Nasjonal delprøve 2017
Eksamensdato: 2017-03-24

1
En 44 år gammel kvinne er henvist til medisinsk poliklinikk pga astheni, kløe og lett ikterus som har kommet gradvis over de siste 6-9 måneder. Hun er tidligere frisk uten noen form for abdominalplager. Ved blodprøver finner man ALAT 85 (ref <70), ALP 865 (ref 40-120), GT 795 (ref 40-110), bilirubin 56 (ref 5-25), IgG 12,4 (ref 5-15), IgA 3,4 (ref 1,5-4,5), IgM 8,6 (ref 1,2-3,4), Mitokondrieantistoff er kraftig positiv, Glatt muskel antistoff negativ, ANA negativ.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Alkoholisk hepatitt
B Autoimmun hepatitt
C Primær biliær cholangitt (PBC)
D Primær skleroserende cholangitt (PSC)

0000261731f6b9b961e

2
En 46 år gammel mann er HCV RNA positiv, genotype 1a. Han får påvist følgende leverprøver ALAT 230 (ref <70), ASAT 215 (ref <60), INR 1,1 (ref <1,2), albumin 38 (ref 33-42). Leverbiopsi viser uttalt portal og lobulær inflammasjon og fibrose grad 3, ultralyd og CT viser normalt utseende lever uten tegn til portal hypertensjon. Hvilket behandlingsalternativ er mest korrekt?

A Behandling med moderat immunsuppresjon, prednisolon i nedtrappende doser fra 20 mg, minimum 2 års behandling
B Behandling med interferon og ribavirin
C Behandling er ikke nødvendig
D Behandling med direktevirkende antivirale midler

0000261731f6b9b961e

3
En 41 år gammel kvinne kommer til deg og klager over magesmerter. Det siste året har hun gått ned 10 kg i vekt, hun har periodevis betydelig diare – vanndige tømninger 6-8 ganger om dagen, sjelden om natten. Hun har merket at hun flere ganger om dagen får kraftig rødme og varmefølelse i ansiktet.
Hva er mest sannsynlige diagnose?

A Kolorektal kreft med spredning
B Irritabel tarm syndrom
C Nevroendokrin tynntarmstumor med levermetastaser
D Ulcerøs colitt og primær skleroserende cholangitt

0000261731f6b9b961e

4
En 65 år gammel mann med langvarig og stort alkoholforbruk legges inn til utredning for leversykdom. Han har betydelig ascites, leveren er cirrhotisk og CT viser en forstørret milt med største lengdeakse 19 cm. Hematologiske verdier viser Hgb 11,8 (ref 13,4 – 16,0), hvite blodlegemer 2,9 (ref 3,2-8,5) og trombocytopeni 35 (ref 125-330). INR 1,2 (ref < 1,2). Han forteller at han blør lett fra tannkjøttet når han pusser tennene. Hva er den mest sannsynlige årsak til tannkjøttsblødningen?

A Syntesesvikt med påfølgende koagulopathi
B Trombocytopenien som følge av hypersplenisme
C Lettgradig disseminert intravaskulær koagulasjon
D Økte nivåer av trombopoietin pga redusert nedbrytning

0000261731f6b9b961e

5
Dersom diare i form av tre eller flere tømminger daglig har pågått lenger enn to uker, oppfattes tilstanden som en kronisk diare. Befolkningsstudier viser at ca. 15% av middelaldrende og eldre mennesker har kronisk diare. Bare en fjerdedel av disse søker fastlegen sin for dette. Vanligste årsaken til kronisk diare er irritabel tarm, men flere alvorlige tilstander kan også ligge bak. Ved hvilket avføringsmønster vil du som fastlege kunne føle deg ganske trygg på at endoskopisk utredning ikke er nødvendig hos en etnisk norsk kvinne på 35 år?

A Vekslende perioder med diare og fast avføring, samt noe abdominalsmerter
B Avføringen er grå og illeluktende
C Sterk avføringstrang med nattlige plager
D Avføringen er grøtete, fet og flyter i toalettskålen

0000261731f6b9b961e

6
En 30 år gammel mann som tidligere har vært frisk har en sikker coeliaki (biopsiverifisert). Du merker deg i blodprøvene hans at han har anemi med Hb 11.2g/100ml. Hva tenker du er den mest sannsynlige årsaken til anemi hos denne pasienten?

A Tarmblødning
B Jernmangel
C Vitamin B12-mangel
D Vitamin K-mangel

0000261736b9b961e

7
En 11 år gammel gutt kommer til deg som fastlege. Mor forteller at han har stagnert i vekt, og selv når han spiser langsomt stopper maten stadig opp for ham. Han har uttalte plager med allergi overfor både nøtter og pollen, men er ellers frisk. Hva vil du primært mistenke hos ham?

A Reflukssykdom
B Eosinofil øsofagitt
C Øsofagusstriktur
D Øsofagusatresi

0000261736b9b961e

8
Du har som sykehjemslege omsorg for en 90 år gammel kvinne som har invalidiserende rheumatoid arthritt. Hun har hatt god effekt av kurer med ikke-steroid antiinflammatoriske medikamenter (NSAID) i form av naproxen og ibuprofen, men har fått ulcus begge ganger. Hun synes avhengig av å bruke et slikt medikament. Hvordan kan da ulcus best forebygges?

A Gi tillegg av en protonpumpehemmer
B Gi tillegg av en H2-blokker
C Velge et annet NSAID
D Testing for H.pylori og eradikasjonsbehandling hvis positiv

0000261736b9b961e

9
En 56 år gammel mann får ved CT påvist en lesjon med kraftig kontrastopptak i arteriell fase nedad i en lever med litt buklete overflate. I portovenøs fase er kontrastopptaket lavt (utvaskning) – se CT bilde. Forut for CT undersøkelsen er pasienten tappet for 6 liter ascites. Hva er mest sannsynlig diagnose?



A Hemangiomer i lever
B Metastaser fra adenocarcinom i pancreas
C Hepatocellulært carcinom
D Metastase fra nevroendokrin tumor

0000261736f6b9b961e

10
Flere ulike medikamentgrupper kan øke risiko for sårdannelse i spiserøret. Hvilket av disse medikamentene er sterkest forbundet med dette?

A NSAID som naproxen eller ibuprofen
B Marevan
C Prednisolon
D Bisfosfonater som alendronat

0000261736f6b9b961e

11
En 22 år gammel mannlig student søker fastlegen på grunn av mageplager de siste 2 månedene. Han har løs avføring opptil 8 ganger daglig og alltid iblandet friskt blod, han har også problemer i sosiale sammenhenger på grunn av plutselig avføringstrang. Allmentilstanden er god og han har ikke smerter. Rutinemessige blodprøver (Hb, CRP, ferritin, lever- galleprøver) er alle normale.
Hva vil være viktigste tiltak for pasienten?

A Henvise til CT abdomen og bekken
B Behandle for hemorroider
C Undersøke calprotectin i avføring
D Henvise til koloskopi

0000261736f6b9b961e

12
En 65 år gammel mann av vietnamesisk opprinnelse oppsøker fastlegen på grunn av økende mageplager siste måned. Han har hatt slike plager til og fra i «noen år» dog ikke så ille som nå. Han har sviende smerter i epigastriet og litt kvalme, litt dårlig matlyst, uten sikkert vekttap. Han bruker ingen medikamenter. Rutinemessige blodprøver (Hb, CRP, ferritin, lever- galleprøver) er alle normale.
Hva vil være første tiltak for pasienten?

A Behandle med en protonpumpehemmer
B Henvise til CT abdomen og bekken
C Henvise til gastroskopi
D Utføre helicobacter serologi

0000261731f6b9b961e

13
En 29 år gammel kvinne med ulcerøs colitt som har vært i remisjon i mange år kommer på legekontoret og forteller om 2 uker med betydelige plager. Hun har ca. 20 uttømminger med friskt blod i døgnet, også om natten, og har fått økende smerter i venstre halvdel av buken. Hun virker noe medtatt og er blek, puls 105, temperatur 38,4. Buken er lett distendert, noe klukkende tarmlyder, og hun er moderat trykk- og slippøm til venstre i buken. Hb er 8,9 (11.7-15.5) og CRP 130 (normal <5).
Hva vil være første tiltak for denne kvinnen?

A Henvise til Medisinsk poliklinikk
B Henvise til utredning med koloskopi innen 1 uke
C Ta avføringsprøver for patogene mikrober og avvente
D Innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp

0000261731f6b9b961e

14
En 66 år gammel tidligere frisk kvinne oppsøker fastlegen. Den siste måneden har hun merket økende bukomfang og et ubehagelig press for magen. Eneste funn ved undersøkelsen er en distendert buk med kliniske tegn på fri væske. Blodprøvesvar viser normale verdier for Hb, CRP, lever- galleprøver, albumin, kreatinin. Ved oppfølging 5 dager etter første time har hun betydelig press i buken, får ikke sove om natten, klarer ikke å spise. Bukomfanget er økende.
Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Hjertesvikt med ascites
B Kronisk leversykdom med ascites
C Malign sykdom med ascites
D Spontan bakteriell peritonitt

0000261731f6b9b961e

15
En 45 år gammel kvinne søker fastlegen for anfall med magesmerter. Smertene sitter øverst i abdomen og stråler bak i ryggen. Anfallene varer fra en halv til to timer og er takvise og kraftige. Hun føler seg frisk ellers. Blodprøver (Hb, CRP, lever- galleprøver) er alle normale. Hvilken første undersøkelse er mest adekvat hos denne kvinnen?

A Ultralyd abdomen
B EKG
C Gastroscopi
D CT abdomen

0000261731f6b9b961e

16
En 54 år gammel mann kommer på legekontoret for slapphet og lett vekttap som har vart et års tid. Ved klinisk undersøkelse har han gulfarget hud og sclerae, og lett distendert buk med økte venetegninger. Du tar en del orienterende blodprøver som viser en del avvik, disse er: Hb 10,2 (normalt 13.4-17.0 g/dl), bilirubin 64 (normal <20), ALAT 60 (normal <45), alkalisk fosfatase 167 (normal <105), GT 150 (normal <60), albumin 24 (normal >36), PT-INR 2.0 (normal <1.1), trombocytter 75 (normal 150-450). Hva er din arbeidsdiagnose når du har disse opplysningene?

A Pasienten har langtkommen malign sykdom
B Pasienten har en uttalt hemolytisk anemi
C Pasienten har langtkommen kronisk leversykdom
D Pasienten har gallegangsobstruksjon

000026173f6b9b961e

17
En 65 år gammel kvinne kommer til akuttmottaket med magesmerter rundt umbilicus. Disse oppsto etter middagsmåltidet for 3-4 timer siden. Hun har vært kvalm og ikke hatt matlyst, men har ikke kastet opp. Hun har smerter VAS 3-4 og temperatur 38,5, puls 65/min og blodtrykk 130/65 mmHg. Hun er noe adipøs og er ved abdominal undersøkelse trykkøm i høyre halvdel av abdomen, hun strammer reflektorisk, men buken er ikke utspilt. Blodprøvene viser:
CRP 32 mg/l (ref <5) LPK 10 $*10^9$/L (ref 3,5 – 11)
Bilirubin: 19 umol/l (ref 3-25)
ALAT: 35 IU/l (ref <45)
Urin stix: positiv for leukocytter, nitritt negativ.
Du tenker på appendisitt. Hvilken differensialdiagnose mener du er mest sannsynlig?

A Cholecystitt
B Ulcus duodeni/ventriculi
C Ukomplisert urinveisinfeksjon
D Divertikulitt

000026173f6b9b961e

18
En 70 år gammel kvinne kommer til akuttmottaket med magesmerter rundt umbilicus. Disse oppsto for 3-4 timer siden. Hun har vært kvalm og ikke hatt matlyst, men har ikke kastet opp. Hun har smerter VAS 6, puls 65/min og blodtrykk 130/65 mmHg. Ved undersøkelse finner man trykkømhet, slippømhet og kontralateral slippømhet lokalisert til høyre for umbilicus, omtrent i samme høyde som navlen. Hun er subfebril med temperatur 37,8 C. Blodprøvene viser:
CRP 12 mg/l
LPK 10 $*10^9$/L
Bilirubin: normal
ASAT: normal
Gamma GT lett forhøyet
Urin stix: positiv for leukocytter, nitritt negativ
Hvilken billeddiagnostikk kan best bidra til videre planlegging av behandlingen?

A Ultralyd abdomen
B Rtg oversikt abdomen
C MRCP
D CT abdomen

000026173f6b9b961e

19
En 66 år gammel mann oppsøker fastlegen pga magesmerter av 3-4 døgns varighet, det startet med noe murring i nedre venstre del. Avføring har vært bløtere og hyppigere enn vanlig og han har lagt merke til noe blod. Han føler seg medtatt og svett, ellers har han følt seg frisk i det siste. Ved undersøkelse måler du feber 38,5 C, og abdomen er lett distendert. Det er trykk- og slippømhet i venstre nedre kvadrant, ingen patologiske funn i lysken. Ved rektal eksplorasjon er det noe bløt avføring med friskt rødt blod på hansken. Hva velger du som fastlege å gjøre nå?

