tyntflytende, og følgende biokjemiske funn foreligger i pleuravæske og plasma:

	pH	LD U/L	protein g/L
Pleuravæske:	7.55	51	22
Plasma:		130 (105-205)	56 (62-78)

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Empyem
- B Hjertesvikt
- C Lungekreft
- D Lungeemboli

0000261bdecc396228

76

En pasient som er under utredning for mulig lungekreft har tatt en CT-veiledet biopsi av en 3 cm tumor i venstre overlapp. Kontroll røntgen thorax viser en venstresidig pneumothorax med 2 cm kappe apikalt, og 0,5 cm øvre halvdel lateralt, vurdert på frontbildet. Pasienten har ingen symptomer.

Hva er riktig tiltak videre?

- A Innleggelse av tynt thoraxdren venstre side
- B Oksygen på nese kateter eller maske og observasjon
- C Antibiotika og observasjon
- D Eksuflering av luft venstre pleura

0000261bdecc396228

77

En 63 år gammel mann med kjent KOLS ankommer akutt mottaket sent på kvelden med økende dyspne. Han har fått inhalasjonsbehandling i ambulansen, men puster fortsatt svært besværet med respirasjonsfrekvens på 32, forlenget ekspirium og bruk av auxillære pustemuskler. Det er hypersonor perkusjonslyd bilateralt ved klinisk undersøkelse.

Det tas en arteriell blodgass umiddelbart etter ankomst som viser:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
pH	7.19	7,37 - 7,44
pO ₂	5.9 kPa	>9,2
pCO ₂	10.9 kPa	4,5 - 6,1

Det gis forstøverbehandling, oksygen og kortikosteroider.

Hvilken ytterligere behandling skal prioriteres tidlig hos denne pasienten?

- A BiPAP (Bifasisk positivt luftveistrykk)
- B CPAP (kontinuerlig positivt luftveistrykk)
- C Antibiotika
- D Respirator

0000261bdecc396228

78

En 67 år gammel mann har bestilt time hos fastlegen. Han ønsker å få sjekket om 50 år med sigarett røyking har gått ut over helsen. Han føler seg frisk utover litt produktiv morgenhoste og noe mer tungpust i bratte motbakker de siste årene. Det er normale kliniske funn. Normalt BT og EKG. Spirometri viser FVC 5,2 liter (85% av forventet), FEV₁ 3,5 liter (72% av forventet) og FEV₁/FVC = 0,67.

Hva er videre anbefalt utredning hos denne mannen?

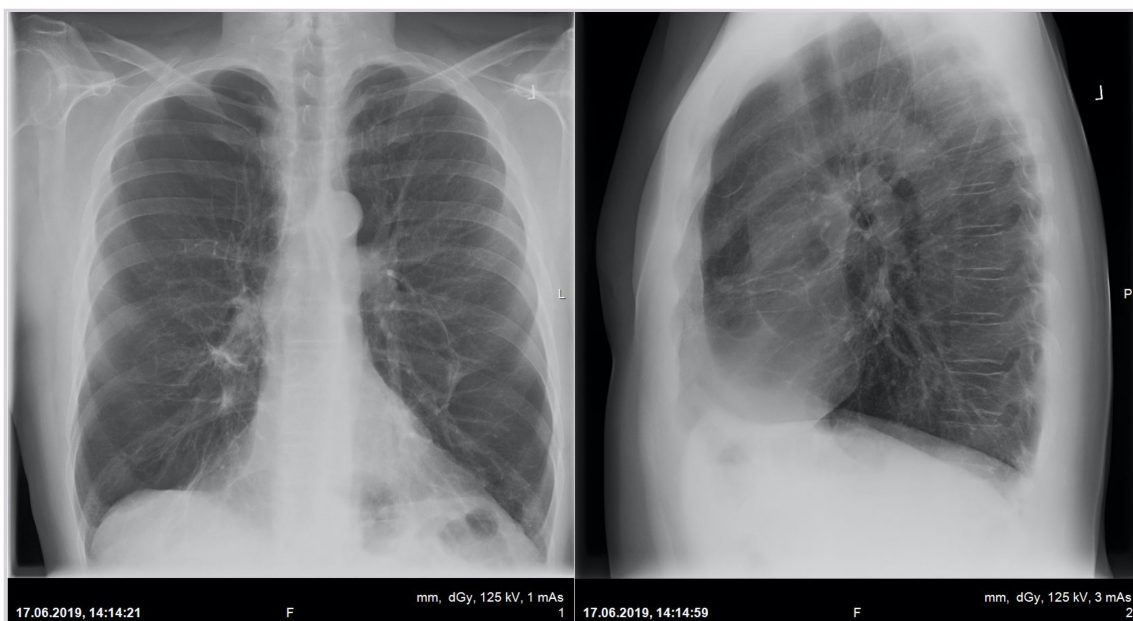
- A CT thorax med kontrast
- B Ny spirometri med reversibilitetstesting
- C Ny spirometri om tre uker
- D PEF-målinger morgen og kveld hjemme i tre uker

0000261bdecc396228

79

En 60 år gammel mann er henvist medisinsk poliklinikk grunnet anstrengelsesdyspnoe. Han har fått problemer med å følge jaktlaget sitt i terrenget pga pusten. Ellers lite plaget. Samtidig med at han blir tungpusten føler han et ubehag i brystkassen. Han sover flatt. Ingen ankelødemer. Driver ingen trening. Stillesittende arbeid. Dagen før den polikliniske timen tok han røntgen thorax som vist.

Det blir bestilt enkel spirometri. Hva forventes det at svaret på undersøkelsen vil være?



- A Obstruktiv og restriktiv
- B Obstruktiv
- C Normal
- D Restriktiv

0000261526cc396228

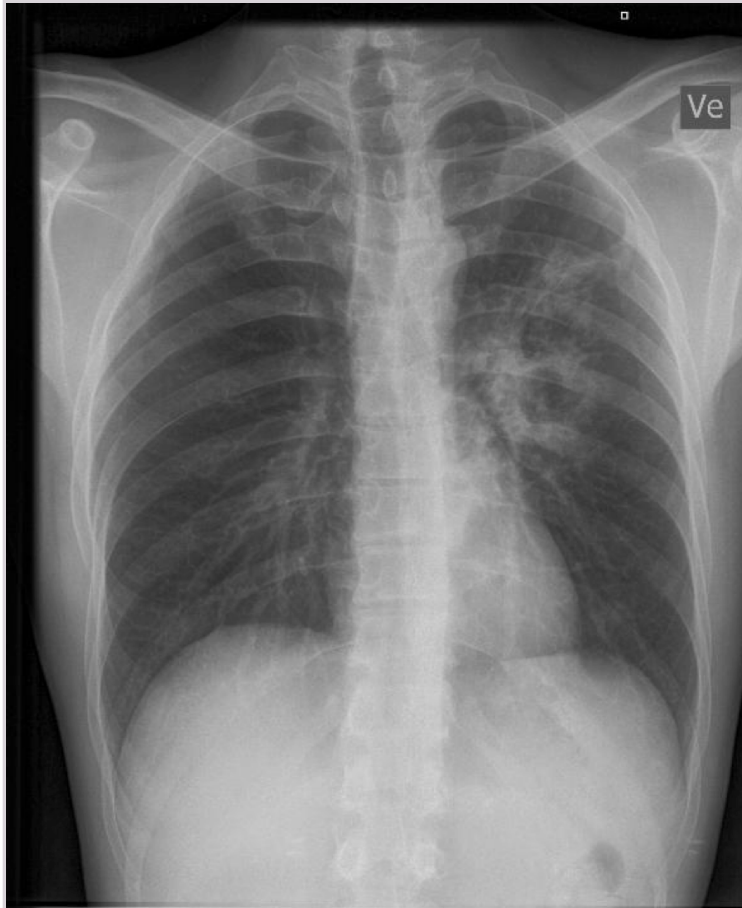
80

En 36 år gammel mann fra Russland blir innlagt med spørsmål om covid-19. Han røyker en ukjent mengde, har hatt nattesvette i flere måneder, og har blitt behandlet for bronkitt flere ganger de siste månedene. Siste halvår har han hatt et vekttap på 8 kg. Det er lite å finne ved klinisk undersøkelse. Blodprøver:

Prøve	Aktuell verdi	Referanseverdi
CRP	23 mg/L	<5
LPK	8.8 $10^9/L$	3,5 - 11,0
Hb	14.4 g/dL	13,4 - 17,0

Røntgen thorax er som vist på bildet.

Hva er mest sannsynlige diagnose?



