

**Examination efter läkares allmäntjänstgöring
– Skriftligt prov**

SVARSFÖRSLAG TILL AT-PROV DEN 29 augusti 2014

**NÄMNDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄNSTGÖRING Universiteten i
Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala och Örebro samt Karolinska
Institutet**

Svarsförslag Kirurgifrågan 20 poäng

1.1.1 Hur vill Du komplettera anamnesen? (2,5p)

Under anamnesen efterfrågar Du i första hand tidigare blödningar, duration av aktuell blödning, frekvens av blod och förändringar i avföringsmönster. Dessutom frågar Du efter smärta i anus – buk, viktnedgång, hereditet för kolorektalcancer samt medicinering.

1.1.2 Vilka moment ingår i Ditt anorektala status? Vilka frågeställningar (diagnoser) söker Du under respektive moment? (2,5p)

I anorektalt status på en vårdcentral ingår inspektion, palpation samt prokto-rektoskopi. Din frågeställning under undersökningen är diagnoser som kan ha orsakat blödningen. Viktigast är tumör, hemorrojder, proktit eller fissur.

1.2.1 Distal blödningskälla ger ofta upphov till röd missfärgning av avföringen (hematochezi), medan avföringen, vid mer proximalt belägen blödningskälla kan vara svart (melena). Förklara varför den svarta färgen uppkommer. (1p)

Den svarta färgen beror på att järnet i hemoglobin oxideras.

1.2.2 Du beslutar Dig för att genomföra kolonutredning. Vilka möjligheter har Du för detta? (1p)

Du kan utreda kolon med koloskopi eller CT-kolografi. Kolonröntgen är ett annat, men sämre alternativ.

1.3.1 Beskriv förändringarnas makroskopiska utseende och ange också vilka diagnoser de mest troligt representerar. (2p)

Förändring 1:

Lokaliserad, cirkumferent, strikturerande förändring i slemhinnan med vulstig, ulcererande karaktär.

Troligaste diagnos är koloncancer.

Förändring 2:

Lokaliserad, slät förändring med en färg som avviker från omgivande kolonslemhinna.

Troligen är förändringen en tumör. Den mest sannolika diagnosen är benign kolorektal tumör (adenom).

1.4.1 Du berättar för Kenneth att förändring 1 är en cancer. Vilken information ger Du honom om förändring 2? (1p)

Du informerar om att även detta är en tumörförändring. Biopsin är godartad, men bedömningen av biopsier är osäker. Hela förändringen måste tas bort för säker diagnos.

1.4.2 Kenneth undrar hur Du tänker gå vidare med hans sjukdom. Skissera en vidare utrednings - och behandlingsplan. Motivera. (3p)

Förändring 1 är en cancer. För att veta omfattningen av sjukdomen behövs utredning med CT thorax – buk. Beroende på utfallet av undersökningen kan behandlingen sedan bli operation, cytostatikabehandling, eller en kombination av dessa.

Vad gäller förändring 2 är diagnosen mer osäker. Förändringen måste avlägsnas i sin helhet för säker diagnos. Om cancer skall opereras kommer förändringen rimligen att kunna inkluderas i resektatet.

1.5.1 Vilken diagnos vill Du utesluta i första hand? Motivera. (1p)

Symtombilden talar för obstruktion och patienten har en tumör som man vet är strikturerande. Viktigast är därför att utesluta kolonileus.

1.6.1 Vilka fynd i status (positiva och negativa) söker Du för att bekräfta diagnosen kolonileus? Motivera. (1,5p)

Symtombilden vid kolonhinder är framförallt symmetriskt uppdriven buk med tympanistisk perkussionston. Vid den renodlade bilden finns ingen påtaglig inflammatorisk process och därmed ingen peritoneal retrning eller feberreaktion. Viss intorkning kan förekomma.

1.7.1 Du beslutar Dig för att lägga in Kenneth. Vilka ytterligare åtgärder planerar Du för natten? (1,5p)

Viktigast är att med röntgendiagnostik bekräfta eller förkasta diagnosen kolonileus. Du remitterar därför till CT-BÖS. Aktuellt laboratoriestatus inklusive PK, APTT och bastest. Vätskebehandling, i första hand med Ringeracetat; smärtstillande. Enklaste sättet att monitorera vätskebalansstatus är att ordinera KAD och urinmätning. Efter CT-undersökningen planerar Du diskussion med bakjour.

