

Bra givna svar på skriftliga provet i specialistexamen 2012.

Detta är autentiska, lätt redigerade svar på uppgifterna i skriftliga provet för specialistexamen i allmänmedicin oktober 2012. Varje uppgift har bedömts av två granskare, som har valt ut ett av de bästa svaren på den uppgift de har arbetat med.

Uppgift 1: Tommy 50 år med utslag på halsen.

Börjar med att penetrera anamnesen ytterligare. Frisk i övrigt? Medicinering? Hur länge varar besvären? Kommer det alltid på samma ställe? Debut? Stickningar? PIRRNINGAR? När på året? Solsken? Stress?

På den aktuella beskrivningen misstänker jag herpes simplex, även om det beror lite grann på hur blåsorna ser ut. Framför allt om utslaget sitter på samma ställe, debuterar med stickningar/pirrningar och till exempel provoceras fram i samband med vårsolen eller solsemester. För att säkerställa diagnos tar jag prov på bläsesekret för PCR-analys med frågeställning herpes simplex.

Om det har gått mer än 72 timmar sedan symtomdebut väljer jag att inte sätta in någon behandling i nuläget utan sätter upp telefontid för diskussion efter PCR-svar. Om mycket oro och farhågor kan återbesök istället bli aktuellt. Diskuterar behandling med valciklovir 500mg x2 i 5 dagar med insättning så snabbt som möjligt vid symtomdebut om positivt prov. Om besvären kommer ofta, vilket det gjort senaste halvåret, kan profylaktisk kontinuerlig behandling vara aktuell om det är mycket besvärande.

Diff-diagnos är framför allt follikulit, men det ter sig inte så på beskrivningen av området. Om detta ter sig sannolikt diskuterar jag i så fall rakning. Lokalbehandling med till exempel bensoylperoxid (Basiron®) kan prövas i första hand.

Uppgift 2: Carina 36 år med hosta.

Det verkar som att Carina har sökt hjälp efter det att hon läst om TWAR. Vad är det hon vill ha hjälp med idag? Är hon mest orolig för TWAR eller annan sjukdom, eller är det symtomen i sig som hon inte längre står ut med? Är det hostan eller andningen hon behöver hjälp med Hur påverkar tillståndet henne? Kan hon gå och jobba eller behöver hon sjukintyg till jobbet?

Därefter vill jag penetrera anamnesen ytterligare. Epidemiologi? Hur har sjukdomsförloppet varit? Har det blivit bättre, sämre eller oförändrat? Har det funnits andra symtom? Feber? Snuva? Snorighet? Har hon känt andnöd? Har hon haft liknande besvär tidigare i livet? Det finns ingen tidigare känd astma, men finns det andra atopiska markörer som allergi eller eksem? Fick hon någon inhalationsbehandling som liten? Finns det ärftlighet för atopi? Föreligger indikation för astmautredning?

Jag undersöker henne, lyssnar efter obstruktivitet, krepitationer. Hur ser hennes andningsmönster ut? Andningsfrekvens? Kompletterar med temp och eventuellt CRP om jag känner mig osäker på om det är en behandlingskrävande infektion eller ej. Finns obstruktivitet kan hon erbjudas luftrörsvidgande behandling.

Om hon har opåverkat allmäntillstånd och är opåverkad i sin andning och det inte föreligger någon obstruktivitet och det samtidigt inte är något alarmerande i förloppet ger jag lugnande besked. Har hon hosta som är besvärlig nattetid och inskränker på nattsömnen och ger henne tröttheten kan jag tänka mig att skriva ut hostmedicin i form av Cocillana Etyfin till natten. Det finns egentligen ingen vetenskaplig evidens för att det är bättre än honungsvatten, men av erfarenhet vet jag att många ändå upplever lindring av medicinen och biverkningar vid tillfälligt bruk är små (vid avsaknad av gallbesvär). Jag ber henne återkomma för ny bedömning vid utebliven förbättring närmaste veckan eller vid förvärrade eller nytillkomna symtom.

Uppgift 3: Maria 49 år med högt blodtryck.

Vad jag förstår är det första gången jag träffar Maria, en kvinna som har uppmätt högt blodtryck och en ärftlighet för kardiovaskulär sjukdom. Vid vilken ålder har släktingarna insjuknat? Har någon haft sekundär hypertoni?

Tre uppmätt förhöjda blodtryck har varit förhöjda och uppfyller då kriterierna för hypertoni.

Jag frågar henne vad hon vet om hypertoni och sedan undrar jag om hon vill att jag ska berätta mer om hypertoni. Går igenom riskfaktorer och friskfaktorer. Faktorer hon möjligen kan påverka är stress, motion, kost (salt, lakrits).