- A Atypisk pneumoni
- B Pneumocystis jirovecii
- C Covid-19
- D Tuberkulose

0000261b2ecc396228

81

En 49 år gammel kvinne som har røykt siden 20 års alderen kommer til deg på sykehuspoliklinikken grunnet hoste med blodig oppspytt som har kommet og gått noen uker. Hun er tidligere frisk, og bruker ingen faste medisiner. Hun har ikke hatt kjent feber, men hennes 10 år gamle datter hadde nylig influensa.

Hva er den første undersøkelsen som bør gjøres?

- A Bronkoskopi
- B CT thorax med øvre abdomen
- C Spirometri
- D Indusert sputum

0000261b2ecc396228

82

En 23 år gammel kvinne med nyoppdaget moderat astma kommer til tre måneders kontroll hos fastlegen. Hun bruker inhalasjonsmedisiner for sin astma, steroider og langtidsvirkende-beta2agonist samt korttidsvirkende-beta2agonist ved behov. Alle er gitt som spray. Hun synes ikke hun merker så god effekt av medisinene men bedyrer at hun tar dem som foreskrevet.

Hva er det riktigst å gjøre hos denne pasienten?

- A Sjekke inhalasjonsteknikken
- B Doble dosen inhalasjonsteroider
- C Foreskrive bruk av spacer mellom spray og munnen
- D Skifte til pulverinhalatorer

0000261b2ecc396228

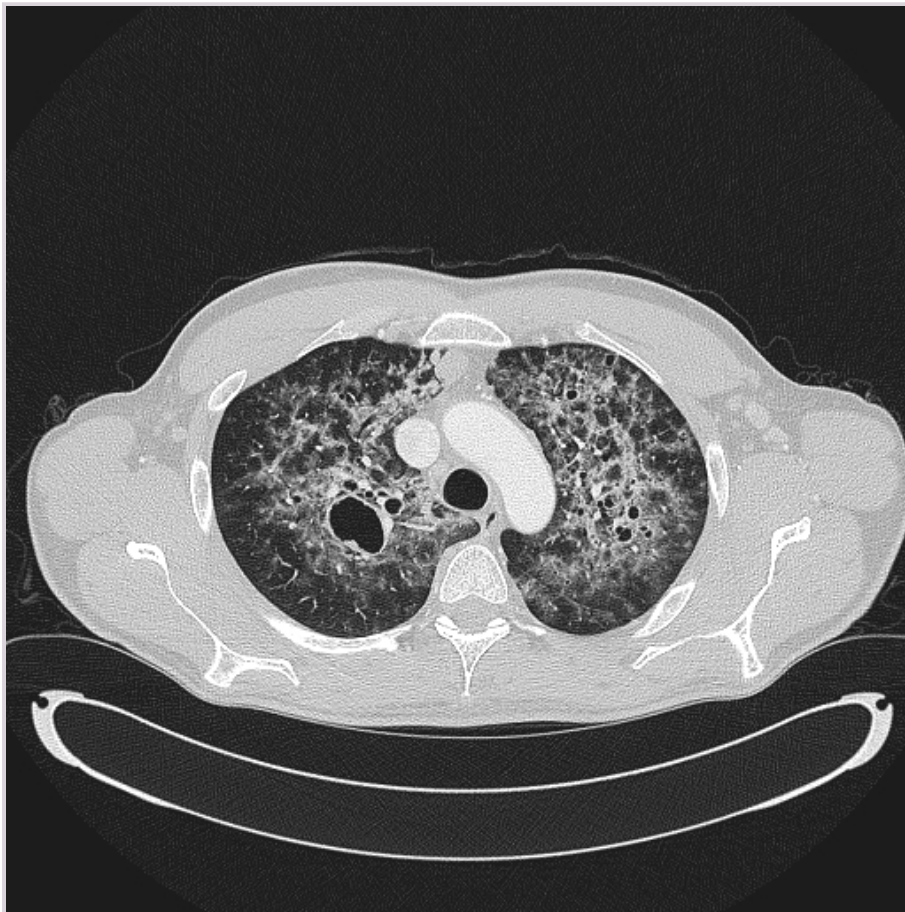
83

En 45 år gammel mann som arbeider på et cruise fartøy, blir innlagt med feberfølelse, tungpust og tørrhoste som har økt gradvis de siste 4 ukene. Han er aldri-røyker og har ingen kjent sykdom fra før, men virker noe blek, og er betydelig undervektig. Blodprøver viser:

Prøve	Prøvesvar	Referanseområde
CRP	27 mg/L	<5
Hb	13,7 g/dL	13,4-17,0
LPK	10.5 $10^9/L$	3,5-11,0

CT thorax tas ved inntak og i beskrivelsen står det: "mattglassforandringer og cystiske oppklaringer".

Hvilken lungesykdom er mest sannsynlig?





- A Infeksjon med *Pneumocystis jirovecii*
- B Lymfangioleiomyomatosis
- C Pulmonal Langerhans histiocytose
- D Infeksjon med *Legionella pneumoniae*

0000261b2ecc396228

84

En mann på 21 år har hatt influensaliknende-symptomer i 3 dager, og oppsøker lege da han plutselig har merket at urinen er cola-farget. U-stix med utslag på blod (4+) og protein (2+). Kreatinin er normal. Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A Rabdomyolyse
- B Anti-GBM nefritt
- C Nefrotisk syndrom
- D IgA nefritt

0000261b2ecc396228

85

En 52 år gammel kvinne er innlagt sykehus og vært behandlet med antibiotika i 10 dager for pneumoni. Hun har de siste 2 dager utviklet et kløende hudutslett. Blodprøver viser eosinofili og kreatinin har steget fra 76 til 130 $\mu\text{mol/L}$ (ref. 45-90 $\mu\text{mol/L}$). U-stix er nå positiv på protein (1+). Hun er tidligere nyrefrisk.

Hvilken tilstand er mest sannsynlig i dette tilfellet?

- A IgA nefritt
- B Akutt tubulær nekrose
- C Post-infeksiøs glomerulonefritt
- D Medikamentutløst tubulointerstitiell nefritt

0000261b2ecc396228

86

En mann på 71 år har fått påvist hyperkalsemi ved en rutinekontroll. Fastlegen utreder videre og finner høyt paratyreoideahormon (PTH) og økt kalsiumutskillelse i urin. Nyrefunksjonen er normal.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Primær hyperparathyroidisme
- B Idiopatisk hyperkalsiuri
- C Malign hyperkalsemi
- D Familiær hypokalsiurisk hyperkalsemi.

0000261b2ecc396228

87

Du er LIS og har vakt i akuttmottaket på et sykehus. En 88 år gammel kvinne innlegges fra legevakten med spørsmål om pneumoni; Hun har hatt gradvis redusert allmentilstand de siste dagene, og har kastet opp. Det er målt feber på legevakten og auskultert knatring over venstre lunge. Klinisk fremstår hun hypovolem med lavt blodtrykk 110/60 mmHg og tørre slimhinner.

Hun har kjent type 2 diabetes og kronisk nyresykdom, stadium 3. Har tidligere røkt. Hun bruker metformin 500 mg x 2 og candesartan (angiotensin II reseptorantagonist) 16 mg.

I påvente av blodprøvesvar tar du en arteriell blodgass som viser følgende:

Lab.verdier	resultat	Ref. omr.
pH	7,349	7,380-7,460
pO ₂ (kPa)	10,6	11,0-14,4
pCO ₂ (kPa)	3,70	4,30-6,00
sO ₂ (%)	96	95,0-98,0
Bikarbonat (mmol/l)	16	21-27
Base Excess (mmol/l)	-6,6	-3,0-3,0
Laktat (mmol/l)	0,9	0,5-2,5

Hva er korrekt vurdering av blodgassen?

- A Metabolsk acidose med respiratorisk kompensasjon, mest sannsynlig pga. forverring av nyresykdom
- B Metabolsk alkalose med respiratorisk kompensasjon, mest sannsynlig p.g.a. oppkast
- C Respiratorisk acidose, mest sannsynlig p.g.a. pneumoni og forverring av udiagnostisert KOLS
- D Metabolsk acidose med respiratorisk kompensasjon, mest sannsynlig metforminindusert

0000261b2ecc396228

88

En 73 år gammel, stort sett frisk kvinne har i ca. ett år brukt furosemid (loop diuretikum) tabletter 40-80 mg daglig mot lette ankelhevelser. Siste 10 dager har hun hatt influensaliknende sykdom og fått i seg lite mat og drikke.