1.8.1 Vad behöver Du göra för att Kenneth skall vara klar för operation kommande dag?

Hur informerar Du Kenneth? (1,5p)

För att Kenneth skall vara klar för operation nästa dag är det viktigt att Du följer upp aktuella laboratorieprover och tar ställning till om något värde kräver korrektion. Ordination av antibiotika- och trombosprofylax. Patienten måste anmälas till operation och narkosläkare vidtalas. Kenneth måste informeras om operationsbeslutet och om att ingreppet innebär att tumören nu kommer att avlägsnas akut i stället för elektivt. Det finns risk att ingreppet inkluderar stomikonstruktion; patienten skall stomimarkeras före ingreppet, helst av stomisjuksköterska, eller av operatören själv.

1.8.2 Vad skall Du "observera under natten"? Motivera. (1,5p)

Patienten har pågående obstruktion i kolon och operationen är planerad till nästkommande dag. Det finns risk för komplikationer fr. a i form av perforation.

Det som därför behöver observeras är i första hand utvecklingen av patients buksmärta och bukstatus; tillkomst av peritoneal retrning är ett allvarligt tecken. Dessutom observeras allmäntillstånd, temperatur och urinproduktion. Bakjouren bör kontaktas under natten vid försämrad bild.

Svarsförslag Intermedicinfrågan 20 poäng

2.1.1 Beskriv fem parametrar du värderar initialt när du bedömer patienten? (2,5p)

Strukturerad bedömning enligt ABCDE Airway(fri luftväg) Breathing (andningsfrekvens) Cirkulation (puls och blodtryck) Disability (medvetandegrad) Environment (temp?) för att snabbt få en uppfattning om vitalparametrar.

2.2.1 Vad blir din preliminärdiagnos? Motivera! (1p)

Utifrån feber, hypotoni och takykardi bedömer jag det som Svår sepsis/Septisk Chock

2.2.2 Vilka 2 terapeutiska åtgärder ordinerar du redan i detta läge? Motivera! (2p)

För att öka blodtryck och vävnadsperfusion ordinerar två grova nålar med snabb infusion iv vätska och syrgas 5-15 l/min

2.2.3 Vilka två laboratorieprover med snabbsvar ordinerar du nu? Motivera! (1p)

Blodgas och CRP för att värdera ev acidosis och infektion

2.3.1 Några ytterligare moment i status som bör bedömas utifrån pat tillstånd?

Motivera! (1p)

Nackstelhet och inspektion av huden (petechier) för att värdera om sannolikhet för meningokockinfektion/meningit och indikation för lumbalpunktion.

2.3.2 Blodgassvar anländer: pH 7,22 (7,35–7,45), pO₂ kPa 7,5 (10,6–13,8), pCO₂ kPa 3,5 (4,6–6,0) Base excess -7 mmol/l (-3-3), Laktat 5,6 mmol/l (0,38–1,34), Kalium 4,9 mmol/l (3,5–4,4). Hur tolkar du detta svar? Motivera! (1p)

Metabol acidosis (lågt pH och base excess, förhöjt laktat) med respiratorisk kompensation (lågt pCO₂).

2.3.3 Patienten har en septisk chock med takykardi och hypotoni. Redogör kortfattat för de patofysiologiska mekanismerna bakom detta? (2p)

Den inflammatoriska reaktionen har aktiverat system som i sin tur leder till kärldilatation och ökad kärlpermeabilitet vilket i sin tur leder till intravasal hypovolemi och kompensatorisk takykardi.

2.4.1 Först vill du dock att man tar prover. Vilka? Motivera! (1,5p)

Hb, LPK, TPK, Elstatus, PK, APTT för att få uppfattning om påverkan på Koagulation, blodbild och ev njurpåverkan. Blod och Urinodling innan antibiotika för att fånga ev bakteriellt agens och förhoppningsvis resistensmönster.