A Innleggelse øyeblikkelig hjelp
B Start Ciproxin/ Flagyl oralt i 10-14 dager og henvisning til rektoskopi
C Bestille CT abdomen < 1 uke
D Koloskopi < 3 uker

000026173f6b9b961e

20
En 43 år gammel mann blir undersøkt av sin fastlege på grunn av økende smerter perianalt siste 2-3 døgn. Han har hatt lignende plager for noen måneder siden, men da bedret det seg spontant. Han gruer seg til undersøkelsen, men går til slutt med på undersøkelse av perineum. Ved inspeksjon ser fastlegen rødme og hevelse perianalt kl 9-10 i ryggleie, meget smertefullt ved palpasjon. Han er subfebril, virker litt medtatt med temperatur 38,2. Hva bør fastlegen gjøre som neste steg?

A Anoskopi på legekontor
B Antibiotikabehandling, revurdering i morgen
C Drenasje på nærmeste sykehus
D Punksjon på legekontor

000026173f6b9b961e

21
Dyspepsi forekommer periodevis hos 20-40% av befolkningen. I allmennpraksis utgjør dyspepsi ca. 2% av alle konsultasjoner. Om lag 50% av disse pasientene har så moderate plager at allmennlegen ikke finner behov for å utrede dem i øyeblikket, mens vel 30% har en kjent ulcussykdom. Bare 20% presenterer et sykdomsbilde som medfører henvisning til gastroskopi. Forekomst av alarmsymptomer medfører klar indikasjon for gastroskopi. Hvilket symptom tilhører gruppen av alarmsymptomer for personer i 30-årene?

A Abdominale nattsmerter
B Slapphet
C Postprandial kvalme
D Sure oppstøt

000026173f6b9b961e

22
Blod i avføringen er et vanlig symptom og forekommer årlig hos opp til 15% av den voksne befolkning. Bare et mindretall oppsøker lege. Den største diagnostiske utfordringen i allmennpraksis er å skille mellom en lokalisert vanlig og ufarlig tilstand og alvorlig sykdom som kreft eller større polypper. Hvilken faktor bør tillegges størst vekt ved blødning uten vesentlige andre allmennsymptomer?

A Pasientens alder
B Smerter og blod på toalettpapiret ved defekasjon
C Blod som drypper ned i klosettskålen
D At blødningen inneholder koagler

000026173f6b9b961e

23
En tidligere frisk 50 år gammel mann har fått påvist cancer coli transversi. Ved CT abdomen ble svulsten lokalisert midt på colon transversum og angitt til å være ca. 3 cm i største diameter. Det var ingen tegn til gjennomvekst av tarmveggen, men det var forstørrede lymfeknuter i mesocolon langs arteria colica media, således er han i stadium III. Hva er beste behandling for ham?

A Preoperativ kombinert stråling og kjemoterapi, så kirurgi
B Preoperativ stråling, så kirurgi
C Kirurgi alene
D Kirurgi og postoperativ kjemoterapi

000026173f6b9b961e

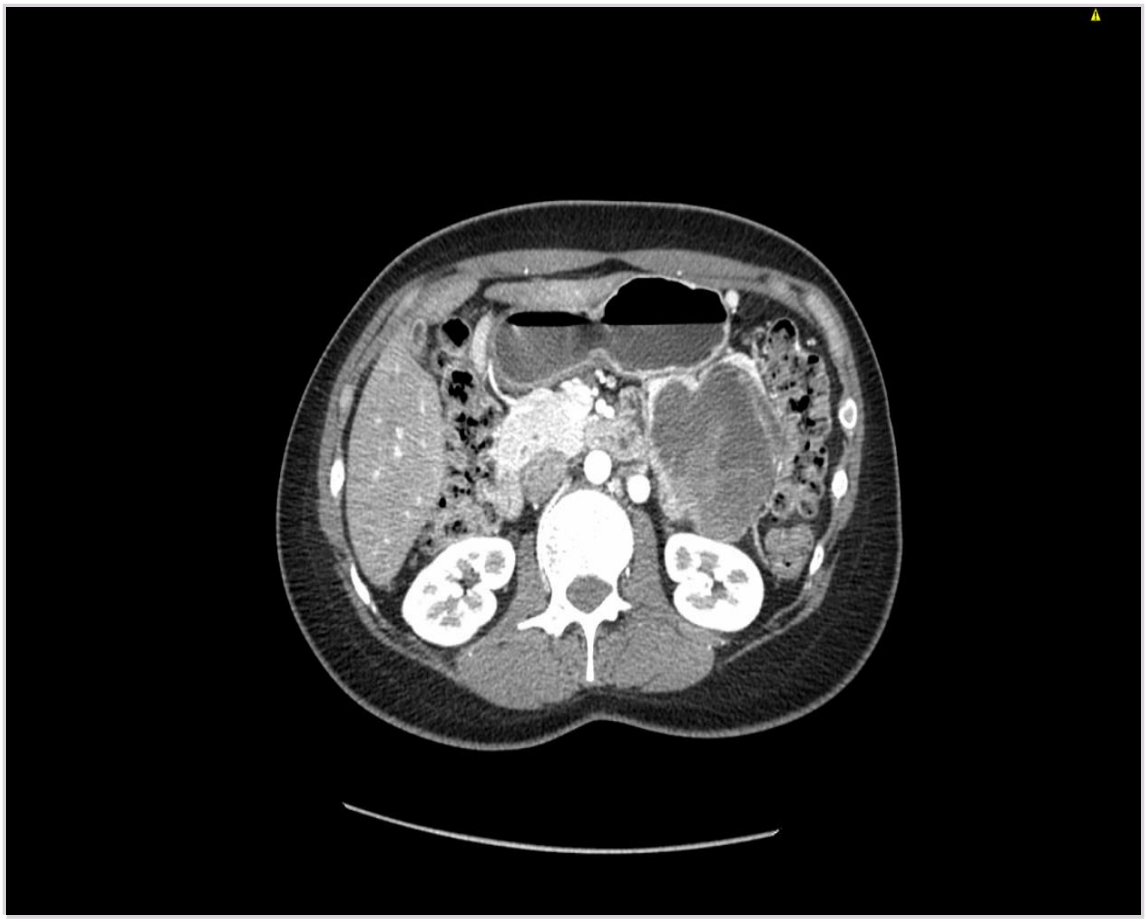
24
En 23 år gammel mann kommer til ditt legekontor da han føler seg utslitt. Han studerer, men har problemer med å følge undervisningen pga. slapphet. Han forteller at han har gått ned i vekt det siste året, ca. 8-10 kg tror han. I perioder har han hatt lave mavesmerter som har kommet etter måltider, og noen ganger kvalme og oppkast. Avføringen har vært vekslende, men mest løs i konsistensen, lys brun av farge. Han er svært tynn, veier kun 54 kg og er 180 cm høy. Ved undersøkelsen er han lett øm ved palpasjon av abdomen. Hb = 11.0 (normalt 13.4-17.0 g/dl), CRP = 76 (normalt < 5). Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Ulcerøs colitt
B Mb. Crohn
C Coeliaki
D Ulcus duodeni

0000261736b9b961e

25
En 25 år gammel kvinne legges inn med smerter i magen, serum amylase 568 U/L(ref 10-65). Hun utredes for gallesten og andre kjente årsaker til akutt pancreatitt uten at man finner noen årsak. MR (bilde 1) viser en cystisk prosess i pancreashalen, som vist nedenfor. Syv år senere kommer hun tilbake med ny pankreatitt se CT (bilde 2). Hva er nå mest sannsynlige diagnose?





A Mucinøst cystisk neoplasme (MCN)
B Cystadenocarcinom
C Pseudocyste
D Nevroendokrin tumor

000026173f6b9b961e

26
En 64 år gammel kvinne med ikterus er utredet med ERCP, som har påvist en svulst ved papilla Vateri og biopsi viser adenocarcinom. CT thorax/abdomen har ikke påvist metastaser. Hvilket behandlingsalternativ anser du for å være best?

A Endoluminal, fotodynamisk behandling («intern stråling»)
B Radikal kirurgisk fjernelse (Whipple prosedyre)
C Lokal endoskopisk reseksjon pluss radioterapi
D Endoskopisk stentdrenasje av gallegang – deretter cellegift (kjemoterapi)

000026173f6b9b961e

27
En sterkt overvektig mann aksepteres for bariatrisk kirurgi. Han blir informert om ulike behandlingsvalg. Hvilket av følgende utsagn er mest korrekt?

A Pasientene taper inntil 30 % av utgangsvekt
B Det oppstår sjelden vitamin- og sporstoff-mangel postoperativt uansett metode
C «Gastric sleeve" operasjon er mer effektiv og med mindre komplikasjoner
D «Gastric bypass» er mer effektiv enn "gastric sleeve"

000026173f6b9b961e

28
En 80 år gammel kvinne som bor i omsorgsbolig, mentalt velfungerende, har så sterkt redusert svelgfunksjon pga. langsomt progredierende nevrologisk sykdom at hun ikke greier å ernære seg og har tapt 15 % vekt siste 3 mnd. Hvilken behandling vil du anse som den beste for pasienten?

A Moset mat og hjelp med matinntak
B Nasogastrisk sonde og enteral ernæring
C Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG)
D Parenteral ernæring

000026173f6b9b961e

29
En 65 år gammel mann har gjennomgått koronar-bypass operasjon og dag 3 postoperativt kaster han opp friskt blod. Hva er beste undersøkelse for å finne årsaken?

A Kapsel endoskopi
B Gastroskopi
C CT abdomen
D Angiografi

000026173f6b9b961e

30
En 70 år gammel kvinne kommer til sin fastlege pga. økende plager med obstipasjon. Hun har tidligere vært rimelig frisk bortsett fra tilfeldig påvist cystenyrer. Hun forteller at hun nylig har kommet hjem fra en 3 måneders ferie i syden hvor hun ble plaget av hemoroider og at hun hadde oppsøkt en privat klinikk hvor hun hadde gjennomgått en rektoskopi uten at det ble påvist noe annet enn hemoroider. Hun hadde fått en salve for hemoroider. Lab.verdier: CRP 5 (< 5), Hb 13.5 (13.7-15.5), kreatinin 105 (49-86). Hva vil være beste tiltak for denne kvinnen?

A Bestille CT abdomen
B Bestille koloskopi
C Bestille MR abdomen
D Be henne gjøre 3 hemofec-prøver

000026173f6b9b961e

31
En 65 år gammel kvinne har gjennomgått et sykdomstilfelle som fastlegen har oppfattet å være en moderat diverticulitt i colon sigmoideum. Det hadde startet med abdominalsmerter og oppblåsthet i abdomen, og da hun kom til legen hadde hun feber 38.0, CRP 60 (normalt < 5) og var lett øm ved palpasjon i venstre fossa iliaca. Hun ble behandlet med antibiotika tabletter. Når hun møter til fastlegen 6 uker senere forteller hun at smertene hadde forsvunnet i løpet av et par dager, men at hun fortsatt er oppblåst i magen og føler seg obstipert. CRP < 5. Hva er beste tiltak for denne pasienten?

A Bestille koloskopi til om 2 måneder
B Søke henne til kirurgisk poliklinikk
C Bestille CT abdomen til om 1 måned
D Søke henne innlagt for reseksjon av colon sigmoideum

000026173f6b9b961e

32
Du er Lis-lege og har vakt på medisinsk avdeling på et lokalsykehus. Du får telefon fra en turnuskandidat i allmenpraksis som ber om et råd. Pasienten er en 54 år gammel kvinne som er frisk fra tidligere. Hun har de siste 2-3 månedene hatt anfall med intense takvise smerter under høyre costalbue, dette utløses ofte av tunge måltider og varer 30-60 minutter. Ellers føler hun seg frisk. Orienterende blodprøver er normale og det er ingen funn ved vanlig klinisk undersøkelse av abdomen. Hvilken diagnose vurderer du som mest sannsynlig?

A Irritabel tarmsyndrom (IBS)
B Cancer coli
C Ustabil angina pectoris
D Gallestein

000026173f6b9b961e

33
Du er Lis-lege og har vakt på medisinsk avdeling på et lokalsykehus. Du får telefon fra en turnuskandidat som ber om et råd. Pasienten det gjelder er en 54 år gammel kvinne som er frisk fra tidligere. Hun har de siste 2-3 månedene hatt anfall med intense takvise smerter under høyre costalbue, dette utløses ofte av tunge måltider og varer 30-60 minutter. Ellers føler hun seg frisk. Orienterende blodprøver er normale og det er ingen funn ved vanlig klinisk undersøkelse av abdomen. **Du mener dette er en ukomplisert gallesteinsykdom, og blir enig med turnuskandidaten om at dette kan utredes i primærhelsetjenesten i første omgang.**
Hvilken undersøkelse anbefaler du primært?