Hun innlegges som ø-hjelp ved lokalsykehuset grunnet tiltakende slapphet og svakhet. I akuttmottaket er hun våken og klar, men i redusert allmenntilstand. BT 99/63 mm Hg, puls 98/min regelmessig, ellers normale vitalia.

I arteriell blodgass finner man følgende verdier:

	Målt verdi	Referanseområde
Hb (g/dL)	15.5	11.5 - 16.0
pO ₂ (kPa)	12.2	10.0 - 14.0
pCO ₂ (kPa)	6.5	4.7 - 6.0
pH	7.51	7.35 - 7.45
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	38	22 - 26
Natrium (mmol/L)	135	137 - 145
Kalium (mmol/L)	2.9	3.5 - 4.4

Furosemid seponeres.

Hvordan bør hennes hypokalemi og metabolske alkalose behandles?

- A Infusjon med isoton natriumklorid tilsatt kaliumklorid.
- B Peroralt kaliumklorid og peroral acetazolamid (karbonanhydrasehemmer).
- C Peroralt kaliumcitrat og infusjon med argininklorid (syre).
- D Infusjon med isoton natriumklorid.

0000261b2ecc396228

89

En 37 år gammel kvinne med kjent hypertensjon forteller deg på legetime at hun er gravid i uke 7. Hun lurer på om hun skal fortsette med blodtrykksmedisiner (angiotensin II reseptorantagonist med tiazid) eller ikke. Blodtrykket måles til 135/84 mmHg.

Hva er rett tiltak?

- A Fortsette med samme antihypertensiv behandling
- B Angiotensin II reseptor antagonist byttes med betablokker, hydroklortiazid uendret videre
- C Erstatte nåværende behandling med nifedipin og labetalol
- D Avslutte antihypertensiv behandling

0000261b2ecc396228

90

Du er LIS 1 i allmennpraksis. En 64 år gammel mann har bestilt seg time på legekontoet på grunn av gradvis økende hodepine, hukommelsesvansker og synsforstyrrelser over 3 uker. Han er tidligere frisk bortsett fra primær hypertensjon fra 40-årsalder og myalgier i rygg og nakke. Han har forskrevet blodtryksenkende behandling med kalsiumblokker, angiotensin II reseptor antagonist og tiazid. Han forteller at han sluttet med medikamentene for en måned siden, fordi en homeopat mente at hans myalgier skyldtes forgiftning fra legemidler.

Du måler blodtrykk 224/132 mm/Hg, puls 75/minutt regelmessig.

Hvilket tiltak er i tråd med god faglig praksis i denne situasjonen?

- A Akseptere pasientens valg om å slutte med medisinene, men anbefale kontrolltime
- B Starte kalsiumblokker og loopdiuretikum og sette opp kontrolltime neste dag
- C Gjeninnsette opprinnelige blodtrykkenkende medikamenter og sette opp kontrolltime neste uke
- D Innlegge pasienten i sykehus som øyeblikkelig hjelp

0000261b2ecc396228

91

Du er LIS 1 i allmennpraksis. En 47 år gammel kvinne har fått målt et tilfeldig blodtrykk på 147/92 mmHg. Hun har derfor gjort en 24 timers blodtrykksmåling. Hun kommer på time hos deg for gjennomgang av resultatene. Hun er ellers frisk fra før og røyker ikke. Hennes farfar fikk hjerteinfarkt 81 år gammel, ellers ingen arvelighet for hjerte/kar-sykdom.

- 24 timers blodtrykk gjennomsnitt 136/87 mmHg (<130/<80 mmHg).

- Høyde 168 cm
- Vekt 85 kg
- BMI 30,1 kg/m²
- Cor/pulm/underekstremiteter: Normale funn
- EKG: Normalt

Prøvesvar. (Referanseverdier i parentes)

Totalkolesterol mmol/L	4,1 (3,3-6,9)
LDL-kolesterol mmol/L	2,4 (1,4-4,7)
HDL-kolesterol mmol/L	1,7 (1,0-2,7)
HbA1c mmol/mol	31 (20-42)
Kreatinin umol/L	71 (45-90)
U-ACR mg/mmol	<3 (<3)

Hvilket førstetiltak er i tråd med faglige retningslinjer i denne situasjonen?

- A Livstilsintervensjon og oppstart med kalsiumantagonist
- B Livstilsintervensjon uten oppstart av legemiddel
- C Livstilsintervensjon og oppstart med ACE-hemmer
- D Livstilsintervensjon og oppstart med statin

0000261b2ecc396228

92

Du er LIS1 på legekantor. Pasienten din er en 64 år gammel mann med kronisk nyresykdom stadium 2 på bakgrunn av hypertensiv nyresykdom (nefrosklerose), med albumin-kreatinin-ratio på 75 mg/mmol (referanseverdi < 3 mg/mmol). Han lurer på hva som kan gjøres for å hindre forverring av nyresvikten. Han bruker kalsiumblokker og statin. Blodtrykk i dag er 138/87 mmHg.

Hvilket tiltak er i tråd med faglige anbefalinger for å redusere progresjon av nyresvikt?

- A Betablokker
- B Tilstrekkelig væskeinntak
- C ACE-hemmer
- D Loopdiuretikum

0000261b2ecc396228

93

En 45 år gammel mann kjenner seg uvel og blir innlagt på sykehus. Han har hatt feber noen dager, og løs avføring. Han har ingen brystmerter eller dyspnoe. Ved undersøkelse finner du BT på 110/70 mmHg, og når han reiser seg blir han svimmel.

s-natrium er 125 mmol/l. (ref 137-145) s-Kreatinin 210 µmol/l. (ref 60-105) Natrium i spot-urin er 5 mmol/l, og urin osmolalitet er 800 mosmol/l

Hva er den mest sannsynlige årsaken til hans hyponatremi?

- A Ekstrarenalt natrium- og væsketap.
- B Hjertesvikt
- C Renalt natrium og væsketap
- D SIADH (syndrome of inappropriate ADH secretion)

0000261b2ecc396228

94

En slank og tidligere frisk 64 år gammel kvinne behandles for høyt blodtrykk. Hun bruker angiotensin II reseptorantagonist og kalsiumblokker i maksimal dose. Gjennomsnittlig blodtrykk målt på legekantoret er 145/92 mmHg og pulsen er 72 og regelmessig. Hun har normal eGFR, ingen proteinuri.

Hva bør velges som ytterligere blodtrykksmedisin?

- A Angiotensinkonvertase (ACE)- hemmer
- B Aldosteronantagonist
- C Hydroklortiazid
- D Betablokker

0000261b2ecc396228

95

En 77 år gammel mann oppsøker legen grunnet redusert gangdistanse. Etter ca 150 meters gange får han vondt i begge beina og beina svikter. Etter litt hvile kan han gå nye 150 meter. Han røyker og har tablettregulert sukkersyke. Meniskoperert venstre kne for 40 år siden. Han er mindre besværet ved gange i terreng enn på asfalt, og han har lite problemer med å gå opp trapper.

- Normal kraft i begge underekstremitetene
- BT 150/80 mmHg
- Ankel/arm index = 0.95
- Røntgen av hofter og knær viser minimale degenerative forandringer

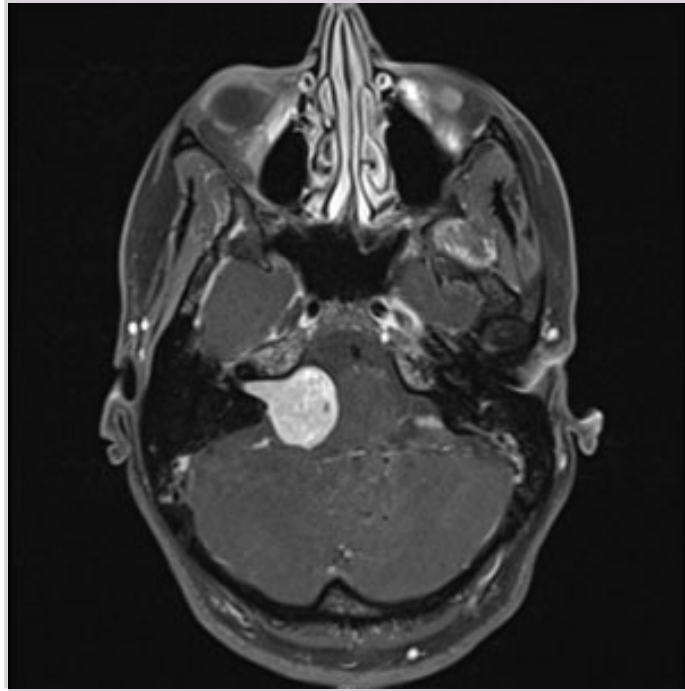
Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A Hofteleddartrose
- B Kneartrose
- C Vertebrogener claudication (spinal stenose)
- D Arteriell insuffisiens