2.4.2 Ange preparat och beskriv kortfattat verkningsmekanismerna? Motivera! (3p)

Aminoglykosid ex Gentamycin (baktericid via hämning av proteinsyntes) + Cefotaxim alt Bensylpc alt Meropenem (hämmar bakteriens cellväggsyntes). Bred antibiotikabehandling i initial skedet pga det allvarliga i tillståndet för att täcka de flesta agens innan svar på odlingar.

2.5.1 Hur planerar du den fortsatta handläggningen? Motivera? (2p)

Då pat svarat så dåligt på vätskebolus bedömer jag att han sannolikt kommer att behöva invasiv monitorering, intensiv vätsketerapi och ev Noradrealin infusion. Kontakter IVA eller liknande avdelning som kan tillhandahålla detta.

2.6.1 Vad visar EKG? (1p)

Förmaksfladder, 2-1 blockerat

2.6.2 Vad visar lungröntgen? (1p)

Höger sidigt infiltrat

2.7.1 Vilket peroralt antibiotikum ordinerar du? Motivera! (1p)

Penicillin V då pneumococker med vanligt resistensmönster är mycket känsliga för detta.

Svarsförslag Psykiatrifrågan 20 poäng

3.1.1 Vilken är Din preliminär diagnos? Motivera! (1p)

Panikångestsyndrom då Gustav haft en rad ångestmanifestationer som talar för panikattacker. Han har vidare haft ett flertal attacker under ett halvårs tid. Det är förenligt med diagnosen.

3.2.1 Vilka är Dina evidensbaserade behandlingsalternativ? (2p)

Behandling med serotonergt aktiva antidepressiva läkemedel såsom SSRI eller SNRI. Även en del tricykliska antidepressiva har god effekt. Vad gäller psykoterapi är det främst KBT som har god dokumentation.

3.3.1 Du bestämmer Dig för att behandla med SSRI. Föreslå preparat och dosering. Vilken information om behandlingen ger Du patienten? (2p)

Förslagsvis ett SSRI såsom Sertralin i startdos på 25 mg per dygn. Patienten informeras om vanliga biverkningar som i initial paradoxal ångest, svettningar och sexuell dysfunktion. Pat informeras om att vara försiktig med att kombinera behandlingen med alkohol.

3.4.1 Vilka två preliminära diagnoser är mest troliga? Motivera! (2p)

Schizofrent syndrom då han länge haft hörselhallucinos, vanföreställningar av paranoid karaktär och isolerat sig socialt. Vidare har han koncentrationssvårigheter och eventuellt deshabituering för ljud samt störd sömn.

Drogutlöst psykos kan vara en differentialdiagnos hos en yngre man som nysst varit i Thailand där vi saknar uppgifter om e v drogintag.

3.4.2 Vilken provtagning bör göras redan på kvällen? Motivera! (1p)

Drogscreening, då en del droger ej går att detektera 24 timmar efter intag.

3.4.3 Vilka två anamnestiska uppgifter utöver symtom kan vara värdefulla att få för att ställa rätt diagnos? (1p)

Hereditet som är vanligt vid schizofreni samt droganamnes då droger kan utlösa en psykos.

3:5:1 Du genomför en psykosutredning på Gustaf. Vad ingår i denna? (2p)

Utvidgad anamnes om ex förlossning, tidig utveckling, hur patienten fungerat i skolan och socialt med kamrater, i arbetet och hemma. Somatisk utredning med blodprover inklusive neuroradiologi och neurofysiologisk utredning i form av EEG. En neuropsykologisk utredning är ofta av stor klinisk nytta.

3.5.2 En väsentlig del i Ditt omhändertagande är en bedömning av suicidrisken. Vad skall ingå i en strukturerad suicidrisk bedömning? (3p)

Statistiska riskfaktorer, medveten suicidbenägenhet/suicidstegen, akut utlösande faktorer och skyddande faktorer. En skattningsskala för sjukdomstypens grad (lindrig, måttlig, svår) är också att rekommendera såsom exempelvis MADRS-S, BAI eller BDI, Tillsammans ger det en god bedömningsgrund för aktuell suicidrisk och bör sammanfattas som låg, måttlig eller förhöjd. Vid inläggning hjälper ovanstående också klinikern att välja rätt tillsynsgrad.