A Røntgen oversikt abdomen
B Ultralyd lever og galleveier
C MRCP
D CT abdomen og bekken

000026173f6b9b961e

34
Du er Lis-lege og har vakt på medisinsk avdeling på et lokalsykehus. Du får telefon fra en turnuskandidat som ber om et råd. Pasienten det gjelder er en 54 år gammel kvinne som er frisk fra tidligere. Hun har de siste 2-3 månedene hatt anfall med intense takvise smerter under høyre costalbue, dette utløses ofte av tunge måltider og varer 30-60 minutter. Ellers føler hun seg frisk. Orienterende blodprøver er normale og det er ingen funn ved vanlig klinisk undersøkelse av abdomen. Du mener dette er en ukomplisert gallesteinsykdom, og blir enig med turnuskandidaten om at dette kan utredes i primærhelsetjenesten i første omgang. **Ultralyd lever og galleveier viste multiple små konkrementer i galleblæren. Seks dager senere ringer turnuskandidaten på nytt og pasienten er tilbake på kontoret. Hun har det siste døgnet hatt økende smerter med samme lokalisasjon, og har målt temperatur til 38,8 rektalt. Hun er uttalt palpasjonsøm lokalt under høyre costalbue.**
Hvilken tilstand foreligger mest sannsynlig?

A Pankreatitt
B Cholecystitt
C Basal høyresidig pneumoni
D Gallegangstein

000026173f6b9b961e

35
En tidligere frisk 49 år etnisk norsk mann får tilfeldig påvist høye transaminaser ALT 150 IU/l (ref. område <70), ASAT 136 IU/l, (ref.område <65). Øvrige blodprøver (hematologisk status, albumin, bilirubin, kreatinin og CRP) er normale. Han er normalvektig, bruker ingen medikamenter, har et beskjedent alkoholkonsum og har ingen nylig reiseanamnese. Han hadde et kortvarig intravenøst misbruk av amfetamin for omkring 25 år siden.
Hva er den mest sannsynlige årsak til de avvikende leverprøvene?

A Kronisk hepatitt B infeksjon
B Non-alkoholisk fettleversykdom
C Kronisk hepatitt C infeksjon
D Autoimmun hepatitt

000026173f6b9b961e

36
En tidligere frisk 49 år etnisk norsk mann får tilfeldig påvist høye transaminaser ALT 150 IU/l (ref. område <70), ASAT 136 IU/l, (ref.område <65). Øvrige blodprøver (hematologisk status, albumin, bilirubin, kreatinin og CRP) er normale. Han er normalvektig, bruker ingen medikamenter, har et beskjedent alkoholkonsum og har ingen nylig reiseanamnese. Han hadde et kortvarig intravenøst misbruk av amfetamin for omkring 25 år siden. **Du mener at kronisk hepatitt C (HCV) infeksjon er mest sannsynlig.**
Hvilken undersøkelse er mest relevant for å fastslå om han har blitt smittet med HCV?

A Anti HCV
B Leverbiopsi med spesifikk HCV farging
C HCV RNA med PCR metodikk
D Anti HBcAg

000026173f6b9b961e

37
En tidligere frisk 49 år etnisk norsk mann får tilfeldig påvist høye transaminaser ALT 150 IU/l (ref. område <70), ASAT 136 IU/l, (ref.område <65). Øvrige blodprøver (hematologisk status, albumin, bilirubin, kreatinin og CRP) er normale. Han er normalvektig, bruker ingen medikamenter, har et beskjedent alkoholkonsum og har ingen nylig reiseanamnese. Han hadde et kortvarig intravenøst misbruk av amfetamin for omkring 25 år siden. Du mener at kronisk hepatitt C (HCV) infeksjon er mest sannsynlig. **Du som fastlege rekvirerer anti HCV, som er positiv. Laboratoriet foreslår at det gjøres HCV RNA med PCR metodikk for å verifisere aktiv infeksjon, denne er også positiv.**
Hvordan bør du som fastlege håndtere pasienten videre?

A Selv utrede ham videre og igangsette behandling
B Henvise ham til spesialist i gastroenterologi eller infeksjonsmedisin
C Følge ham med årlige blodprøver
D Berolige pasienten med at HCV sjelden gir alvorlig leversykdom

0000261736b9b961e

38
En 54 år gammel kvinne som har fått påvist multiple konkrementer i galleblæren, innlegges pga økende smerter, feber (temperatur 39,6) og økende ømhet i buken. Blodprøver viser CRP 132 mg/l (ref < 5). Ultralyd abdomen viser funn som forventet ved cholecystitt med veggfortykket galleblære med konkrementer, galleveiene sees dårlig. Hva er beste primære tiltak?

A Skrive ut med antibiotika
B Antibiotika og væske iv
C Observere uten behandling
D Akutt ERCP

0000261736b9b961e

39
En 54 år gammel kvinne som har fått påvist multiple konkrementer i galleblæren, innlegges pga økende smerter, feber (temperatur 39,6) og økende ømhet i buken. Blodprøver viser CRP 132 mg/l (ref < 5). Ultralyd abdomen viser funn som forventet ved cholecystitt med veggfortykket galleblære med konkrementer, galleveiene sees dårlig. **Du tilkalles til pasienten kl. 07.30 neste morgen. Hun er nå litt fjern, har vedvarende frysninger, gir ikke uttrykk for smerter. Funnene ved klinisk undersøkelse av abdomen er uendret. BT er 90 systolisk og temperatur 40,6. Blodprøver er tatt og besvart før du kommer og viser nå CRP 320 (normalt <5), bilirubin 62 (normalt <20), ALAT 200 (normalt <45) og ALP 250 (normalt <105).**
Hva er beste tiltak nå?

A Akutt ERCP
B CT abdomen og bekken
C MRCP
D Melde til cholecystectomi

0000261736b9b961e

40
En 54 år gammel kvinne som har fått påvist multiple konkrementer i galleblæren, innlegges pga økende smerter, feber (temperatur 39,6) og økende ømhet i buken. Blodprøver viser CRP 132 mg/l (ref < 5). Ultralyd abdomen viser funn som forventet ved cholecystitt med veggfortykket galleblære med konkrementer, galleveiene sees dårlig. Du tilkalles til pasienten kl. 07.30 neste morgen. Hun er nå litt fjern, har vedvarende frysninger, gir ikke uttrykk for smerter. Funnene ved klinisk undersøkelse av abdomen er uendret. BT er 90 systolisk og temperatur 40,6. Blodprøver er tatt og besvart før du kommer og viser nå CRP 320 (normalt <5), bilirubin 42 (normalt <20), ALAT 442 (normalt <45) og ALP 192 (normalt <105). **Det gjøres akutt ERCP og fjernes to choledochuskonkrementer. Pasienten kommer seg i løpet av få timer. Hun forteller at hun var plaget med omtrent daglige smerteanfall inntil akuttinnleggelsen. Etter 4 dager er alle prøver normale, hun er ganske kjekk og klar til å reise hjem.**
Hva er din langsiktige plan for pasienten ved utskrivningen?

A Kontakte lege ved økende plager
B Følge blodprøver hos fastlegen
C Kontroll ved Kirurgisk poliklinikk
D Innkalle til elektiv cholecystectomi

0000261736b9b961e

41
En slank og veltrent 30 år gammel, tidligere frisk kvinne, som ikke bruker noen medikamenter kommer til deg på legekontoret for å få P-piller og du måler litt overraskende et blodtrykk på 150/92 mmHg (gjennomsnitt av 3 målinger), hjertefrekvensen er 64 slag/min. Du spør om det er noen spesielle sykdommer i hennes familie og hun kan fortelle at hennes mor går til kontroller på nyremedisinsk poliklinikk, at mors eldre søster går i dialyse og at normale. Hun har en albumin/kreatinin ratio på 1,4 mg/mmol (< 3) og urinsedimentet er normalt. Pga. den spesielle familieanamnesen, mistenker du at hypertensjonen kan være sekundær til nyresykdom. Hvilken av nyresykdommene under er mest sannsynlig?

A Hypertensiv nefrosklerose
B Fokal segmental glomerulær sklerose
C Cystenyresykdom
D IgA nefritt

000026173f6b9b961e

42
En slank og veltrent 30 år gammel, tidligere frisk kvinne, som ikke bruker noen medikamenter kommer til deg på legekontoret for å få P-piller og du måler litt overraskende et blodtrykk på 150/92 mmHg (gjennomsnitt av 3 målinger), hjertefrekvensen er 64 slag/min. Du spør om det er noen spesielle sykdommer i hennes familie og hun kan fortelle at hennes mor går til kontroller på nyremedisinsk poliklinikk, at mors eldre søster går i dialyse og at normale. Hun har en albumin/kreatinin ratio på 1,4 mg/mmol (< 3) og urinsedimentet er normalt. Pga. den spesielle familieanamnesen, mistenker du at hypertensjonen kan være sekundær til nyresykdom.
For å utrede pasientens mulige nyresykdom nærmere rekvirerer du følgende undersøkelse:

A Ultralydveiledet nyrebiopsi
B Urografi
C Nyrescintigrafi
D Ultralyd abdomen

000026173f6b9b961e

43
En slank og veltrent 30 år gammel, tidligere frisk kvinne, som ikke bruker noen medikamenter kommer til deg på legekontoret for å få P-piller og du måler litt overraskende et blodtrykk på 150/92 mmHg (gjennomsnitt av 3 målinger), hjertefrekvensen er 64 slag/min. Du spør om det er noen spesielle sykdommer i hennes familie og hun kan fortelle at hennes mor går til kontroller på nyremedisinsk poliklinikk, at mors eldre søster går i dialyse og at normale. Hun har en albumin/kreatinin ratio på 1,4 mg/mmol (< 3) og urinsedimentet er normalt. Pga. den spesielle familieanamnesen, mistenker du at hypertensjonen kan være sekundær til nyresykdom.
Når det gjelder P-piller som hun svært gjerne vil ha, svarer du:

A Hun kan starte med P-piller, så kan hun heller slutte hvis blodtrykket skulle stige ytterligere
B Blodtrykket hennes er ikke så høyt at P-pillene betyr noe fra eller til
C P-piller er ok så lenge hun tar blodtrykksenkende medisin og BT < 140/90
D P-piller må erstattes med annen form for prevensjon når man har høyt blodtrykk

000026173f6b9b961e

44
En 59 år gammel bilmekaniker oppsøker deg på allmennlegekontoret. Han er fra tidligere vesentlig frisk og bruker ingen faste medisiner. Han røyker 15 sigaretter daglig. Han har de siste ukene hatt 3 episoder der han observerte ”cola-farget” urin. Han har ikke hatt smerter. Han forteller at urinen nå er klar men er bekymret for hva dette kan være. Urin stiks viser utslag 2+ på blod.
Hvordan håndterer du pasienten videre?

A Du sender urin til dyrkning for å utelukke urinveisinfeksjon
B Du rekvirerer CT av urinveiene og henviser til urolog for cystoskopi
C Du rekvirerer ultralyd av nyrer og urinblære og henviser til urolog
D Du avtaler kontroll om 2 uker for å kontrollere urinen

000026173f6b9b961e

45
En 59 år gammel bilmekaniker oppsøker deg på allmennlegekontoret. Han er fra tidligere vesentlig frisk og bruker ingen faste medisiner. Han røyker 15 sigaretter daglig. Han har de siste ukene hatt 3 episoder der han observerte "cola-farget" urin. Han har ikke hatt smerter. Han forteller at urinen nå er klar men er bekymret for hva dette kan være. Urin stiks viser utslag 2+ på blod. **Du rekvirerer CT av urinveiene og henviser til urolog for cystoskopi. Cystoskopi viser i blærebunnen på venstre side en villøs tumor som måler ca 4,5 cm i diameter.**
Hva er neste steg?

A Regelmessig installasjon av Bacille Calmette- Guérin (BCG)
B Åpen blæreresesksjon
C Transurethral reseksjon av blæretumor
D Radikal cystektomi med bekkenglandeltoilette

0000261736b9b961e

46
Du har behandlet en pasient med felodipin (dihydropyridin kalsiumkanalblokker) og enalapril (« angiotensin converting enzyme»-(ACE-)hemmer) mot hypertensjon i ett år. Hvordan reduserer felodipin blodtrykket? Velg det mest riktige svaret.

A Felodipin reduserer minuttvolumet
B Felodipin reduserer blodvolumet/ekstracellulært væskevolum
C Felodipin reduserer perifer karmotstand
D Felodipin reduserer hjertefrekvensen

0000261736b9b961e

47
Du har behandlet en pasient med felodipin (dihydropyridin kalsiumkanalblokker) og enalapril (« angiotensin converting enzyme»-(ACE-)hemmer) mot hypertensjon i ett år.
Felodipin metaboliseres via CYP3A4. Erytromycin hemmer CYP3A4. Pasienten får en luftveisinfeksjon som du ønsker å behandle med erytromycin i 7 dager. Hva skjer med serumkonsentrasjonen av felodipin hvis du gir erytromycin samtidig?

A Serumkonsentrasjonen av felodipin øker
B Serumkonsentrasjonen av felodipin reduseres
C må fylles ut
D Ingenting skjer

0000261736b9b961e

48
Du har behandlet en pasient med felodipin (dihydropyridin kalsiumkanalblokker) og enalapril (« angiotensin converting enzyme»-(ACE-)hemmer) mot hypertensjon i ett år.
Hvilken av effektene nedenfor bidrar mest til den blodtrykssenkende effekten av enalapril?