0000261b2ecc396228

96

En 43 år gammel kvinne har de siste månedene vært plaget med svimmelhet og øresus, og hun synes hørselen har blitt dårligere på høyre side. Hun blir undersøkt av en øre-nese-hals-lege som finner nevrogen hørselstap på høyre side og normal hørsel på venstre side. MR viser:



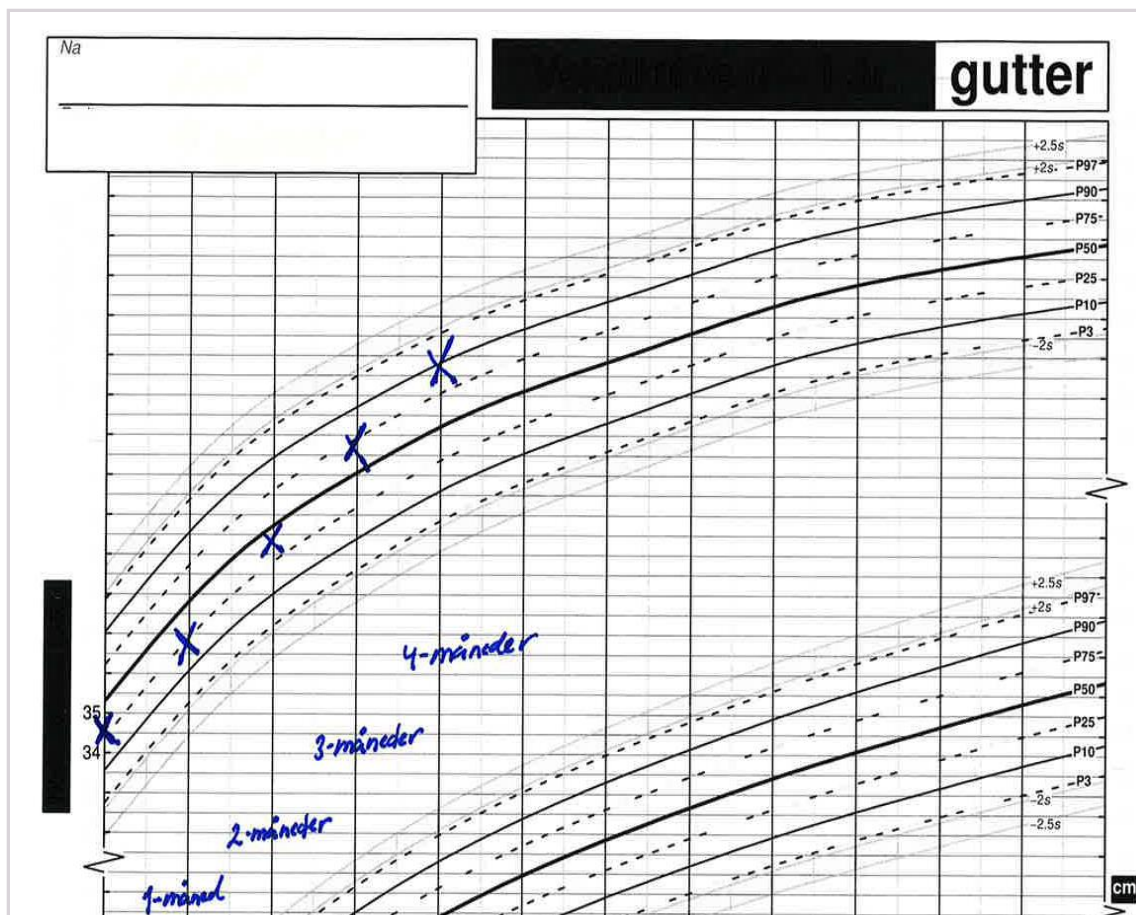
Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Astrocytom
- B Meningeom
- C Ependymom
- D Schwannom

00002611b2ecc396228

97

Vedlagt er hodeomkretsskjema for en 4 måneder gammel gutt som, bortsett fra avvikende hodeomkretsutvikling, viser fin trivsel og normal utvikling.



Hva er mest sannsynlige tentative diagnose?

- A Tumor cerebri
- B Encephalocèle
- C Hydrocephalus
- D Kraniosynostose

0000261b2ecc396228

98

26 år kvinne kontakter fastlegen, fordi hun gjennom 5 uker har hatt svære smerter bak det venstre øye. Smerter oppstår 1-2 ganger hver dag. Varigheten er 1-2 timer. Smerteintensiteten er 10 på en VAS (visual analog skala) 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte.

Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

- A Migrene uten aura
- B Klasehodepine
- C Kronisk migrene
- D Tensjonshodepine

0000261b2ecc396228

99

Kvinne på 55 år som jobber med montering av elektriske komponenter kontakter fastlegen på grunn av nummenhet og prikking i høyre 2. og 3. finger og episoder med smerter i dette området. Kraften er god i armen, og hånden har ikke endret utseende. Hun blir verre når hun arbeider, og hun har problemer med å gjøre jobben sin. Hun blir også verre når hun snakker i telefon og kan også våkne om natten av plagene.

Hva er beste videre utredning av pasienten?

- A MR cervicalcolumna
- B Elektrokardiografi (EKG)
- C Røntgen håndledd
- D Nevrografi

0000261b2ecc396228

100

En student blir funnet i dårlig forfatning på studenthybel. Det har vært høyt alkoholinntak i forbindelse med fadderuke. Usikkert vedrørende annet rusmisbruk, men amfetamin har vært i omløp. For noen dager siden var det et opptaksrituale hvor han måtte spise fordervet mat og drikke kaffe utblandet med alkohol. Han er sløv med overfladisk, rask ventilasjon. Normal sensorikk. Han har tørre slimhinner og store pupiller uten lysreaksjon. Han er generelt svak i muskulatur, men ingen lateraliserende funn ved nevrologisk undersøkelse. Normalt BT og ingen feber. Normal røntgen thorax. Arteriell blodgass viser hypoksi og en respiratorisk acidose.

Hvilken tilstand må mistenkes?

- A** Botulisme
- B** Myasthen krise
- C** Amfetaminintoksikasjon
- D** Metanolforgiftning

0000261b2ecc396228

101

En kvinne på 29 år har hyppige migreaneanfall. Hun startet opp med metoprolol (betablokker) som anfallsforebyggende medisin, men på 3 måneders kontroll er hun usikker på om hun har noen effekt. Hun fører oversikt over hodepinen (hodepinedagbok). Du ser at hun hatt 14 hodepinedager per måned, hvorav 10 dager er migrene med aura per måned. Hun har brukt kombinasjon av paracetamol og naproxen som smertestillende, men bare på dager med hodepine. Ved migrene har hun i tillegg tatt sumatriptan (5HT1 reseptroantagonist) inntil x2. Hun har ikke overskredet maksdosering på noen av dagene. Når hun beskriver migrenen for deg, forteller hun at den ofte er på begge sider av hodet.

Med disse opplysningene, hva bør man mistenke er hovedproblemmet?

- A** Overforbruk av enkle analgetika og triptaner
- B** Feildiagnostisert migrene, egentlig en kronisk spenningshodepine
- C** Feil valg av medikament, metoprolol uegnet til kvinner i fertil alder
- D** For kort utprøving av metoprolol

0000261b2ecc396228

102

En 62 år gammel mann har ikke kunnet løfte armene over hodet de siste 10 årene. Har hatt problemer med dette helt siden han var 14-15 år gammel. Han klarer fortsatt å gå, jobber på kontor og har fire barn hvorav én, en gutt på 28 år, har samme plager. Undersøkelse viser myopatisk fascies, atrofi og svekket kraft i biceps og triceps bilateralt og en lett fotdrop bilateralt.



Hva feiler det mannen?

- A Facioscapulohumeral muskeldystrofi
- B Amyotrofisk lateralsklerose
- C Cervikal radikulopati som rammer C4-C7 nerverøtter
- D Gjennomgått bilateral brachial plexopati

000026152ecc396228

103

En 45 år gammel syklist kommer til undersøkelse etter en trafikkulykke forårsaket av at han ikke overholdt vikeplikten og ble påkjørt av en bil. Han sier selv at han ikke så en bil komme fra siden. Til alt hell pådro han seg kun en lett commotio. Du oppdager imidlertid at han har en bitemporal hemianopsi og henviser ham til MR caput.