Bemöter hennes oro kring familjemedlemmar som varit sjuka och även avlidit samt hennes egen huvudvärk.

Undrar över om hon har haft några besvär från hjärtat (exempelvis bröstsmärta, onormal andfåddhet vid ansträngning). Samtal om stress.

Gör ett ordentligt status eftersom det är första gången vi ses: lymfkörtlar, tyreoida, hjärta, lungor, svikttecken (benödem, halsvenstas). Blodtryck i båda armar samt stående. Palperar pulsar, lyssnar efter blåsljud över carotider och njurartärer, gör neurologstatus med tanke på huvudvärken, samt spegling av ögonbottnar utan dilatation.

Prover för att belysa andra riskfaktorer: blodstatus, Na, K, Krea, TSH, B-Glu, U-sticka, blodfetter, EKG, BNP (för att värdera hjärtsvikt).

Angående Progynon: Hur länge har hon haft det? Har det gjorts något utsättningsförsök (bör göras årligen om indikationen enbart är klimakteriebesvär och ej tidig menopaus)? Påverkan på blodtrycket? Ringer upp läkare på kvinnokliniken och rådgör, och sedan återkoppling till patienten.

Jag ber henne berätta mer om huvudvärken. Sannolikt har det inget med blodtrycket att göra, eftersom det inte är så högt ännu. Jag efterfrågar alarmsymtom (kräkningar, synpåverkan, osv).

Jag efterhör hennes önskemål. Om vi kommer fram till att det finns påverkbara livsstilsfaktorer kan vi börja med det under en begränsad tid, och om det inte hjälper så behöver hon medicinering. Går igenom med henne var hennes blodtryck bör ligga: högst 140/90 om inte andra riskfaktorer framkommer vid provtagningen. Om medicinering blir aktuell tänker jag mig att prova med enalapril i första hand. Då behövs kontroll av blodtryck, Kalium, Krea om

cirka två veckor, vilket kan ordnas via sköterskan och sedan telefonuppföljning. Stödstrumpor mot bensvullnaden (jag bedömer sannolikheten för hjärtsvikt som låg). Vi har ett rum på vårdcentralen där patienten själv kan kolla blodtrycket och lämna en lapp till mig. Jag kommer överens med patienten om när nästa kontroll bör vara. Sannolikt är detta en kvinna jag kommer att träffa upprepade gånger. Viktigt med kontinuitet.

Uppgift 4: Staffan 42 år, körkortsintyg angående alkohol.

Patient med tidigare /pågående missbruksproblematik. Bensoediazepiner, alkohol. Hepatit C. Finns tidigare intravenöst missbruk? Han förefaller att ha fått stora volymer Xanor (bensoediazepin) utskrivet av kollega. Finns det andra förskrivare? Jag funderar på om jag ska be patienten att ta med förskrivningslistor från apoteket vid nästa besökstillfälle.

Vem har satt hans diagnos? Har han haft tidigare kontakt med psykiatriker/ missbruksläkare? Har han erbjudits annan behandling än strikt farmakologisk, t ex KBT? Jag funderar över remiss till psykiater eller beroendeläkare, eller till beteendeterapeut som finns på vårdcentralen.

Beträffande provsvar kan väl lätt förhöjt ALAT eventuellt förklaras av hans hepatit. Leverproverna i kombination tyder dock på pågående alkoholkonsumtion vilket borde diskvalificera för förnyat körkort i nuläget. Detta kan givetvis ha långtgående konsekvenser för patienten vad gäller möjligheter till arbete och försörjning.

Jag noterar att han har delad vårdnad om minderåriga barn. Misstänker jag vidare att barnen på något sätt far illa är jag skyldig att göra anmälan till sociala myndigheter.

Jag efterhör hur han själv ser på sin situation och vilka förväntningar han har på besöket. Jag förklarar hur jag tänker och försöker skapa en allians med honom. Jag erbjuder även att hans fd sambo kan få delta om han godkänner detta.

Uppgift 5: Lena, 52 år, med enstaka förhöjt blodtryck på kvinnokliniken.

Remiss från kvinnokliniken på grund av uppmätt högt blodtryck vid spiralutdragning. Normalt elektrolytstatus. Patienten är 52 år och har alltid varit frisk.

Jag skickar en remissbekräftelse.

Här känner jag direkt att det här är fel handläggning. Kommer man för borttagning av en spiral är man kanske nervös och har ett högre blodtryck. Man ska inte sätta in blodtrycksmediciner efter ett enda blodtryck, särskilt inte om det är mätt under stress, och losartan är överhuvudtaget inte något förstahandsläkemedel.

Jag skulle kalla Lena, prata med henne och ta ett blodtryck, lyssna på hjärtat och lungorna. Om blodtrycket är för högt går jag enligt protokollet och tar tre blodtryck eller en 24-timmarsmätning, och prover för hypertoni-diagnos.