A Enalapril reduserer minuttvolumet
B Enalapril reduserer blodvolumet/ekstracellulært væskevolum
C Enalapril reduserer perifer karmotstand
D Enalapril reduserer hjertefrekvensen

0000261736b9b961e

49
Du har en pasient med atrieflimmer hvor rytmekontroll (dvs. behandling med sinusrytme som mål) ikke lenger er aktuelt og det er behov for frekvenskontroll og antikoagulasjon. Hvilken struktur i hjertet er hovedmålet for medikamenter som brukes for frekvenskontroll ved atrieflimmer?

A AV-knuten
B SA-knuten
C Atriene
D Purkinjefibrene

0000261736b9b961e

50
Du har en pasient med atrieflimmer hvor rytmekontroll (dvs. behandling med sinusrytme som mål) ikke lenger er aktuelt og det er behov for frekvenskontroll og antikoagulasjon.
For antikoagulasjon står valget ditt mellom warfarin og non-vitamin K-antagonist orale antikogulantia (NOAK, også kalt direktevirkende orale antikoagulantia, DOAK). Du velger NOAK. Hvilken konsekvens får det om pasienten glemmer en enkeltdose av NOAK?

A Det vil gi mindre effekt og dosen bør derfor dobles neste gang
B Det vil gi øket risiko for embolisk hjerneslag
C Det vil ikke få noen konsekvens for pasienten og man kan fortsette doseringen som før
D Det vil gi øket blødningsrisiko

000026173f6b9b961e

51
Du har en pasient med atrieflimmer hvor rytmekontroll (dvs. behandling med sinusrytme som mål) ikke lenger er aktuelt og det er behov for frekvenskontroll og antikoagulasjon.
Hvordan virker NOAK?

A Hemmer plateadhesivitet
B Hemmer selektivt faktor II eller X
C Aktiverer antitrombin III
D Hemmer selektivt faktor VII eller IX

000026173f6b9b961e

52
En 56 år gammel kvinne har diabetes type 2 og behandles for dette med metformin. Hun er overvektig med BMI på 32. Hun bruker ingen andre medikamenter. Du tar henne inn til kontroll for å sjekke nyrefunksjonen. Du finner at s-kreatinin er 99 µmol/l (45 – 90) eGFR er 55 ml/minutt. Urin albumin/kreatinin ratio er 34 mg/mmol. (<3,5) Blodtrykket 150/79 mmHg.
Hvilket tiltak vil du gjøre for å beskytte mot tap av nyrefunksjon?

A Redusere kolesterol med et statin
B Seponere metformin
C Behandle blodtrykket med en ACE-hemmer kombinert med en AT2-blokker
D Start behandling med en ACE-hemmer eller en AT2-blokker

000026173f6b9b961e

53
En 48 år gammel kvinne, tidligere kolektomert, har ileostomi. Innlegges grunnet slapphet, økende kvalme og hodepine siste 4 dager. Hun har fått i seg litt vann, men ellers spist og drukket lite. Hun mener det har kommet større enn vanlig mengde avføring på stomien siste uke. I akuttmottaket er hun afebril, våken og klar, men i redusert allmenntilstand. Blodtrykket er 101/62 mm Hg. EKG viser sinustachycardi, ellers normalt. Blodprøver: hemoglobin 16.2 g/dl (11.5-16.0 g/dl), s-natrium 113 mmol/l (137-145 mmol/l), s-kalium 4,8 mmol/l (3.6-4.6 mmol/l).
Du velger å legge pasienten på en overvåkningsavdeling med følgende hovedbegrunnelse:

A Hun har hyperkalemi og dermed høy risiko for alvorlige hjertearytmier
B Hun har hyponatremi, og det er viktig å unngå for rask korreksjon
C Hun har hyponatremi, og det er viktig å få korrigert denne så raskt som mulig
D Hun har en akutt nyresvikt, og det er viktig å overvåke timediuresen nøye

000026173f6b9b961e

54
En 48 år gammel kvinne, tidligere kolektomert, har ileostomi. Innlegges grunnet slapphet, økende kvalme og hodepine siste 4 dager. Hun har fått i seg litt vann, men ellers spist og drukket lite. Hun mener det har kommet større enn vanlig mengde avføring på stomien siste uke. I akuttmottaket er hun afebril, våken og klar, men i redusert allmenntilstand. Blodtrykket er 101/62 mm Hg. EKG viser sinustachycardi, ellers normalt. Blodprøver: hemoglobin 16.2 g/dl (11.5-16.0 g/dl), s-natrium 113 mmol/l (137-145 mmol/l), s-kalium 4,8 mmol/l (3.6-4.6 mmol/l). Du ønsker å gjøre en grundigere kartlegging av årsaken til pasientens hyponatremi og ber derfor om en spoturin til laboratorieanalyser.
Med bakgrunn i sykehistorien er det mest sannsynlig at:

A Urin-Na <20 mmol/l og urin-osmolalitet >300 mosm/kg
B Urin-Na >40 mmol/l og urin-osmolalitet <100 mosm/kg
C Urin-Na <20 mmol/l og urin-osmolalitet <100 mosm/kg
D Urin-Na >40 mmol/l og urin-osmolalitet >300 mosm/kg

000026173f6b9b961e

55
En 48 år gammel kvinne, tidligere kolektomert, har ileostomi. Innlegges grunnet slapphet, økende kvalme og hodepine siste 4 dager. Hun har fått i seg litt vann, men ellers spist og drukket lite. Hun mener det har kommet større enn vanlig mengde avføring på stomien siste uke. Blodtrykket er 101/62 mm Hg. Respirasjonsfrekvens 22/min (12-19/min). EKG viser sinustachycardi, ellers normalt. Venøse blodprøver: hemoglobin 16.2 g/dl (11.5-16.0 g/dl), s-kreatinin 98 µmol/l (45-90 µmol/l), s-kalium 5.4 mmol/l (3.6-4.6 mmol/l). Kapillær blodgass: pH 7.31 (7.37-7.45), pCO_2 3.50 kPa (4.7-6.0 kPa), b-HCO3- 13 mmol/l (22-26 mmol/l), base excess – 11 mmol/l (-3 til +3 mmol/l), b-Cl^- 94 mmol/l (98-107 mmol/l). Hvilken syre-base-forstyrrelse foreligger?

A Respiratorisk acidose med delvis renal kompensasjon
B Metabolsk alkalose med delvis respiratorisk kompensasjon
C Respiratorisk alkalose med delvis renal kompensasjon
D Metabolsk acidose med delvis respiratorisk kompensasjon

000026173f6b9b961e

56
En 26 år gammel kvinne sendes til akuttmottaket med smerter og ømhet i muskulaturen i begge overarmer og skuldre. Tre dager tidligere deltok hun i en treningsøkt med «cross-fit», og hun angir at hun «tok i mer enn hun egentlig orket». Hun har tatt NSAIDs siste døgn. I morges så hun at urinen var mørkere enn vanlig. s-K 5.0 mmol/l (3.6-4.6 mmol/l), s-kreatinin 96 µmol/l (45-90 µmol/l), karbamid 8.4 mmol/l (2.6-6.4 mmol/l), CK 39000 U/l (35-210 U/l), (myoglobin 19000 µg/l (<60 µg/l)). Urin stix: blod (3+), protein (1+). Urin mikroskopi: normal.
Du konkluderer med at pasienten har treningsutløst rabdomyolyse og bestemmer deg for følgende tiltak:

A Pasienten legges inn til observasjon og oppfølging av blodprøver. Ingen spesifikk behandling er indisert
B Pasienten legges inn til observasjon og aggressiv væskebehandling med mål om timediurese på minst 200 ml
C Pasienten legges inn og dialysevakt kontaktes. Hemodialyse bør snarest mulig igangsettes for å fjerne myoglobin
D Pasienten sendes hjem med beskjed om å ta NSAIDs morgen og kveld for å dempe hevelse/inflammasjon i muskulaturen. Kontroll hos fastlegen om tre dager

000026173f6b9b961e

57
En 52 år gammel mann har de siste 15 år har vært rullestolbundet etter en trafikkulykke. Han er paralytisk i begge underekstremiteter, men er ellers stort sett frisk og har legekontakt omtrent årlig. Han har nå bestilt time grunnet litt slapphet siste måneder. I tillegg har han smerter i en skulder og lurer på om han kan ta smertestillende. Han veier 58 kg. s-kreatinin 84 µmol/l (60-105 µmol/l), estimert glomerulær filtrasjonsrate (GFR) 92 ml/min/1.73 m^2 (>90 ml/min/1.73 m^2), s-albumin 40.2 g/l (39.7-49.4 g/l). Ett år tidligere var s-kreatinin 62 µmol/l, mens verdien fram til for tre år siden lå i området 35-40 µmol/l.
Følgende vurdering av estimert GFR som mål på pasientens nyrefunksjon er korrekt:

A Fordi både s-kreatinin og estimert GFR ligger i normalområdet, er det bekreftet at pasienten har normal nyrefunksjon
B Fordi pasienten har lav muskelmasse, er det sannsynlig at pasientens nyrefunksjon er bedre enn det den estimerte GFR-verdien skulle tilsi
C Fordi pasienten har lav muskelmasse, er det sannsynlig at pasientens nyrefunksjon er dårligere enn det den estimerte GFR-verdien skulle tilsi
D Fordi s-albumin er normal, kan man stole på at estimert GFR gjenspeiler reell nyrefunksjon selv om muskelmassen er lav

000026173f6b9b961e

58
En 45 år gammel mann søker lege på grunn av tyngdefornemmelse i venstre skrotalhalvdel som har vedvart i 2 til 3 måneder. Ved palpasjon finner du at pasienten har ømme varicoceler i venstre scrotalhalvdel. Ultralyd av scrotum viser dilaterte vener rundt venstre testikkel og bilateralt normale testikkler. Hvordan vil du håndtere denne pasienten videre?

A Du rekvirerer tumormarkører for testikkelkreft (HCG, AFP, LD)
B Du tar urinstiks og dyrkning
C Du henviser pasienten til kirurgisk fjerning av varikocele
D Du rekvirerer ultralyd av nyrer

000026173f6b9b961e

59
75 år gammel mann, tidligere frisk og spesielt uten vannlatningsproblem. I forbindelse med en operasjon for hofteartrose fikk han spinalbedøvelse uten innleggelse av blærekateter. Operasjonen var vanskelig og langvarig. Postoperativt fikk pasienten plager med meget hyppig vannlating i små porsjoner og urin lekkasje. Urin-stix var negativ. Hvilken type inkontinens er mest sannsynlig hos denne pasienten?

A Overflow-inkontinens
B Blandingsinkontinens
C Stressinkontinens
D Urge-inkontinens

000026173f6b9b961e

60
En 52 år gammel mann kommer på legekontoret for første gang grunnet forverrelse av langvarig ubehag i begge flanker. Pasientens far døde plutselig av hjerneblødning 45 år gammel. Pasienten har lite kontakt med søsteren, men vet at hun er nyretransplantert. Blodtrykket måles til 173/96 mm Hg. s-kreatinin er 204 µmol/l (60-105 µmol/l), og estimert GFR er 31 ml/min/1.73 m^2. Du henviser til ultralyd og får beskjed om at «begge nyrer er forstørret med lengde 21 cm (høyre) og 23 cm (venstre) (normalt 10-12 cm) Der ses multiple cyster bilateralt. Også i lever ses flere cyster». Hva gjør du?

A Du konkluderer med at pasienten har arvelig polycystisk nyresykdom, som kan utvikle seg til kronisk nyresvikt med behov for nyreerstattende behandling. Du henviser til nefrolog og starter behandling med ACE-hemmer mot det høye blodtrykket
B Du kjenner til at nyrecyster alltid bør vurderes av urolog og følges regelmessig med tanke på malignitetsutvikling. Du henviser pasienten til urolog og setter ham på en calciumblokker mot det høye blodtrykket.
C Du finner at det kliniske bildet er komplekst og uavklart og ønsker at pasienten skal tilses av både urolog og nefrolog øyeblikkelig. Du velger å legge pasienten inn ved det lokale sykehuset allerede samme dag
D Du kjenner til at nyrecyster hos voksne ikke har klinisk betydning og ser det hele an. Gir livsstilsråd og planlegger kontroll av blodtrykk og kreatinin om 3 måneder

000026173f6b9b961e

61
46 år gamle kvinne innlegges akutt ved midnatt med sterke smerter i ve. flanke og bevegelsestrang. Hun er blek, kaldsvett og har blodtrykk på 82/60, puls 118, temp. 39,8 grader. P-kreatinin er på 114 mikromol/L (ref. 45-90); B-HgB 16.0 g/dL (ref. 13,4-17,0); B-Leukocytter 22 10^9/l (ref. 4,1-9,8) . Ultralyd abdomen viser venstresidig hydronefrose og en sannsynlig 4 mm stein proximalt i venstre ureter. Du bestiller urin og blod til dyrkning og starter behandling med antibiotika intravenøst. Hvordan behandler du nå pasienten videre?