Hvor vil man mistenke å finne patologi?

- A Venstre tractus opticus
- B Høyre n. Opticus
- C Chiasma opticum
- D Venstre radiatio optica

000026152ecc396228

104

En 55 år gammel lærer henvises til akutmottaket grunnet lett forvirring. Ved undersøkelse finner du bilaterale abducenspareser, nystagmus og ataksi i underekstremitetene. Førøvrig finner du ingen neurologiske utfall. BT 140/85 mmHg, puls 83 regelmessig. Somatisk undersøkelse er upåfallende.

Hva er beste tiltak?

- A Plasmaferese
- B Tiamin
- C Trombolyse
- D IVIG

000026152ecc396228

105

En 72 år gammel tidligere frisk mann, ikke-røyker, kommer til deg på fastlegekontoret pga. en kul i venstre fossa supraclavicularis. Du palperer her en forstørret, noe hard lymfeknute, men ingen andre knuter på collum. Biopsi viser at det foreligger spredning fra et karsinom til en lymfeknute. Utredning viser ingen svulst i ØNH-området eller i lunge.

Hvor er det mest sannsynlig at primærsvulsten er lokalisert?

- A Lymfe (lymfom)
- B Hud
- C Brystkjertel
- D Magesekk

0000261b2ecc396228

106

Du er sykehjemslege og har inneliggende en 82 år gammel mann med inoperabel lungekreft og skjelettmetastaser. Han har tidligere fått strålebehandling og kjemoterapi, men er nå vurdert å være i terminal fase. De siste to dagene har han blitt økende tungpusten. Han virker plaget og har respirasjonsfrekvens 24 per minutt, SpO₂ 96 %, puls 80 min⁻¹ og er afebril. Du hører lett knatring basalt på begge lungers bakflater. CRP er 36 mg/L (ref. < 5).

Hva er mest riktige behandling?

- A Salbutamol
- B Oksygentilskudd
- C Morfin
- D Penicillin

0000261b2ecc396228

107

En 55 år gammel kvinne har merket en kul i sitt venstre bryst. Fastlegen finner en litt øm uskarpt avgrenset oppfylning 3 cm diameter i øvre laterale kvadrant og ingen forstørrede lymfeknuter i aksillene.

Ved siden av mammografi, hvilken undersøkelse er viktigst å gjøre nå?

- A Biopsi av vaktpostlymfeknute
- B Finnålsaspirasjonscytologi av kulen
- C Ultralyd av bryst og aksiller
- D MR av bryst og aksiller

0000261b2ecc396228

108

En 43 år gammel, lett overvektig kvinne behandles med nivolumab (PD-1 hemmer) for spredning til lunge, hjerne, hud, tynntarm og skjelett fra melanom. Hun responderer på behandlingen. Hun legges inn med akutte sterke magesmerter. Ikke hatt avføring siden i går, kun luft. Bevegelsestrang. Hun er afebril. Hun har følgende blodprøver:

Aktuell verdi	For 14 dager siden:	Referanseverdier
HB: 8,8 g/dl	10,8	13,5 - 16,0
LPK: 15,0 10 ⁹ /L	12,8	3,5 - 9,0
TPK: 200 10 ⁹ /L	280	130 - 350
CRP: 59 mg/L	59	<5

Ved undersøkelse av abdomen finner du:

- Diffus slippømheth
- Perkusjonsømheth
- Opphevet leverdempning
- Normal flankedempning
- Lett utspilt abdomen
- Svak tarmlyd

Hva er mest sannsynlig årsak til dette akutte kliniske bildet?

- A** Peritonitt
 - B** Ileus
 - C** Ascites
 - D** Tarmperforasjon
-

000026152ecc396228

109

En 55-årig mann kommer til deg som LIS1 i akuttmottaket. Han har falt på isen og skadet høyre overarm. Legevaktslegen har henvist til røntgen som viser spiralfraktur distalt i humerus. Når du sjekker distal status oppdager du at han har svikt i ekstensor digitorum communis, ekstensor pollicis longus, ekstensor carpi radialis longus og ekstensor carpi radialis brevis.

Hva slags nerveskade foreligger?

- A** N.medianus
 - B** Plexus brachialis
 - C** N.radialis
 - D** N.ulnaris
-

000026152ecc396228

110

En 40 år gammel høyrehendt maskinfører kommer til deg som LIS1 i allmennpraksis. Han er stort sett frisk, men fikk diagnosen whiplash etter en trafikkulykke for 15 år siden. Nakkeplagene ble bedre etter fysioterapi. Nå har han i seks uker hatt økende smerte i høyre skulder og skulderblad med utstråling ned til underarm og fingrer. Naboen hans hadde lignende skuldersmerter og ble operert med kikkhulsooperasjon og ble helt bra etter operasjon. Pasienten lurte på om han kan bli henvist til samme operasjon. Ved klinisk undersøkelse finner du noe svakere muskulatur i høyre skulder og overarm ved isometrisk test. Positiv Hawkins og Neer test (impingement test). Aktiv abduksjon og fleksjon til skulderhøyde, passivt får du løftet armen til 180 grader.

Hvilket av følgende tiltak er mest riktig?

- A** Henvise pasienten til ortoped for operasjon pga klinisk mistanke om subacromielt smertesyndrom.
 - B** Henvise pasienten til fysioterapi for behandling for subacromielt smertesyndrom og opptrening av styrke.
 - C** Henvise pasienten til MR av skulder for å utelukke subacromielt smertesyndrom.
 - D** Henvise pasienten til MR av cervikalkolumna for å utelukke prolaps eller annen spinal patologi.
-

000026152ecc396228

111

Du er turnuslege på en legevakt som er lokalisert ved et stort sykehus med ortopedisk avdeling og røntgenlege. Det er natt til søndag, og ambulansen kommer med en pasient på 41 år som har ramlet ned fra en veranda i en høy første etasje. Pasienten lukter alkohol, er urolig og smertepåvirket, og høyre ankel står 90° feilrotert. Etter å ha undersøkt pasienten finner du at luftveier og respirasjon er normale, og det samme gjelder sirkulasjon. Det er vanskelig å vurdere bevissthetsnivået da pasienten fremstår svært beruset, han snøvler og kan ikke forklare hva som har skjedd. Pupillene er sidelike, og du finner ingen åpenbare brudd på kraniet.

Hva er beste tiltak?

- A** Rekvirere CT-caput som er normalt, og henviser deretter pasienten til akuttmottaket for vurdering av ortoped
 - B** Grovrepone ankel og legge på en stabiliserende splint før pasienten sendes til CT-caput og røntgen av ankelen
 - C** Legge på en stabiliserende splint på ankelen og melde pasienten til vakthavende ortoped og nevrokirurg.
 - D** Rekvirere CT-caput og røntgen av ankelen
-

000026152ecc396228

112

En 83 år gammel kvinne med kognitiv svikt snubler i gangen på sykehjemmet og faller om med sterke smerter i høyre hofte. Hun klarer ikke å komme seg på bena. Høyre ben er forkortet, hofta flektert og utadrotert. En sykepleier tilkaller ambulanse og hun kjøres til akuttmottaket ved nærmeste lokalsykehus. Det rekvireres blant annet røntgen av hennes bekken og høyre hofte med front og sideprojeksjon.

Hva er det mest sannsynlig at røntgenbildene vil vise?

- A** Hofteleddsluksasjon
- B** Et dislokert hoftebrudd
- C** Et udislokert hoftebrudd
- D** Et femurskift brudd

000026152ecc396228

113

En 70 år gammel kvinne ble operert for lårhalsbrudd høyre side med innvendig halvprotese for 3 uker siden med standardisert infeksjons- og tromboseprofylakse. Hun ble etter kort tid utskrevet til et opptreningssenter og i fin fremgang. Uten noe spesielt forutanledigende har hun de siste dagene fallert med redusert allmenntilstand og feberfølelse. Hun har blitt sengeliggende, høyre lår er hovent og ømt. Hun vegrer å bevege benet. Såret har også sprukket opp og det har begynt å sive en del væske fra det. Hun innlegges på nytt på sykehuset. Det tas blodprøver som vises under. I tillegg rekvireres røntgen, ultralyd og blodkulturer.

Blodprøver:

	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hb 7,0 g/dl	8,3	11,7 - 15,3
LPK $10^9/L$	15	3,5 - 10,0
Nøytrofile granulocytter $10^9/L$	11,1	1,5 - 7,3
SR mm/time	15	< 20
CRP mg/L	257	< 5
D-dimer mg/L	4,5	< 0,7

Hva er foreløpig mest sannsynlige diagnose?