3.6.1 Du påbörjar anti-psykotisk behandling. Beskriv hur dessa läkemedel utövar sin farmakologiska effekt och hur biverkningar kan uppstå. (2p)

Den främsta verkningsmekanismen är dopamin-2-receptorblockad. Flertalet SGA har även 5HT_{2A} receptorblockad.

Biverkningar kan dels bero på ovanstående och dels av påverkan på icke önskade bansystem vilket kan ge motoriska, endokrina och kognitiva biverkningar. Metabola biverkningar är vanliga.

3.6.2 Ge förslag på ytterligare två behandlingsinsatser som är viktiga för Gustaf. (2p)

Psykopedagogisk intervention för patienten och anhöriga samt anpassad KBT.

3.6.3 Gustaf visar sig inte ha vapenlicens men har körkort. Hur hanterar Du situationen? Motivera! (2p)

Pat är i nuvarande tillstånd inte lämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl. Det skall anmälas till polismyndigheten även om han inte har vapenlicens. Anmälan till Transportstyrelsen skall göras då patienten inte uppfyller de medicinska kraven för körkortsinnehav.

Svarsförslag Allmänmedicinfrågan 20 poäng

4.1.1 Vad inriktar du dig på i status. Ange fem delar och motivera varför! (2p)

Du undersöker munhåla och svalg, palperar halsens lymfkörtlar, det ömma partiet och thyreoidea, mäter blodtryck och puls. MoS, Igl 0,5, blodtryck, puls 0,5, öm thyr 1,0.

4.2.1 Vilken blir din preliminära diagnos? (2p)

Ömmande thyreoidea är oftast subakut thyreoidit (de Quervains) 2.

4.2.2 Ordinerar du några prover? Ange högst fyra. Motivera! (1p)

Du beställer funktionsprover för thyreoidea som S-TSH, s-fritt T4 0,5, samt CRP och/eller SR 0,5.

4.3.1. Hon har ganska ont över sköldkörteln. Finns det någon behandling du kan sätta in? Ange i så fall dos och behandlingstid. (2p)

Prednisolon ges i 1,0, dos 20-40 mg/dag 0,5, under 2-6 veckor 0,5.

4.4.1 Vilka konsekvenser kan behandlingen medföra? Beskriv kort möjlig påverkan under denna kur jämfört med långtidsbehandling. (2p)

Diabetesläget kan försämrats liksom blodtrycket 1p, långtidsbehandling kan utveckla osteoporos 1p.

4.5.1. Patientens provsvar för s-TSH är 0,1 (0,2-3,5) och fritt s-T4 25 (10-22). Hur tolkar du dessa och hur handlägger du patientens thyreoideasjukdom? (2p)

Naturalförloppet är först en toxisk fas som övergår i en lättare hypothyreos. Oftast sker normalisering efter den. Man kan därför expektera om ej uttalade symtom.

4.6.1. Patienten blir snabbt förbättrad av din behandling och hennes prover normaliseras. Hur följer man vanligen upp detta tillstånd? (1p)

Enstaka fall kräver längre uppföljning med risk för hypothyreos men majoriteten förblir euthyreoida och behöver ej följas.

4.7.1 Hur utövar metformin och sitagliptin (DPP4-hämmare) sin blodglukossänkande effekt? Beskriv kortfattat. (4p)

Metformin minskar leverns glukosproduktion 0,5p, ökar insulinkänsligheten 1p, minskar intestinal glukosabsorption 0,5p. Sitagliptin ökar aktiva inkretiner som ökar insulinsyntesen och insulinfrisättningen vid stigande glukosnivåer 1p, sänker även glukagonproduktionen från pancreas alfaceller 1p.

4.8.1. Vad bör du rekommendera beträffande hennes läkemedel? Motivera. (4p)

Utsättning av enalapril som annars kan leda till stigande kreatinin och hyperkalemi 2p, utsättning av metformin för att undvika laktatacidos 1p, utsättning sitagliptin för att undvika hypoglykemi 1p.