A Pasienten bør behandles med ureteroskopi og stenekstraksjon
B Siden pasienten har hydronefrose bør hun behandles med Ekstrakorporeal sjokkbølge litotripsi (ESWL) innen 24 timer.
C Uretersteiner på 4 mm stein avgår normalt spontant, antibiotikabehandling er tilstrekkelig. Kontroll UL om 2 uker
D Pasienten bør henvises til akutt innleggelse av nefrostomi til høyre nyrebekken

0000261736b9b961e

62
En 76 år gammel mann kommer til øyeblikkelig hjelp-time på legekontoret. Han har de siste to dager hatt smerter i penishodet med rødhet og hevelse. Han har ingen hevelse langs penisskaftet. Smertene og hevelsen kom morgenen etter at han hadde gjennomført sitt første samleie med sin kone på mange år. I samtalen med ham kommer det fram at han nylig har fått utskrevet tadalafil på grunn av erektil dysfunksjon.
Hva er den sannsynlige diagnose?

A Bakteriell balanitt
B Parafimose
C Priapisme
D Chlamydiainfeksjon

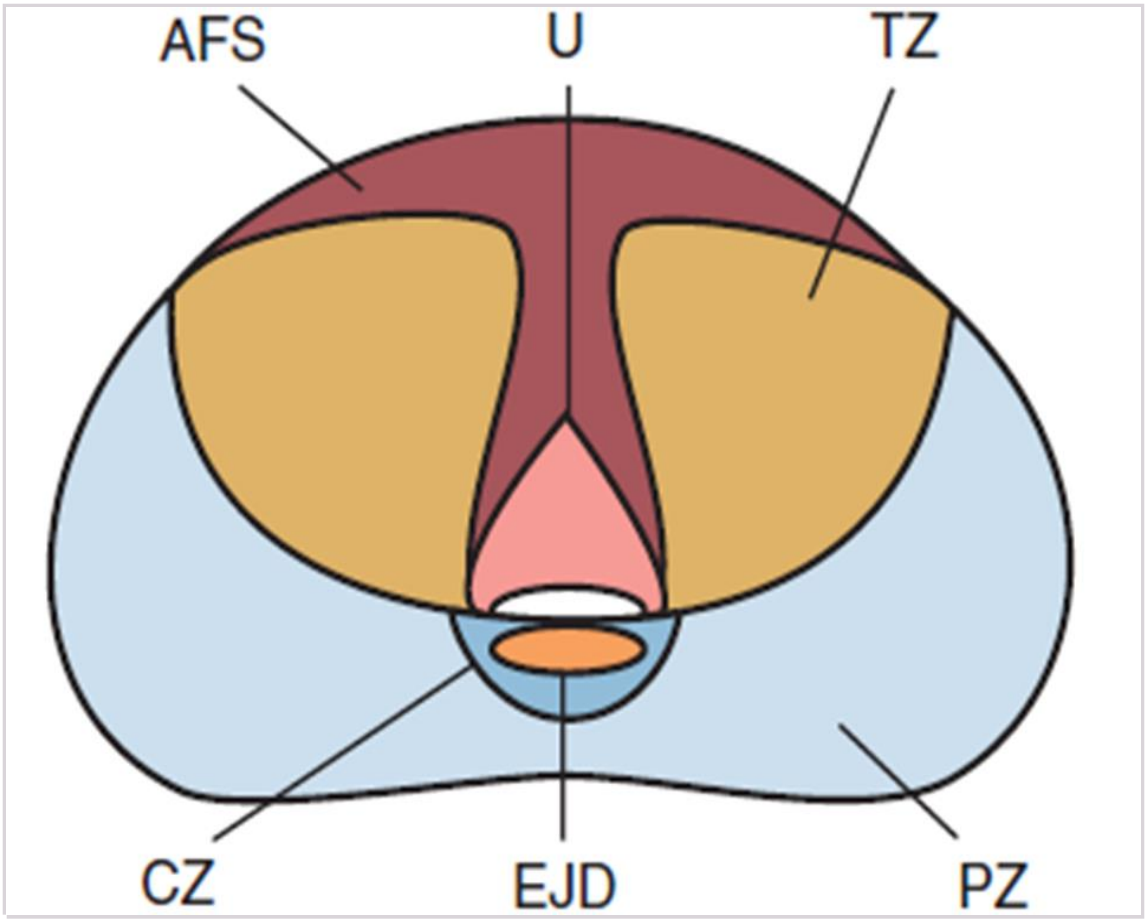
0000261736b9b961e

63
Hos en 78 år gammel kvinne innlagt i sykehjem er det tatt midstrømsprøve til urindyrkning på grunn av symptomer på nedre urinveisinfeksjon. Ved dyrkning finnes:
Enterobacter species 10^5 CFU/ml
Enterococcus species 10^3 CFU/ml
Hvordan vil du tolke dette funnet?

A Funnet representerer signifikant bakteriuri med *Enterobacter species*. Funn av to bakteriearter kan imidlertid tale for forurensning
B Funnet representerer signifikant funn av *Enterobacter species* og *Enterococcus species*
C Siden de to påviste bakterieartene ikke tilhører gruppen primær urinveispatogene bakterier anses funnet som forurensing
D Funnet må oppfattes som forurensing på grunn av vekst av flere bakteriearter

0000261736b9b961e

64
Bildet under viser et tverrsnitt av prostata og de ulike anatomiske sonene. Ved digital rektal eksplorasjon vil man lettest kunne kjenne prostata-svulster dersom de er lokalisert i:



A Perifer-sonen (PZ)
B Anteriøre fibromuskulære stroma (AFS)
C Transisjons-sonen (TZ)
D Sentral-sonen (CS)

0000261736b9b961e

65
En 60 år gammel mann henvises grunnet vannlatningsplager. Han angir redusert kraft på strålen og pollakisuri. Han er for øvrig frisk og bruker ingen medisiner. Ved rektal eksplorasjon palperer du en liten prostata uten knuter. Utredningen viser:
IPSS-skår 15
Flowmetri:
$Flow_{max}$: 12 ml/s
$Flow_{gjennomsnitt}$: 6 ml/s
Kvittert volum: 160 ml
Ingen resturin
PSA 2,3 mcg/l (referanse <3,8 mcg/l)
Prostatavolum: 25 cm^3
Pasienten ønsker å prøve medikamentell behandling. Hvilket medikament forskriver du til pasienten?

A Solifenacin (Vesicare®)
B Finasterid (Proscar®)
C Mirabegon (Betmiga®)
D Tamsulosin (Omnic®)

0000261736b9b961e

66
En 59 år gammel mann får målt PSA i forbindelse med en helsekontroll. PSA er 4,7 mcg/l (referanse <3,8 mcg/l). Du gjør en digital rektal eksplorasjon (DRE) og finnet en symmetrisk, velavgrenset, lett forstørret prostata uten knuter. Pasienten er engstelig for at han har prostatakreft. Hva vil du si til pasienten basert på bakgrunn av de aktuelle undersøkelsesfunn?

A Hvis han har prostatakreft, er det en lav-risikokreft
B Prostatakreft er en sykdom man dør med og ikke av
C Med normal DRE og lett forhøyet PSA er prostatakreft usannsynlig
D PSA verdien betyr økt risiko for at det foreligger prostatakreft

0000261736b9b961e

67
En 25 år gammel mann innlegges akutt. Han er fotballspiller og har under en kamp kollidert med en motspiller. Han fikk kneet til motspilleren mot venstre flanke. Han klager over sterke smerter i venstre flanke og har makroskopisk hematuri. Undersøkelsesfunn: BT 120/80 mmHg, Puls 100/min Ingen synlige skader ved inspeksjon. Palpasjonsømhet i venstre del av abdomen Bankøm ve nyrelosje Det gjøres CT av nyrene, se bildet. Hva er behandlingen?



A Konservativ behandling
B Perkutan drenasje av hematomet
C Nefrektomi
D Innleggelse av JJ-stent

0000261736b9b961e

68
En 46 år gammel kvinne som fikk et nyretransplantat for ett år siden føler seg slapp og oppsøker fastlegen. Hun spør fastlegen om det kan være en komplikasjon til sine immundempende medisiner. Hva er de to viktigste komplikasjonene ved immunsupprimerende behandling i denne sammenheng?

A Diabetes mellitus og anemi
B Infeksjon og malignitet
C Hypertensjon og infeksjon
D Hjerteinfarkt og hypertensjon

0000261736b9b961e

69
En 58 år gammel mann innlegges med akutte flankesmerter. Han har tidligere hatt nyrestein og du mistenker nyresteinsanfall. Han har manglende effekt etter smertestillende behandling. Hvilken undersøkelse er best egnet til å avklare om pasienten har konkrement i urinveiene?

A CT med i.v. kontrastvæske
B Ultralyd nyrer
C CT uten i.v. kontrastvæske
D Røntgen urografi

000026173f6b9b961e

70
En 27 år gammel mann kontakter deg på grunn av hevelse i beina. Han har gått opp ca. 4 kg i vekt på noen uker. På kontoret måler du blodtrykk til 135/85 mmHg. Du finner stående fingermerker når du trykker ham nederst på leggene. Ved orienterende blod- og urinprøver finner du følgende: Hgb: 14,6 g/dl (13,4 – 17,0) s-kreatinin 69 µmol/l (60 – 105), s-albumin 26 g/l (34 – 45) ALAT 23 (10 – 70), ALP 125 (35 – 105), CRP 25 (< 5), D-dimer 0,4 (< 0,5) Totalkolesterol 9,8 mmol/l (3,9 – 7,8) Urin stix: Blod 0, Albumin: ++++, Leucocytter: Neg.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Nefrotisk sykdom
B Dyp venetrombose
C Hjertesvikt
D Leversvikt

000026173f6b9b961e

71
Nyrestein er en hyppig sykdom og kan gi mye smerter og ubehag. Nyrestein kan analyseres med hensyn til den kjemiske sammensetning. Hva er den kjemiske sammensetningen av de hyppigste nyrestein?

A Kalsiumoxalat/Kalsiumfosfat
B Urinsyre
C Cystin
D Magnesium-ammonium-fosfat (Struvit)

000026173f6b9b961e

72
I akuttmottaket tar du tar imot en 68 år gammel mann som innlegges med akutt urinretensjon på nesten 450 ml. Han har vært plaget med LUTS (lower urinary tract symptoms) i lengre tid. Han er hjerte- og lungefrisk, tar ingen faste medisiner. Innkomst-blodprøver viser normale verdier av kreatinin, elektrolytter og hemoglobin. PSA er forhøyet på 25.0 mcg/ml (referanseverdi PSA < 3.8 mcg/ml).
Hvordan bør denne pasienten håndteres videre?

A Pasienten bør cystoskoperes snarest for å utelukke uretrastriktur
B Pasienten bør utredes for LUTS (lower urinary tract symptoms) med miksjonsliste og flow-målinger
C Pasienten bør snarest utredes for prostatakreft med ultralyd og biopsi
D Avlastning med engangskateter og kontroll av PSA etter 4 uker

000026173f6b9b961e

73
En 36 år gammel mann innlegges med sterke, takvise flankesmerter. CT urinveier viser et 7 mm stort konkrement i venstre ureter like proksimalt for kar-kryssningen og moderat hydronefrose. Dagen etter har han fortsatt smerter og feber 38,6 grader og CRP>200 mg/dl.
Hva er den beste behandlingen?

A Perkutan nefrolithotripsi (PCNL)
B Ureteroskopi med stenfjerning
C Perkutan avlastning av nyrebekkenet
D Ekstrakorporeal sjokkbølge-behandling (ESWL)

000026173f6b9b961e

74
En 36 år gammel mann innlegges med sterke, takvise flankesmerter. CT urinveier viser et 7 mm stort konkrement i venstre ureter like proksimalt for kar-kryssningen og moderat hydronefrose. Dagen etter har han fortsatt smerter men ingen feber. Hva er den beste behandlingen?

A Laparoskopisk stenfjerning
B Perkutan nefrolithotripsi (PCNL)
C Ekstrakorporeal sjokkbølge-behandling (ESWL)
D Ureteroskopi med stenfjerning (URS)

000026173f6b9b961e

75
Ved vurdering av vannlatningsplager (LUTS) skiller vi mellom tømnings- og lagringssymptomer. Hvilket spørsmål er viktig for å vurdere lagringssymptomer?

A Opplever du etterdrypp?
B Hvordan er kraft/fylde på strålen?
C Har du plutselig, sterk vannlatningstrang (urgency)?
D Har du startvansker/hesitasjon ved vannlatningen?

000026173f6b9b961e

76
En tidligere frisk 69 år gammel mann kommer til legevakta på grunn av generell slapphet og spreng nederst i abdomen. Du får raskt svar på blodprøver som viser s-kreatinin på 760 µmol/ (60 – 105). Du er usikker på årsaken til nyresvikten. Du undersøker pasienten, og vil i tillegg ha en billedundersøkelse.
Hvilken undersøkelse vil du be om å få utført som øyeblikkelig hjelp?

A CT-abdomen uten kontrast med spesiell fokus på nyre og urinveier
B CT-abdomen med røntgenkontrast, med spesiell fokus på nyre og urinveier
C MRI av nyrer og urinveier.
D Ultralyd nyre og urinveier

000026173f6b9b961e

77
En 55 år gammel mann med kjent kronisk nyresvikt stadium 3, blir innlagt med generell slapphet, uttalt fatigue, kvalme og generell kroppskløe. Han har merket redusert urinproduksjon over de siste dagene. Han har nettopp gjennomgått gastroenteritt med diare og brekninger. Han har kjent hypertensjon og bruker Lisinopril (ACE-hemmer), og furosemid (slyngediuretikum) Ved klinisk undersøkelse finner du tørre slimhinner, EKG viser sinustakykardi puls 115 /minutt, Blodtrykket er 105/66mmHg. Blodprøvene viser følgende: Hgb 11.0 (13,4 – 17,0) Lc 5,3 (4,1 – 9,8) Kreatinin 560 µmol/l (60 – 105), s-K^+ 7,6 mmol/l (3,6 – 4,6) , s- Na^+ 134 mmol/l (137 – 145.)
EKG ser slik ut - hvilket første tiltak er det riktig å gjøre?