- A** Posttraumatisk dyp venøs trombose
- B** Proteseløsning
- C** Postoperativ infeksjon
- D** Liggesår

000026152ecc396228

114

En 74 år gammel kvinne oppsøker fastlegen sin for smerter i høyre lyske som stråler ned mot kneet fortil. Hun har kjent litt til dette i noen måneder, men ble verre etter et fall på tur for en måned siden. Smertene øker under og etter belastning, og hun har måttet redusere lengden på gåturene sine til 2 km. Hun er frisk forøvrig.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A** Hofteartrose
- B** Isjias
- C** Innkilt lårhalsbrudd
- D** Trochantertendinopati

000026152ecc396228

115

En 11 uker gammel gutt innlegges på sykehus etter anfall med generelle kramper. Mor forteller at han, kvelden før innleggelsen, rullet seg ut av sofaen og landet på gulvet (gulv med fliser). Gråt litt umiddelbart men roet seg etter få minutter. Far passet gutten på formiddagen påfølgende dag og forteller at gutten fikk rykninger i hele kroppen i forbindelse med bleieskift. I journalen leser man at gutten er født for tidlig (i uke 35) grunnet pre-eklampsi hos mor, men hadde en fin Apgar (9/9/10) etter fødsel og har hatt normal vektøkning og utvikling så langt i livet. Ved innleggelse samme kveld, er han afebril, litt sløv men ingen kramper. Det sees ingen ytre skade på hodet, men en stor hevelse på venstre lår.

Hvilke bildediagnostiske undersøkelser skal startes med?

- A** Røntgen venstre femur og MR cerebri (i narkose)
- B** CT venstre femur og CT cerebri
- C** Røntgen venstre femur og CT cerebri
- D** CT venstre femur og MR cerebri (i narkose)

0000261b2ecc396228

116

Du er fastlege for en tre år gammel gutt som fra i går formiddag har hatt intenst vondt i venstre øre. Fra i morges har smerten avtatt, og det har rent gul væske ut fra øret. Han er vanligvis frisk og har ikke hatt øreproblemer før. Ved undersøkelse er han i god allmenntilstand med regelmessig puls 108 min⁻¹ (95–140). I venstre øregang ses rikelig med puss. Trommehinnen er rød, men du får ikke fullstendig oversikt over den på grunn av pusset.

Hva er beste tiltak?

- A** Se an og be foreldrene ta kontakt ved forverring eller fortsatt væsning om to døgn
- B** Behandle med penicillin peroralt
- C** Behandle med dikloksacillin peroralt
- D** Behandle med øredråper med kombinert antiinfektiva og kortikosteroid

0000261b2ecc396228

117

En 3 år gammel gutt har siste uken hatt flere løse avføringer daglig, og de siste par dager har han det kommet litt blod i avføringen. Han har ikke hatt feber, men en del magesmerter som tiltar, og i dag kastet han opp. Han har også tisset litt mindre siste par dager, men også spist og drukket mindre. Orienterende blodprøver på legekantoret viser:

	Aktuell verdi	Referanseverdi
Hb g/dL	8,8	10,5-13,1
Leukocytter 10 ⁹ L	13,9	3,7-14,7
Trombocytter 10 ⁹ L	126	228-435
CRP mg/L	32	<5

Ustix viser 3+ på erytrocytter og 4+ på protein, ellers negativ.

Hva er trolig årsaken til anemien?

- A** Blødning fra tarm
- B** Leukemi
- C** Hemolyse
- D** Fanconi anemi

0000261b2ecc396228

118

I din jobb som fastlege har du en tre år gammel tidligere frisk jente på kontoret som de siste to uker har hatt blåflekker i huden på beina. Hun har hatt to feberepisoder den siste uken, men har vært i ganske fin form bortsett fra at hun har klaget litt over vondt i beina. Normal avføring og vannlating. Hadde også en episode med neseblødning for en uke siden.

Ved undersøkelse er hun kanskje litt bleik, hun er i god allmenntilstand, afebril, noen blåflekker på beina. Hun har også noen små røde prikker på leggene som ikke forsvinner når du strekker på huden. Enkelte palpable lymfeknuter på halsen med største diameter 5-6 mm. Normalt over hjerte, lunger og abdomen. Ingen hevelse over ankler/legger/knær.

Blodprøver viser følgende verdier:

Prøve	Verdi	Ref. område
Hb	8,9 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	19,6 x 10 ⁹ /L	4,0-14,0 x 10 ⁹ /L
Granulocytter	0,5 x 10 ⁹ /L	1,5-7,5 x 10 ⁹ /L
Trombocytter	25 x 10 ⁹ /L	145-390 x 10 ⁹ /L
CRP	20 mg/L	< 5 mg/L
Kreatinin	30 µmol/L	23-37 µmol/L

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Akutt lymfatisk eller myelogen leukemi (ALL/AML)
- B Henoch-Schönleins/allergisk purpura (HSP)
- C Hemolytisk uremisk syndrom (HUS)
- D Idiopatisk/immunbetinget trombocytopenisk purpura (ITP)

0000261a2ecc396228

119

En av dine pasienter har over mange år drukket alkohol på en slik måte at han oppfyller diagnosekriteriene for alkoholavhengighet. Han har flere ganger forsøkt å slutte å drikke, men har hver gang hatt tilbakefall etter nokså kort tid.

Hvilket medikament er det riktigst at denne pasienten får for å klare å holde seg helt rusfri over lang tid?

- A Naltrekson (Revia - opioidantagonist)
- B Disulfiram (Antabus - acetaldehyd nedbrytningshemmer)
- C Nalmefen (Selincro opioidsystemregulator)
- D Acamprosat (Campral - GABA agonist)

0000261a2ecc396228

120

Du er LIS i allmennmedisin og får en 43 år gammel mannlig sykepleier ved sykehjemmet i bygda på kontoret. Det kommer frem at lederen har varslet tilsynssak mot ham, da han har tatt vanedannende medisiner fra medisinskapet. Det dreier seg om benzodiazepiner, hovedsakelig diazepam (Vival) og oksazepam (Sobril). Han har siste 2-3 årene gradvis økt til døgndoser på 80-100 mg Vival daglig og 200 mg Sobril.

Hvordan er det mest riktig å behandle denne medisinerbruken videre?

- A Han kan nedtrappe nokså raskt og i løpet av 3-4 dager inntil full seponering
- B Nedtrapping bør foregå langsomt f.eks med 10 % reduksjon hver uke
- C Nedtrappingen kan foregå med halvering av dosen hver uke inntil full seponering
- D Ettersom pasienten mistenkes for å ha stjålet medisiner på arbeidssstedet kan han ikke lenger få resept, og bør avvikle sitt benzodiazepinbruk omgående

0000261a2ecc396228

121

Du er fastlege for en 19 år gammel jente som oppsøker deg fordi hun tror hun holder på å miste kontrollen over seg selv. Siden 10-12 års alderen har hun hatt påtrengende og uønskede tanker, først var det bagateller som at hun måtte sjekke om alle dørene var låst før hun gikk, vaske hendene sine gjentatte ganger, kle på klærne i en spesiell rekkefølge osv. Som yngre hadde hun perioder med motoriske tics, men nå er disse tilstede bare av og til. Etter at hun flyttet på studenthybel har plagene blitt verre, og hun har fått bizarre tanker om å skade medstudentene. Hun vet at hun ikke vil gjøre dette, men er likevel svært redd for å miste kontrollen og opplever pustevansker og hjertebank når hun får slike tanker.

Hva er mest sannsynlige diagnose?

- A Tvangslidelse
- B Generalisert angst
- C Tourettes syndrom
- D Debuterende schizofreni

0000261b2ecc396228

122

Du blir som fastlege kontaktet på telefon av sønnen til en mann på 83 år. Han beskriver faren som fysisk sprek, men han har blitt mer glemsk det siste året. Han er enkemann, og klarer seg greit i eget hus med noe mer støtte enn tidligere fra barn og hjemmetjenesten. Sønnen forteller at det har skjedd en forandring de siste 2-3 dagene, med økende nattlig uro, forvirring og fortvilelse. Familien opplever også at han ser ting som ikke finnes.

Hva er mest sannsynlig diagnose?