A Seponere ACE-hemmer og diuretika og gi iv 0,9% NaCl
B Fortsette med ACE-hemmer og gi 0,9% NaCl
C Seponere ACE-hemmer og diuretika og gi iv 0,9% NaCl og glucose m/ insulin intravenøst
D Kontakte dialyselegen og avtale oppstart av dialyse i morgen

000026173f6b9b961e

78
Du kvantiterer mengden albumin i urinen og finner at den er 354 mg/mmol kreatinin (< 3,5). Du legger inn pasienten til videre utredning.
Hva vil gi det sikreste svaret på hva pasienten feiler?

A Nyrebiopsi
B Ultralyd av nyrer og urinveier
C Urin mikroskopi
D CT-nyrer

000026173f6b9b961e

79
Nyrebiopsi med viser normale funn ved lysmikroskopi, men elektronmikroskopi viser uttalt avflating av fotprosessene. Diagnosen er minimal change nefropati.
Hva er den foretrukne behandlingen denne nyresykdommen, når den diagnostiseres for første gang?

A Cyklofosfamid (et alkylerende cytostatikum)
B ACE-hemmere for å senke blodtrykket
C Høydose kortikosteroider
D Slyngediuretika for å reduserer ødemene

000026173f6b9b961e

80
En 31 år gammel kvinne kommer til fastlege med hudutslett i ansiktet og leddsmerter. Fastlegen vurderer muligheten for en systemsykdom og tar en urin-stix undersøkelse som viser blod ++ og protein +. Kreatinin er 68 µmol/L (60-105 µmol/L) med normal estimert GFR. I tillegg, tar fastlegen antistoffer mot dobbelttrådet DNA som viser seg å være sterkt positiv.
Hva er mest sannsynlige nyresykdom?

A Lupus nefritt (systemisk lupus erythematosus)
B ANCA positiv vaskulitt med glomerulonefritt
C Postinfeksiøs glomerulonefritt
D Goodpastures syndrom

000026173f6b9b961e

81
En 75 år gammel mann med generell arteriosklerose og normal kreatinin på 70 µmol/L (60-105 µmol/L) ble innlagt for å ta en koronar angiografi. Etter denne prosedyren øker kreatinin til 250 umol/L i løpet av tre uker.
Hva er den mest sannsynlige nyresykdommen?

A Prerenal nyresvikt (dehydrering)
B Kontrast nefropati forårsaket av røntgenkontrastmidlet
C Kolesterolemboli i nyrene
D Akutt interstitielt nefritt

000026173f6b9b961e

82
En 45 år gammel kvinne har mottatt et nyretransplantat på grunn av nyresvikt i sammenheng med kronisk glomerulonefritt (IgA nefropati) for fem år siden. Pasienten er på transplantasjonskontroll ved nefrologisk poliklinikk. Sammenlignet med siste kontroll for 3 måneder siden, har kreatinin økt fra 125 µmol/L til 180 µmol/L (60-105 µmol/L), estimert GFR (eGFR) gikk ned fra 60 til 38 ml/min/1.73 m^2. Blodtrykket er nylig økt til 158/97 mmHg. Urinprøve og ultralyd er normal. Medisiner: Takrolimus, mykofenolat mofetil, og prednisolon. Nytt i tillegg: flukonazol og erytromycin fra hennes fastlege på grunn av en tydelig sopp stomatitt og mistenkt atypisk lungebetennelse den siste uken.
Hva er den mest sannsynlige differensialdiagnose for tap av nyrefunksjon?

A Obstruksjon av urinveier (tumor, stein)
B Nedsatt transplantatfunksjon på grunn av residiv av IgA nefropati
C Nyresvikt på grunn av økt speil (serumkonsentrasjon) av takrolimus
D Nyrearteriestenose av nyretransplantatet

000026173f6b9b961e

83
En 14 år gammel gutt kommer på legekontoret etter at han våknet med akutte, sterke smerter i venstre testikkel. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

A Testistorsjon
B Testisinfarkt
C Akutt epididymitt
D Idiopatisk skrotalt ødem

000026173f6b9b961e

84
En 45 år gammel mann søker lege på grunn av tyngdefornemmelse i venstre skrotalhalvdel som har vedvart i 2 til 3 måneder. Ved palpasjon finner du at pasienten har ømme varicoceler i venstre scrotalhalvdel. Ultralyd av scrotum viser dilaterte vener rundt venstre testikkel og bilateralt normale testikkler. Hvordan vil du håndtere denne pasienten videre?

A Du tar urinstiks og dyrkning
B Du rekvirerer tumormarkører for testikkelkreft (HCG, AFP, LD)
C Du rekvirerer ultralyd av nyrer
D Du henviser pasienten til kirurgisk fjerning av varikocele

000026173f6b9b961e

85
Nyrestein kan analyseres med hensyn til den kjemiske sammensetning. Hvilken type nyrestein er ikke synlig på konvensjonelle røntgenbilder?

A Kalsiumoxalat/Kalsiumfosfat
B Cystin
C Magnesium-ammonium-fosfat (Struvit)
D Urinsyre

000026173f6b9b961e

86
Du er fastlegen til en ellers frisk 35 år gammel mann som klager over nytilkomne ødemer i begge underekstremiteter. Blodtrykket, målt etter 5 minutters hvile viser seg å være 145/95 mmHg. Urin-stix viser 3 + på protein og albumin/kreatinin-ratio tilsvarer 3,5 gram proteinuri per døgn. Ultralyd viser normalt store nyrer. Serum kreatinin er 56 µmol/l (60-105 µmol/L). Pasienten har tatt NSAIDs regelmessig de siste seks månedene på grunn av en ankelskade og ryggsmerter.
Hvilken diagnose er mest sannsynlig?

A Akutt glomerulonefritt
B Akutt pyelonefritt
C Vaskulitt
D Akutt interstitiell nefritt

000026173f6b9b961e

87
En 75 år gammel mann oppsøker deg som fastlege fordi han har følt seg fysisk utilpass etter at han fikk betennelse i en tå, og han ønsker nå antibiotikabehandling for dette. Han har hatt feber de siste dagene. I tillegg følt redusert fysisk kapasitet og mer tungpusten enn tidligere. Har kjent luftveisobstruksjon av moderat grad, og har tidligere fått påvist en normalt fungerende bikuspid aortaklaff. Siste kontroll for 6 mnd. siden med ekkokardiografi viste stabile forhold.
Klinisk undersøkelse: Puls 91 regelmessig, BT 175/50 mmHg. Tåen er tydelig infeksjonspreget, med et mindre sår med litt puss i den ene sårkanten. Hjerte: systolisk bilyd grad 2, ingen utstråling. Du hører også en diastolisk bilyd i tillegg til den systoliske bilyden. Lunger: normale auskultasjonslyder.
Hvilken tilnærming til pasientens tilstand er den beste?

A Legge inn pasienten i sykehus
B Avvente situasjonen en dag eller to for å se om det tilkommer spontan bedring
C Rense såret på stortåen og starte antibiotikabehandling
D Henvise til en fremskyndet ekkokardiografi

000026173f6b9b961e

88
En 62 år gammel mann oppsøker deg på ditt legekontor fordi han den senere tid har blitt tyngre i pusten ved hardt fysisk arbeid. Han har røykt siden 20 års alder. Blodtrykket 160/80 mmHg, pulsen er 75 regelmessig. Over lungenes bakflater høres spredte pipelyder over alle lungeavsnitt og ekspiriet er noe lengre enn forventet. Over hjertet høres en systolisk bilyd grad 3 over apex og over 2. høyre intercostalrom like ved sternum. Andre hjertetone er knapt hørbar.
Hva vil du gjøre?

A Starte BT behandling og henvise ultralydundersøkelse på grunn av mistanke om symptomatisk alvorlig aortastenose
B Starte BT behandling og ta en spirometri
C Legge pasienten inn som øyeblikkelig hjelp med mistanke om alvorlig aortastenose med hjertesvikt
D Starte behandling med diuretika og ACE-hemmer på grunn av mistanke om mitralinsuffisiens og sviktutvikling

000026173f6b9b961e

89
En 52 år gammel tidligere frisk mann har hatt sterke brystsmerter i knapt en time. Prehospitalt EKG viser 5 mm ST-elevasjon over hele fremre vegg. Pasienten befinner seg på en øy og med bil og ferje er det minimum to timers transporttid til sykehus med PCI-laboratorium. Værforholdene er for dårlige til bruk av helikopter.
Hvilken behandling vil være den beste for pasienten for å redde mest myocytter?

A Prehospital trombolyse og transport til PCI-sykehus
B Prehospital trombolyse og transport til nærmeste lokalsykehus for vurdering av effekt
C Transport til lokalsykehus for trombolytisk behandling
D Transport til PCI-sykehus for primær PCI

000026173f6b9b961e

90
En pasient som hadde et hjerteinfarkt for 4 år siden, er blitt akutt uvel med lavt blodtrykk, 80/50 mmHg, og er klam og blek. Pasienten er våken og klar. EKG i sykehusmottak hvor du har vakt viser regelmessig bredkomplekset takykardi 180/min.
Hva er riktig behandling av arytmien?

A Intravenøs injeksjon av adenosin
B Elektrokonvertering i narkose
C Intravenøs injeksjon av antiarytmisk medisin i form av amiodaron (Cordarone)
D Umiddelbar elektrokonvertering uten narkose

000026173f6b9b961e

91
En 78 år gammel mann kommer til deg som fastlege da han ønsker rutinekontroll før en lengre utenlandsreise. Han er tidligere frisk bortsett fra forbigående ryggplager. Han har ingen aktuelle symptomer. Du merker at han har uregelmessig puls og tar et EKG. Ved tolkning av dette finner du at han har atrieflimmer, med ventrikkelfrekvens 80/min. Blodtrykk og fastende blodsukker er normalt.
Hva er riktig behandling?

A Acetylsalisylsyre og klopidogrel (kombinasjon av to platehemmere)
B Ingen behandling er nødvendig
C Acetylsalisylsyre
D Oral antikoagulasjon

000026173f6b9b961e

92
En 79 år gammel dame fikk plutselig innsettende brystsmerter og ble sendt til sykehus. Blodtrykket var 60/40 i mottakelsen. Hun var kaldsvett, våken og orientert. Femoralispulsen på begge sider var ikke palpabel. EKG ved innkomst var normal. Det ble tatt en CT-thorax som viste en dobbelkontur i aorta ascendens og aortabuen.
Hva bør gjøres med denne pasienten?

A Pasienten bør sendes til koronarangiografi for å utelukke koronarkarsykdom som årsak til brystsmertene før en evt behandling av disseksjon
B Pasienten har malperfusjon i underekstremitetene og bør umiddelbart behandles intervensjonelt med stentgrafting av aorta abdominalis
C Pasienten har en type B-disseksjon og bør behandles konservativt
D Pasienten har en type A-disseksjon og bør opereres så raskt som mulig

000026173f6b9b961e

93
En 68 år gammel mann har hatt angina pectoris i flere år. Ellers er han uten vesentlig komorbiditet. Plagene har nylig forverret seg og en koronarangiografi viser en langstrakt okklusjon i hovedløpet av høyre kransarterie og i tillegg 75% stenoser på to grener fra circumflexarterien og en langstrakt 90% stenose i fremre nedstigende gren.
Hvilket utsagn er mest riktig?

A Det bør gjøres perkutan koronarintervensjon fordi det oftest er vanskelig å gjøre koronarkirurgi ved langstrakte okklusjoner
B Hos denne pasienten er det indikasjon for behandling langtidsvirkende nitrater
C Pasienten har 3-karsykdom og bør behandles med koronarkirurgi
D Situasjonen anses som funksjonell 2-karsykdom og derfor er perkutan koronarintervensjon mest egnet

000026173f6b9b961e

94
En 73 år gammel mann med tidligere diagnostisert KOLS og tablettkontrollert diabetes mellitus møter opp på legekontoret to uker etter koronarkirurgi og tre dager etter utskrivning fra sykehuset. Han føler seg slapp og hoster mye. Han har selv målt 38,3 i temperatur. Han beskriver at det «surkler» i brystet. Han har ligget mye i sengen siden utskrivning og kjenner særlig smerter ved hoste og når han legger seg over på siden.
Hvilke tiltak er mest hensiktsmessig?

A Pasienten bør henvises til sykehuset for CT thorax med mistanke om lungeemboli
B Pasienten har sannsynligvis en nedre luftveisinfeksjon og han bør legges inn på sykehuset for behandling
C Pasienten bør henvises til sykehuset med spørsmål om sternumløsning og mediastinitt
D Pasienten har sannsynligvis en øvre luftveisinfeksjon og bør settes på antibiotika i regi av primærhelsetjenesten

000026173f6b9b961e

95
En 87 år gammel dame møter opp hos fastlegen og klager over økende tungpusthet. Hun har vært tung i pusten når hun henter posten fra en postkasse som ligger 100 m fra huset og i det siste også fått brystsmerter. Har også våknet om natten med akutt pustebesvær. Ved undersøkelse hører man en systolisk bilyd. Det er gjort en Ekko-Doppler-undersøkelse av hjertet for 3 år siden, som viste en middelgradient på 33mmHg over aortaklaffen. Fastlegen mistenker forverring av aortaklaffestenosen og foreslår henvisning til kardiologisk avdeling. Pasienten er noe skeptisk til operasjon og vil gjerne vite om kateterbasert klaffebehandling er et mulig alternativ i hennes situasjon.
Hva vil være det beste svar å gi henne?

A Åpen aortaklaffekirurgi er mest aktuell fordi pasienten er under 90 år
B Pasienten skal ikke behandles fordi hun har ingen prognostisk gevinst
C Pasienten bør behandles konservativt, fordi aortaklaffebehandling i hennes alder er mest aktuell for pasienter med alvorlige hvileplager
D Kateterbasert aortaklaffeinnsetting bør velges pga pasientens høye alder og uttalte plager

000026173f6b9b961e

96
81 år gammel kvinne har tilkalt legevakten da hun i de siste månedene har merket uregelmessig puls. Siste 4 netter har hun måttet sitte og sove pga tung pust og hoste. På spørsmål opplyser hun at hun er afebril og uten oppspytt. Du hører knatrelyder over lungene basalt, uregelmessig hjerteaksjon med rene hjertetoner og pulsdeficit og du finner lett hevelse rundt anklene. BT er 116/78 mmHg, EKG viser atrieflimmer 140-169/minutt, ingen Q takker, men tegn til hypertrofi. Du beslutter å legge henne inn, men pasienten motsetter seg dette.
Hva vil være den mest optimale initiale medikamentelle behandling av hennes symptomer?

A Du mistenker atrieflimmerindusert hjertesvikt og gir digoxin oppstartdose, ny oral antikoagulasjon og diuretika
B Du mistenker pneumoni og starter penicillin 1,2 g x 3 pr os
C Du mistenker gjennomgått hjerteinfarkt og gir diuretika, ny oral antikoagulasjon og betablokker
D Du mistenker hjertesvikt med bevart systolisk funksjon og gir diuretika samt starter ny oral antikoagulasjon for å forebygge slag

000026173f6b9b961e

97
En 45 år gammel kvinne begynner å røyke etter å ha vært røykfri i 15 år. 3 mnd senere blir hun uvel en dag og kjenner økende grad av tungpust ved anstrengelse de påfølgende dagene. Hun innlegges etter 4 dg pga nattlig dyspnoe og har da EKG med Q i fremre vegg, sinusrytme 87/minutt BT 145/95, Troponin 6785 ng/L (<15), CKMB 45 microg/L (<5), kreatinin 108 microg/L (45-90), LDL 5,5 mmol/L, HbA1c 5,6%. Hun får påvist okkludert LAD som åpnes og stentes, EF 36%, hypokinesi i fremrevegg, ingen klaffefeil, men tegn til forhøyede fyllingstrykk og rtg Thorax viser tegn til stuvning.
Hva vil være den mest optimale behandling av henne ved utskrivelse?

A Dobbelt platehemming, kalsiumantagonist, betablokker, slyngediuretikum og statin
B Dobbelt platehemming, betablokker, ACE-hemmer, statin og slyngediuretikum
C Dobbelt platehemming, betablokker, aldosteronantagonist og slyngediuretikum
D Warfarin, dobbelt platehemming, betablokker, ACE-hemmer, statin

000026173f6b9b961e

98
45 år gammel pasient med akutt hjerteinfarkt har en datter som er 25 år og røyker. Hun synes det er vanskelig å slutte å røyke og er engstelig for om hun har arvet morens risiko for tidlig kransåresykdom. Hvordan utredes datterens risiko best?

A Ved å kartlegge hennes hindringer for røykekutt
B Ved å måle BT, kolesterol, HbA1c og gjøre NORRISK skåring
C Ved å kartlegge hennes fysiske aktivitetsnivå og måle kolesterol, blodtrykk, høyde og vekt
D Ved å genteste mor for familiær hyperkolesterolemi og deretter datter hvis positiv test

000026173f6b9b961e

99
En 63 år gammel kvinne, som i flere år har vært behandlet for primær hypertensjon, har tross behandling med ACE-hemmeren lisinopril 20 mg x 1 kombinert med hydroklorthiazid 25 mg og kalsiumantagonisten amlodipin 10 mg x 1 et blodtrykk på 165/102 mmHg. Pulsen er 78 regelmessig. EKG viser lett hypertrofi. Hennes kroppsmasseindeks er 31 kg/m^2. Hun har kneleddsartrose og er derfor begrenset i sin fysiske aktivitet og hygger seg mye med sine måltider. Blodprøver viser kreatinin 87 mikromol/L (45-90), Na 135 mmol/L (137-145), K 4,2 mmol/L (3,6-4,6). Hva vil være det beste valg av tilleggsmedikament for å senke blodtrykket adekvat?

A Skifte til Calciumantagonist med sterkere effekt for eksempel nifedipin depot 30 mg x 1
B Starte med betablokker metoprolol depot til hvilepuls 55-60/minutt
C Starte med aldosteronantagonist for eksempel spironolactone 12,5 mg x 1
D Starte med alfablokker til BT <135/85 mmHg

000026173f6b9b961e

100
En 55 år gammel kvinne er operert med bariatrisk kirurgi med reseksjon av en del av tynntarmen. Hun har fått alvorlig malabsorbsjon og det er derfor lagt inn en veneport. Pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp på grunn av akutte smerter i venstre arm. Hun kommer til sykehus 2 timer etter smertedebut. Venstre arm er kald, hvit og smertefull. Ved undersøkelse er hun underernært med BMI 16 kg/m^2, BT 135/65, puls 89/min regelmessig. EKG viser sinusrytme med normale funn. Hun har ikke kjent hjertebank. Hun har CRP 68 (<5), Hb 10,8 (11,5-16 g/dl), hvite 13 (4-11 10^9/L), Troponin T 15 (<15 ng/L), Na 137 mmol/L (137-145), K 4,1 mmol/L (3,6-4,6), kreatinin 35 micromol/L (45-90). Temp 38,2. Hun får gjort angiografi som viser akutt embolisk okklusjon i armen og embolien fjernes. Hvordan vil man best kunne avklare årsaken til embolien?

A Telemetriovervåking av hjerterytmen for å fange opp paroksystisk atrieflimmer
B Ta blodprøver for å kartlegge evt øket trombogenisitet m ANA, protein C, S, APC resistens og lupus antikoagulans
C CT aorta og arterier i arm for å avdekke evt stenotiske plakk som kan embolisere
D Gjøre ekkokardiografi for å utelukke bakterielle vegetasjoner på klaffene

000026173f6b9b961e

101
Du har en pasient som plages med hjertebank ved anstrengelse. Ingen brystsmerter eller andre ledsagende symptom, bortsett fra det kommer et sprang med rask regelmessig rytme som kjennes ubehagelig. Du har henvist til hjemmeregistrering av hjerterytmen, undersøkelsen viser hyppige korte selvterminerende løp med monomorf ventrikkeltakykardi. Videre utredning viser normal ekkokardiografi med EF 65%, normal CT-angiografi og normale blodprøver. Pasienten får utskrevet metoprolol depot 50 mg x 1, og du som fastlege blir bedt om å trappe opp dosen. Hvordan bør dosering av betablokker styres hos denne pasienten?

A Øke gradvis til hvilepuls er 55-60/minutt
B Øke gradvis til maks dosering 200 mg x 1
C Øke til han får bivirkninger å så trappe ned til nivået lavere uten
D Øke dosen til han ikke kjenner hjertebank

000026173f6b9b961e

102
En 70 år gammel mann oppsøker deg på legekontoret på grunn av smerter i høyre legg ved gange. Han må stoppe etter 400 m i vanlig tempo. Etter noen minutters hvile kan han gå samme distanse før han må stoppe igjen. Slik har han hatt det i et års tid. Han føler seg for øvrig frisk. Han har ikke vært innlagt på sykehus og bruker ingen medisiner. Ved klinisk undersøkelse er eneste unormale funn redusert ankel/arm-indeks på høyre side. Han røyker og har et blodtrykk på 165/95. Du rekvirerer lipidprøver og HbA1c.
Hvilket tiltak ut over anbefaling av røkekutt starter du ved første konsultasjon?

A Henviser til karkirurgisk poliklinikk og setter opp time for BT kontroll
B Henviser til ortoped og følger opp effekt av røykekuttsamtale
C Anbefaler gangtrening og starter blodtrykksbehandling
D Anbefaler gangtrening og starter behandling med acetylsalisylsyre og setter opp time for BT kontroll

000026173f6b9b961e

103
En 23 år gammel tidligere frisk anleggsarbeider innlegges pga at han har fått en fallende stålbjelke mot låret. Legevaktslegen beskriver at pasienten like etterpå er sterkt smertepåvirket og venstre underekstremitet er kald, hvit og pulsløs. Pasienten når fram til sykehuset etter 5 timer. Han opereres umiddelbart. Man finner a. femoralis communis omgitt av et hematom, og karet er trombosert på bakgrunn av intimaopprulling. Karet rekonstrueres vellykket kirurgisk. Han er i god form ved undersøkelse ½ time etter at han våkner fra narkosen. I løpet av de neste 3-4 timene får han imidlertid sterke smerter i venstre legg. Vanlige doser smertestillende supplert med morfin gir ikke tilstrekkelig smertelindring. I lysken er han moderat palpasjonsøm, det er ingen hevelse og blødningen på drenet er bare 30 ml. Smertene er verst lateralt og oppad på leggen, hvor muskulaturen er stram og smertefull. Smertene blir verre ved passiv plantarfleksjon i ankelen. Kapillærfylningen i fotbladet er god, og fotbladet har normal hudtemperatur. Puls er palpabel i a. tibialis posterior.
Hvilke tilstand er mest sannsynlig årsak til funn og plagene?

A Embolisering til a. poplitea
B Dyp venetrombos
C Trombosering av femoralarterien
D Muskellosjesyndrom

0000261736b9b961e

104
En 22 år gammel student blir lagt inn på sykehuset grunnet hjertebank og svimmelhet. Du palperer pulsen som er meget rask. Før du rekker å ta et EKG blir pulsen plutselig normofrekvent, så tar du et EKG som viser følgende:



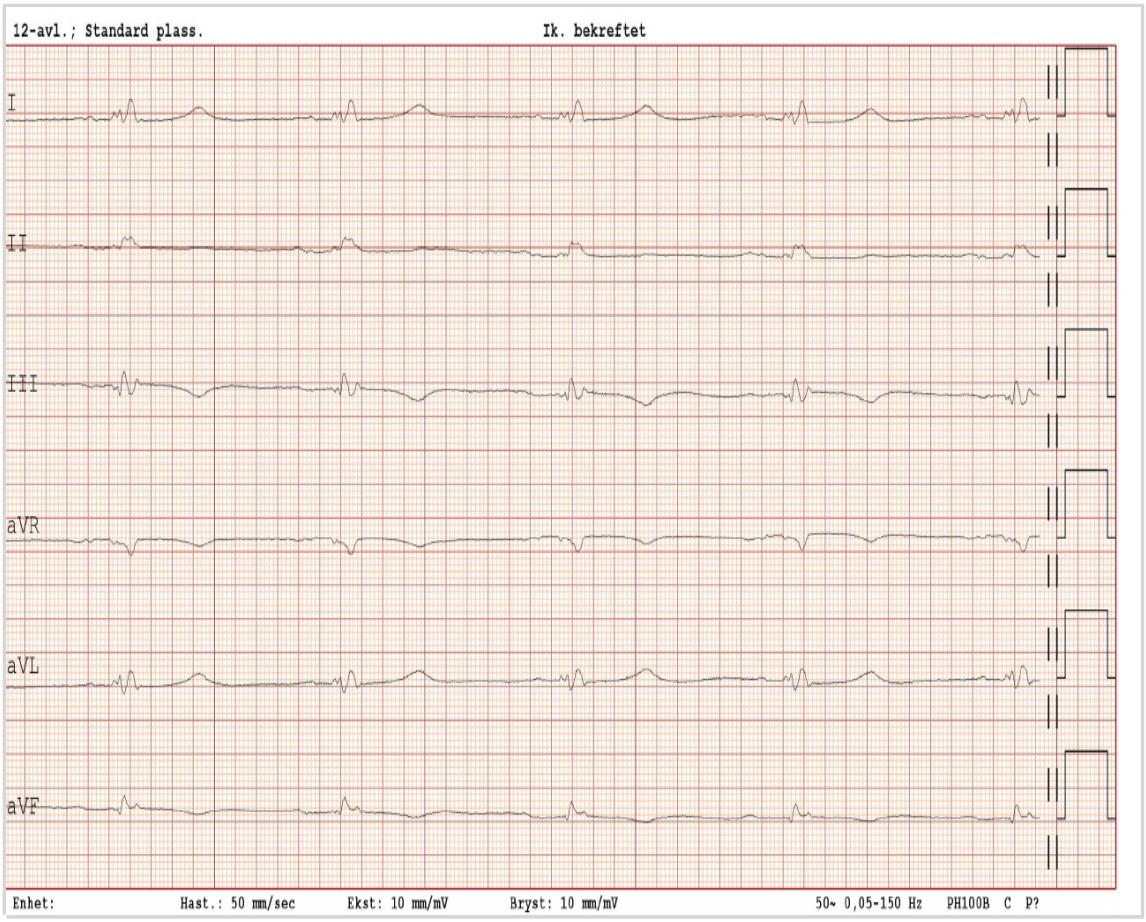


Hva viser dette EKG?