- A Akutt funksjonsfall ved langsom demensutvikling
- B Depressiv reaksjon
- C Lewylegeme demens
- D Akutt delir

0000261b2ecc396228

123

Du er fastlege og får besøk av en kvinne på 33 år på kontoret, som gjennom de siste fire ukene har følt seg trist og nedfor. Hun har lite initiativ og liten glede av vanlige aktiviteter, og synes det er tungt å komme seg på jobb. Hun synes det hjelper når hun kan snakke med mannen. Hvis hun er mye alene kverner tankene mer. Hun benekter suicidale tanker. Du undersøkte henne somatisk ved forrige besøk, somatisk status og labprøver uten anmerkninger. Du gjør en MADRS og får score 17 (forenlig med mild depresjon).

Hvilke tiltak er riktig å iverksette?

- A Sykmelde pasienten og avtale ny samtale om en uke
- B Starte opp behandling med en serotonin reopptakshemmer (SSRI)
- C Henvise pasienten til psykiatrisk poliklinikk
- D Starte med rådgivning og psykologisk intervensjon

0000261b2ecc396228

124

En 22 år gammel kvinne kommer til Legevakten. Hun har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og har gjentatte ganger vært innlagt, sist for 2 uker siden (intoksikasjon og risting i håndleddet). Bor alene. Oppfølging ved poliklinikk, har time der om to dager. Det har vært to henvendelser til Legevakten de siste dagene etter at hun hadde rispet seg i håndleddene. Spørsmål om innleggelse ble begge gangene avvist av bakvakt på sykehuset. Hun har nå et overfladisk kutt på halsen og er beruset (drukket mye øl, promille på 1,5).

Hva vil det være riktig å gjøre i denne situasjonen?

- A Søke om planlagt innleggelse
- B Henvise til akutt innleggelse
- C Henvise til avrusing
- D Ingen tiltak

0000261b2ecc396228

125

Mann 46 år som er overvektig, men ellers stort sett frisk kommer haltende til legekantoret med sterke smerter i høyre ankelledd. Han har sovet lite de siste to nettene. Du finner at ankelen er hoven, varm, rød og svært øm når du trykker over ankelleddet.

Blodprøvene viser SR 65 mm/time (ref. <20), CRP 75 mg/L (ref. < 5) og s-urat 460 micromol/L (ref. 230-480).

I løpet av det siste året har han hatt to episoder med liknende symptomer i venstre ankelledd. Han gikk da ikke til legen, men tok Ibux (NSAID) tabletter som hjalp litt på smertene. Symptomene gikk gradvis tilbake i løpet av en ukes tid.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A Septisk artritt
- B Arthritis urica
- C Sarkoidose
- D Kondrokalsinose artritt

0000261b2ecc396228

126

Kvinne 32 år kommer til fastlegen fordi hun det siste året har følt seg trøtt og uopplagt og hatt smerter i ledd og muskulatur. Hun har smerter og hevelse over PIP-ledd 2 og 3 høyre hånd. Hun er også munntørr og må drikke vann når hun skal svelge mat. Hun er plaget med svie på øynene. Fastlegen finner svært lav tåreproduksjon ved Schirmers test. Blodprøver viser senkning på 56 mm/t (ref < 20) og CRP < 5 mg/L (ref < 5). Revmatoid faktor og anti-CCP er negative. ANA og anti-SSA er positive. IgG er forhøyet til 20,2 g/L (ref 6,1 - 14,9), mens IgA og IgM er normale. C3 og C4 er normale.

Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

- A SLE (systemisk lupus erythematosus)
- B Sjögrens syndrom
- C MCTD (mixed connective tissue disease)
- D Revmatoid artritt

0000261b2ecc396228

127

En mann på 24 år møter deg med smerter i korsryggen til konsultasjon på fastlegekontoret. Smertene startet for 2-3 måneder siden, han har fått økende stivhet i ryggen. Det er problemer med noen bevegelser, f.eks. å ta på strømpene og økende tretthet. Han er ikke febril og har ikke andre allmensymptomer. Ved undersøkelsen av pasienten finner du paravertebrale smerter i muskulatur og redusert fleksjon i lumbalkolumna. Pasienten møter til kontroll etter 10 dager. Han har hatt noe nytte av NSAID men blir fort stiv igjen når han glemmer å ta medisinen. Blodprøvesvar viser normal SR og CRP, HLA-B 27 er positiv.

Hva er det viktigste tiltaket nå?

- A Rekvirere ny SR og CRP
- B Rask utredning med konvensjonell røntgen av iliosakralledd
- C Henvise til revmatolog
- D Sykemelde pasienten

0000261b2ecc396228

128

Du har nylig fått en ny pasient på fastlegelisten din, en 22 år gammel kvinne. Ifølge oversendt journal har hun slitt med angst og depresjon samt selvskading og periodevis overspising med påfølgende oppkast. Hun har fått diagnose F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun har fullført videregående utdanning som barne- og ungdomsarbeider, men har ikke kommet i arbeid. Hun har nå flyttet inn hos en venninne etter å ha slått opp med kjæresten.

Hvorfor har hun rett på en individuell plan?

- A Fordi hun har en psykiatrisk diagnose
- B Fordi hun kan ha rett til ytelser som ung ufør
- C Fordi hun kommer til å ha behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten
- D Fordi hun har behov for tjenester fra flere instanser og over tid

0000261b2ecc396228

129

En terminal pasient på et sykehjem har over tid stått på en stor mengde medikamenter. I det siste har det vært mange besøk av legevaktsleger, noe som har økt multifarmasien. Legen som er fast tilsynslege gjør derfor en gjennomgang av medikamentene, og seponerer de fleste. Pasientens sønn klager på dette etter at pasienten dør, og mener legen har tatt livet av hans mor.

Hvor skal Helsetilsynet i fylket hente inn uttalelse i denne saken som grunnlag for å vurdere faglig forsvarlighet i helsehjelpen?

- A Fra den innklagede legen
- B Fra den innklagede legen og fra ledelsen på sykehjemmet
- C Fra ledelsen på sykehjemmet
- D Fra den innklagede legen og fra legevaktslegene som var involvert

000026152ecc396228

130

En pasient har vært 100% sykmeldt med vond rygg i 7 uker og kommer til fastlegen for forlengelse av sykmeldingen.

Hva forventes av fastlegen i følge lov om folketrygd nå?

- A Fastlege må avholde dialog møte 2 med arbeidsgiver, NAV og arbeidstaker
- B Fastlege må vurdere om det er tungtveiende, medisinske grunner til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er mulig
- C Fastlege må lage en oppfølgingsplan sammen med arbeidsgiver
- D Fastlege må planlegge og kalle inn til dialogmøte 1 med arbeidsgiver, NAV og arbeidstaker

000026152ecc396228

131

En 70 år gammel mann får plutselig intense brystmerter og faller om på gulvet i et kjøpesenter. Du kommer raskt til og finner ham våken men alvorlig smertepåvirket. Han har god puls i høyre arm, ikke puls i venstre håndledd og det er vanskelig å kjenne puls på halsen. Han kan ikke bevege beina.

Hva er mest sannsynlig årsaken til dette symptombildet?

- A Akutt aortadisseksjon
- B Akutt hjerteinfarkt med kardiogent sjokk
- C Akutt lumbago
- D Akutt lungeemboli

000026152ecc396228

132

En 80 år gammel mann oppsøker fastlegen. Han har i mange år hatt treg stråle ved vannlatning og hyppig vannlatning med små volum. Dette har ikke plaget han nevneverdig og han har ikke tatt dette opp med lege før. Grunnen til at han kommer til legen nå er at han har begynt å lekket urin når han sover om natten. Ved klinisk undersøkelse palperer du en betydelig forstørret prostata uten malignitetsmistanke. Du perkuterer en betydelig forstørret blære.

Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens urinlekkasje?

- A Urgency inkontinens
- B Overflowinkontinens
- C Blandingsinkontinens
- D Stressinkontinens

000026152ecc396228

133

En 16 år gammel gutt som er tidligere frisk, ankommer akuttmottak og klager over venstresidige flankesmerter. Smertene kommer og går. Han opplever at smertene forverres etter trening når han drikker mye vann. Ultralyd viser hydronefrose på venstre side. Nyrebekkenet måler 5 cm i anterioposteriør diameter. Venstre ureter kan ikke visualiseres. Normale funn i høyre nyre og ureter.

Hva er den mest sannsynlige årsaken til smertene?

- A Vesico-ureteral reflux
- B Urotelialt carcinom i ureter
- C Pyelo-ureteral overgangstenose
- D Nyrestein venstre

000026152ecc396228

134

En 26 år gammel fotballmålvakt fikk et direkte spark mot en av testiklene for en uke siden. Nå søker han deg som fastlege fordi han mener at den ene testikkelen har økt 25% i størrelse. Han husker ikke hvilken testikkel som fikk seg et spark. Palpatorisk synes venstre testikkel forstørret og hard.