A Normal sinusrytme
B Sinusrytme med aksessorisk bane
C Sinusrytme med grenblokk
D Atrieflutter med AV blokk

0000261736b9b961e

105
Du jobber på et lokalsykehus på indremedisinsk avdeling. En 60 år gammel kvinne blir lagt inn med tung pust som har økt jevnt den siste tiden. Pasienten hadde et hjerteinfarkt for 10 år siden som ble PCI behandlet (LAD). Grunnet nedsatt ejeksjonsfraksjon og symptomer på hjertesvikt ble det startet med diuretika, ACE-hemmer og betablokker. For 2 år siden ble det også startet med aldosteronantagonist. Pasienten bruker adekvate doser av medisinene, men har de siste ukene bare klart å gå til postkassen (flat mark, 50 meter). Pasienten har ikke hatt brystsmerter, men du får utelukket at det er behandlingstrengende koronarstenoser med CT angiografi og pasientens ekkokardiografi viser ejeksjonsfraksjon 25 % og mitralinsuffisiens grad 2. Pasientens EKG ser slik ut:


12-avl.; Standard plass.
Ik. bekreftet
I
II
III
aVR
aVL
aVF
Enhet:
Hast.: 50 mm/sec
Ekst: 10 mm/mV
Bryst: 10 mm/mV
50~ 0,05-150 Hz
PH100B C P?


12-avl.; Standard plass.
Ik. bekreftet
V1
V2
V3
V4
V5
V6
Enhet:
Hast.: 50 mm/sec
Ekst: 10 mm/mV
Bryst: 10 mm/mV
50~ 0,05-150 Hz
PH100B C P?

Hvordan kan man best, basert på EKG, sykehistorie og funn, bedre hennes hjertefunksjon?

A Øke diuretika, bytte fra ACE-hemmer til A2-blokker og starte med digitalispreparat
B Øke diuretika og bytte fra ACE-hemmer til A2-blokker
C Henvise pasienten til vurdering for biventrikulær pacemaker CRT- D
D Henvise pasienten til vurdering for LVAD, hjertepumpe

000026173f6b9b961e

106
Du jobber på allmenlegekontoret. Du har en pasient til konsultasjon som for 6 år siden fikk en mekanisk aortaklaff på grunn av aortastenose. Alt ser fint ut, blodtrykket er fint og du hører fine, regelmessige ventilklikk. På slutten av konsultasjonen forteller pasienten at han den siste uken har besvimt 3 ganger uten forvarsel. Hva bør gjøres med pasienten?

A Henviser pasienten til ekkokardiografi
B Henviser pasienten til 24 timers EKG
C Legger pasienten inn
D Avtaler ny kontroll hos meg om 1-2 uker

000026173f6b9b961e

107
En 70 år gammel mann kommer til konsultasjon på legekontoret ditt. Han forteller at han nå har vært innlagt på sykehuset 2 ganger etter at han hadde uregelmessig hjerterytme i 1 døgn. Legene på sykehuset sa at han hadde atrieflimmer. Den første gangen slo han om til vanlig sinusrytme uten at legene på sykehuset gjorde noe. Den andre gangen måtte de elektrokonvertere. Han bruker kun antihypertensiv medisin og er ellers tidligere frisk. HbA1c er 5,9% (4,1-6,1), kreatinin 76 micromol/L. Hva er den viktigste forebyggende behandling videre?

A Warfarin
B Acetylsalisylsyre
C Dobbelt platehemming
D NOAK

000026173f6b9b961e

108
Du jobber på allmenlegekontoret og får inn en 82 år gammel pasient etter operasjon for aortastenose. Du har ikke fått epikrisen fra sykehuset enda, men vet at han får behandling for hypertensjon og har kjent permanent atrieflimmer. Pasienten har fått en biologisk aortaklaff og han lurer på hvor lenge han må stå på warfarin (Marevan).
Hva er anbefalingene for antikoagulasjon av en denne pasienten?

A 6 måneder
B 1 år
C Trenger ikke Warfarin
D Skal behandles livslangt med Warfarin eller NOAK

000026173f6b9b961e

109
Du jobber på allmenlegekontoret og har en tilsynelatende frisk pasient inne til konsultasjon. Pasienten har vært hos deg tidligere og du har målt blodtrykket slik det er anbefalt (sitter 3-5 minutter, 2 ganger, > 1-2 minutter venting) 150/95.
Hvordan klassifiseres pasientens BT ut fra nasjonale og internasjonale retningslinjer?

A Høyt normal BT
B Grad 2 hypertensjon
C Grad 3 hypertensjon
D Grad 1 hypertensjon

000026173f6b9b961e

110
Du jobber på akuttmottak på et lokalsykehus på indremedisinsk avdeling. Pasienten du tar imot hadde et hjerteinfarkt for 10 år siden som ble PCI-behandlet (LAD). Pusten har gradvis blitt verre de siste dagene, og nå klarer pasienten nesten ikke å få i seg luft. BT er 115/66, pulsen 120 uregelmessig. O2 metningen med 2 liter surstoff på nesekateter er 80%, blodgassen viser pO2 8,2 kPa (normalverdier 10,5-14,5 kPa), pCO2 er 6,5 kPa (normalverdier 4.7-6.0 kPa) og pasienten er afebril. Du lytter på pasienten og hører massivt med knatrelyder over begge lungeflatene. EKG viser hurtig atrieflimmer uten nytilkomne QRS-forandringer.
Hva bør initialt gjøres i akuttmottaket for å stabilisere pasienten?

A Gi mer surstoff på nesekateter, intravenøs diuretika, morfin og nitro
B Gi mer surstoff, intravenøs diuretika, morfin, nitro og intravenøs digitalis
C Gi intravenøs diuretika, morfin og nitro og gi pasienten respirasjonsstøtte (CPAP)
D Gi intravenøs diuretika, morfin og nitro og gi pasienten respirasjonsstøtte (BiPAP)

000026173f6b9b961e

111
En 69 år gammel mann sluttet å røyke for 5 år siden. Han hadde frem til da rundt 20 pakkeår med sigarettrøyking bak seg. Han har hatt hypertoni og lett angina pectoris de siste 10 årene. Han bruker metoprolol depot 100 mg x1 og acetylsalisylsyre 75 mg x1. Hans kone ringer deg som legevaktslege fordi han for en halvtime siden fikk akutte smerter bak i ryggen og ned mot bekkenet. Han besvimte et minutts tid, men våknet av seg selv og var da blek og kaldsvettende. De verste smertene har gitt seg men han føler seg uvel og ønsker å ligge stille i sengen.
Hvilken diagnose finner du mest sannsynlig?

A Akutt nedreveggsinfarkt
B Rumpert abdominalt aortaaneurysme
C Ulcus perforatum ventriculi
D Nyresten

000026173f6b9b961e

112
Hva er viktigst når det gjelder å behandle forhøyet risiko med medikamenter, i primærforebygging av hjerte-karsykdom?

A Å oppnå god blodglukoseregulering (<7,0 i Hba1c)
B Å sjekke at en får god blodtrykkssenkning uavhengig av hvilke medikamenter vi velger
C Vurdere totalrisiko og behandle slik at BT, glukose og lipider blir normalisert
D Vurdere totalrisiko for fremtidig sykdom og anvende medikamenter med dokumentasjon på harde endepunkt

000026173f6b9b961e

113
Risikoen for å påføre pasienter elektrolyttforstyrrelsen hyperkalemi øker hvis vi anvender kombinasjon med to eller flere kaliumsparende blodtrykksmidler. Hvilke av disse kombinasjoner gir slik risiko?

A Tiazid-diuretikum og ACE-hemmer
B Aldosteronantagonist og ACE-hemmer
C ACE-hemmer og betablokker
D Kalsiumblokker og A2-blokker

000026173f6b9b961e

114
En 26 år gammel tidligere frisk kvinne nedkommer med tvillinger. 2 døgn etter fødselen får hun sterke smerter i brystet og mellom skulderbladene. Smertene brer seg nedover i buken og etterhvert også ut i høyre lår og legg. Ved klinisk undersøkelse er hun sterkt smertepåvirket, respirasjonsfrekvensen er 22/min, systolisk blodtrykk 170 mmHg, puls er ikke palpabel i høyre lyske og surstoffmetningen er 98 %. Det er normale verdier for arterielle blodgasser. Hjerteaksjonen er regelmessig, med frekvens 110/min. Hvilken tilstand må mistenkes?

A Aortadisseksjon
B Atrieflimmer med emboli til femoralarterie
C Post partum kardiomyopati
D Lungeemboli

0000261731f6b9b961e

115
En 65 år gammel kvinne har nylig vært operert for galleblærestein, og man fant da at hovedpulsåra i buken var forstørret til 40 mm i største tverrvidde.
Hvordan bør dette følges opp?

A Regelmessig kontroll med CT angiografi
B Implantasjon av et stentgraft
C Operasjon med innsying av en karprotese
D Regelmessig kontroll av aortadiameter med ultralyd

0000261731f6b9b961e

116
Som lege i akuttmottak på sykehus får du inn pasienten med mistanke om rumpert abdominalt aortaaneurysme. Pasienten er hypotensiv blodtrykk 85/65 tross 1 L isotont saltvann intravenøst. Respirasjonsfrekvens 30/minutt. Laktat 4 mmol/L.
Hvilken undersøkelse vil du rekvirere for å bekrefte mistanken om rumpert abdominalt aortaaneurysme?

A PET CT av abdomen
B Ultralyd abdomen
C CT abdomen
D MR abdomen

0000261731f6b9b961e

117
Mann 48 år har vært plaget med lav hvilepuls i 10 år. Han trener greit, men merker at han ikke oppnår forventet makspuls og kommer i dårligere form enn da han var aktiv skiløper i ungdommen. Makspuls kommer aldri over 115/min og han har jevn hvilepuls på 33/minutt. BT 145/89, normale funn ved auskultasjon av hjerte, lunge og halskar og sidelik pulsasjon i a. tibialis posterior uten ødem.
Hva er den mest sannsynlige årsaken til hans plager?

A Manglende kronotrop respons i sinusknuten
B Naturlig aldringsfenomen som han må venne seg til
C Permanent AV blokk
D Langsom atrieflimmer

0000261731f6b9b961e

118
En 83 år gammel mann blir lagt inn på sykehuset fordi han har følt seg svimmel de siste to ukene. Han har ikke hatt helt klare tegn på akutt sykdom, men han har vært tyngre i pusten enn vanlig. Han bruker ikke medisiner og somatisk status (inklusive auskultasjon) er upåfallende. Hvilken diagnose har pasienten ut fra dette EKG?





A 3. grads SA blokk
B 2. grads AV blokk
C 1. grads AV blokk
D 3. grads AV blokk

000026173f6b9b961e

119
En 44 år gammel kvinne har røket achillessenen under trening og gått med gips i 6 uker etter at rupturen ble suturert. Hun har ved ukentlige kontroller på ortopedisk poliklinikk klaget over tung pust de siste 3 ganger. Samme dag gipsen blir fjernet synkoperer hun. Hun våkner, får ropt på sønnen som ringer 113. Ved innkomst på sykehus er hun somnolent, har halsvenestase og er hypotensiv systolisk BT 90 mmHg, puls 116/min og SAO_2 75%.
Hvordan kan man raskt avklare den sannsynlige årsaken til hennes tilstand?

A Verifisere mistanken om høyresidig hjerteinfarkt med måling av troponiner
B Verifisere mistanken om lungeemboli med CT thorax
C Verifisere mistanken om aortadisseksjon med CT aorta
D Verifisere mistanken om lungeemboli med ekkokardiografi

0000261736b9b961e

120
En 72 år gammel kvinne har bestilt time hos fastlegen. Hun har tidligere vært frisk og var i fullt arbeid til hun ble pensjonist for 5 år siden. Hun bruker ingen medisiner, har aldri røkt. Hun angir tung pust ved rask gange og særlig i motbakker de siste måneder. I tillegg har hun enkelte netter følt tung pust. Hun har hatt tendens til hevelse i føttene. Hun benekter brystsmerter, følelse av hjertebank i hvile eller ved anstrengelse. Klinisk undersøkelse avdekker ingen sikre patologiske funn, blodtrykket 145/75 mmHg og EKG viser regelmessig normofrekvent sinusrytme uten sikre patologiske forandringer.
Hvilken blodprøve vil være mest nyttig for å avklare årsaker til pasientens plager?

A Kreatinin
B Hemoglobin
C Troponin T
D NT-proBNP

0000261736b9b961e