Hva er den beste måten å håndtere dette videre på?

- A** Du ber ham komme til ny kontroll om 4 til 6 uker fordi det kan ta lang tid før hevelse i testikler og skrotum forsvinner
 - B** Du bestiller ultralyd av skrotum
 - C** Du bestiller CT abdomen/thorax og tumormarkørene HCG, AFP, LD
 - D** Du ber ham kontakte deg på nytt dersom forskjellen øker, fordi 25% forskjell i størrelse på testiklene er innenfor det normale
-

000026152ecc396228

135

En 65 år gammel mann er for 3 år siden strålebehandlet for prostakreft. Han møter nå på kirurgisk poliklinikk grunnet PSA-stigning fra 0,1 til 13 ug/L (ref 0-4,5) i løpet av de siste 6 månedene. Skjelettscintigrafi viser utbredt metastasering til columna og bekkenskjelettet.

Hvilken behandling er indisert?

- A** Kastrasjonsbehandling med LHRH-analog og kjemoterapi
 - B** Radikal prostatektomi
 - C** Strålebehandling
 - D** Antiandrogen behandling med Bicalutamid
-

000026152ecc396228

136

En 65 år gammel mann kommer til fastlegen grunnet vannlatingsplager. Han har subjektivt dårlig trykk på strålen, bruker lang tid ved vannlatningen og må ofte late vannet på nytt kort tid etter at han har tisset. Han opplever ikke økt trang i forbindelse med vannlatningen. Han har normal PSA og ved rektal eksplorasjon palperer du en ikke-forstørret prostata uten mistanke om malignitet i prostata. Pasienten ønsker medikamentell behandling.

Hvilken medikamentell behandling er førstevalg hos denne pasienten?

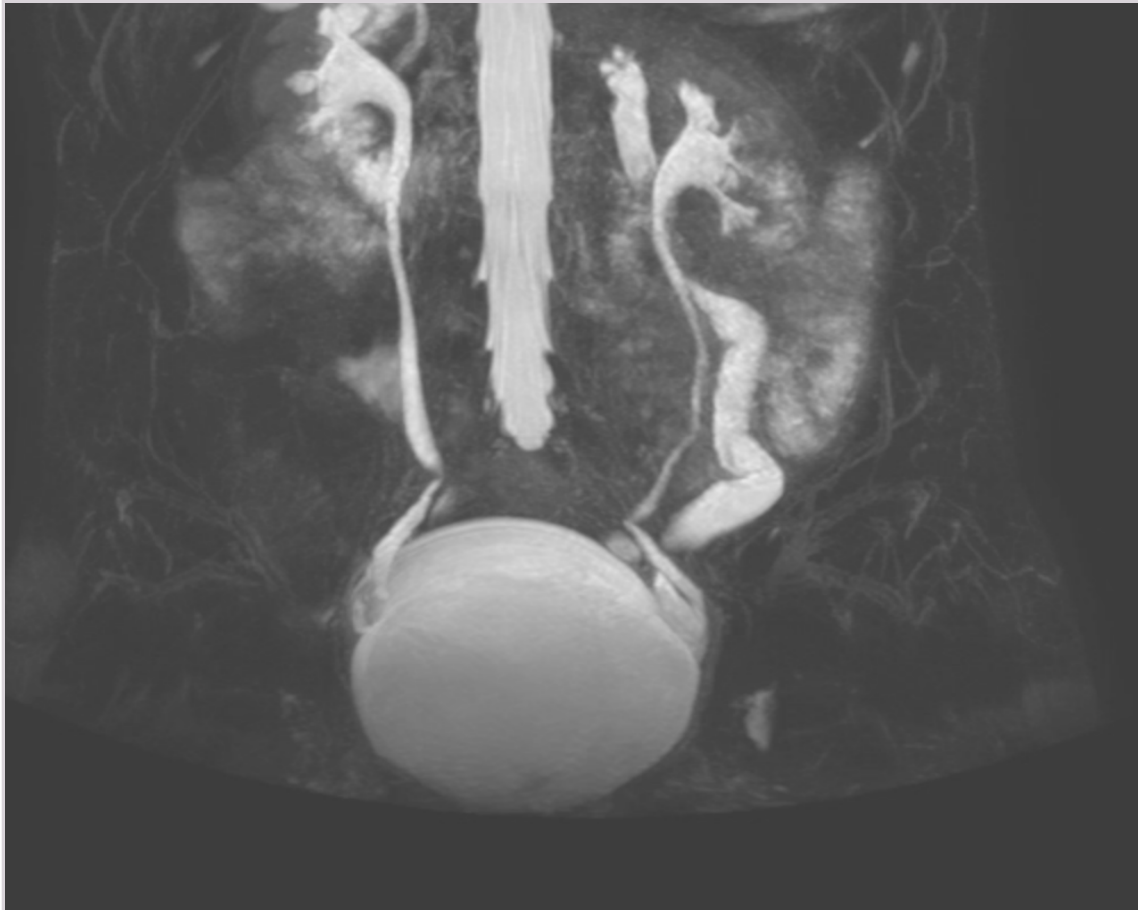
- A** Solifenacin (Antikolinergika)
 - B** Tamsulosin (selektiv alfa-blokker)
 - C** Mirabegron (beta 3 - agonist)
 - D** Finasterid (alfa-reduktase hemmer)
-

000026152ecc396228

137

En 15 år gammel jente henvises kirurgisk poliklinikk grunnet urininkontinens. Hun lekker små mengder urin både dag og natt. Hun har normalt fungerende vannlatning og ingen urgency eller dysuri. Foreldrene bekrefter at hun aldri har hatt urinveisinfeksjon. Henvisende lege har rekvirert en MR urografi (se bilde). Undersøkelsen viser dobbeltanlegg på venstre side. Det øvre anlegget er dysplastisk og ureter er svært dilatert.

Hva er den mest sannsynlige årsaken til pasientens inkontinens?



- A Medfødt megaureter
- B Pyelo-ureteral overgangsstenose
- C Vesico-ureteral reflux
- D Ektopisk ureter

0000261b2ecc396228

138

En tidligere frisk 28 år gammel mann kommer til fastlegen på grunn av økende nesetetthet, press over kjevebihulene og naserota. Samboeren har fortalt at han de siste månedene har begynt å snorke og fått pustestopp når han sover. Han er delvis munnpuster også på dagtid. I barneårene hadde han atopisk eksem, men har ikke vært plaget med allergier i voksen alder. Han har ikke utslag på serologisk utredning med allergipaneler. Ved fremre rhinoskopi ses polyppmasser i begge nesekavitetene.

Hvilket videre tiltak er korrekt?

- A Peroral steroidkur (60 mg prednisolon x 1 i fem dager) og MR av bihulene
- B Avsvellende nes spray, antihistamin og kontrolltime om tre måneder
- C Nasale steroider, CT bihuler og henvisning til øre-nese-halsspesialist for kirurgisk behandling
- D CT bihuler og henvisning til øre-nese-halsspesialist for kirurgisk behandling

0000261b2ecc396228

139

Du er fastlege og pasienten din er en 70 år gammel kvinne som for en uke siden ble operert for grå stær på det venstre øyet. Nå har hun i et halvt døgn hatt økende rødme, smerter og tåkesyn på det opererte øyet. Ved undersøkelse er visus 0.2 og trykket 14 mmHg (10 - 21 mmHg) venstre øye.

Hvilken diagnose er nå viktigst å utelukke raskt?

- A** Akutt glaukom
- B** Uveitt
- C** Endoftalmitt
- D** Korneaerosjon

0000261b2ecc396228

140

En mor kommer til deg som fastlege med barnet sitt på 10 måneder. Hun mener at barnet kanskje skjeler litt, hun har lagt merke til dette det siste halvåret. Du undersøker barnet og får frem det som her vises på foto.

Hvordan bør dette vurderes og håndteres?



- A** Du mistenker alvorlig patologi og henviser til øyelege som øyeblikkelig hjelp.
- B** Det er normalt for barn å ha en slik forskjell i rød refleks. Skjelingen må derimot behandles og du henviser til øyelege.
- C** Skjelingen er trolig årsak til forskjellen i rød refleks, og denne forskjellen vil forsvinne når skjelingen er korrigert. Du henviser til øyelege.
- D** Nyoppstått skjeling skyldes ofte brytningsfeil som retter seg etter hvert som barnet vokser. Du avventer derfor situasjonen og sjekker på nytt på 2 årskontrollen.

0000261b2ecc396228