Jag tror dock att blodtrycket är helt normalt när hon är hos mig, och hon hade normalt socker och blodfetter. och i så fall sätter jag ut losartan och tar om blodtrycket efter några månader.

Jag kanske tar tillfället i akt att prata lite allmän hälsa och motion, frågar efter rökning och alkohol.

Sedan skriver jag ett remissvar. Jag skriver att jag inte tycker att man ska sätta in blodtryckssänkande direkt efter ett enda uppmätt förhöjt blodtryck, och särskilt inte i en sådan situation. Jag kanske hänvisar till riktlinjerna.

Uppgift 6: Lennart 51 år med frekvent miktion samt vita fläckar på huden.

Jag skulle fråga Lennart vad han menar med "något allvarligt" och då skulle han förmodligen svara (prostata-)cancer. Är det han själv som är orolig, eller hustrun?

Palpationsfyndet per rektum är normalt. Finns det en hereditet för prostatacancer? I så fall skulle jag nog rekommendera att ta PSA-prov.

Troligen har ju Lennart en benign prostatahyperplasi, differentialdiagnos överaktiv blåsa med hänsyn till ett alltmer stressigt arbete. Finns det andra faktorer som gör att han inte mår bra? Han verkar dock i stort sett vara nöjd med sitt arbete och i hemmet.

Jag skulle i första hand utreda honom vidare på min mottagning med bladderscan (residualurin). U-sticka var blank men jag skulle ta kreatinin för att se om det finns tecken på avflödeshinder. Jag skulle låta honom fylla i miktionslista och symtomformulär för att få både subjektiva och objektiva mått på hans problem. PSA som screening är ju omdiskuterat, men i hans fall har det uppstått symtom den senaste tiden, som svag stråle och nykturi, varför jag skulle diskutera för- och nackdelarna med ett PSA-prov. Om fynden talar för BPH skulle jag sätta in alfa-blockerare (alfuzosin) efter att ha kontrollerat hans blodtryck och uteslutit hypotoni. Jag berättar att effekten dröjer några veckor och att han ska ha tålamod. Telefonuppföljning bokas om cirka en månad.

Hans hudförändringar tolkas som vitiligo. Han har inga besvär av dessa. Jag ger lugnande besked.

Uppgift 7. Tre barn med skador i armbåge, hand och fot.

Asta 3 år. Man har dragit Asta i armen. Sedan dess vill hon inte använda armen och har ont. Inget trauma. Asta har förmodligen fått en piglux, en luxation av radiushuvudet. Jag kollar om det finns misstanke om fraktur, med blåmärken eller i anamnesen. Om inte det finns, får jag be mamman hålla flickan. Jag reponerar genom att böja armen och vrida underarmen samtidigt, och hålla tryck över radiushuvudet. (Jag gör det inte ofta, så jag kollar upp innan hur det precis går till). Det gör ont, men om jag känner att den hoppar tillbaka borde Asta direkt kunna använda armen igen. Om inte, bör man röntga, ibland kan det finnas en fraktur.

Holger 8 år. Det låter som Holger har fått ett droppfinger. Det kan vara så att sträcksenan har slitits av så att han inte kan sträcka ut hela fingret. Då kan man kanske också se en avulsionsfraktur. Jag skulle vilja röntga fingret och ge honom passande behandling. Han får en skena runt fingret och får inte använda det på flera veckor. Jag tror dock att jag skickar in honom till Astrid Lindgrensjukhuset akut för att få en ortopedbedömning och göra röntgen där, så att han får utredning och behandling samma dag. Ibland vill ortopederna till och med operera detta. Alternativ är att ta röntgen, länka bilderna och rådfråga ortopederna i telefon.

Sture 7 år. Sture har vrickat foten. Jag försöker reda ut om det kan vara en fraktur. Kunde han stödja på foten direkt? Blev det svullet senare? Gör det ont vid tryck under hälen? Med barn är jag försiktig och röntgar snabbare än hos vuxna, anamnesen är inte alltid tillförlitlig och barn

växer och utvecklas, vilket gör det mer allvarligt om man missar en fraktur. Om man bara misstänker en stukning är behandlingen att ha foten i högläge några dagar och ge smärtstillande. Därefter får Sture belasta så mycket de går. Han ska ha stadiga skor på sig och vila när han får ont. Det är viktigt att han använder foten så att den kan återfå kraft och stabilitet. Jag skulle följa upp efter några veckor. Man kan remittera till sjukgymnasten för träning om han behåller en viss instabilitet eller oro för att använda foten. Misstänker man fraktur ska man såklart röntga och eventuellt remittera.

Uppgift 8. Gunilla 54 år "ont i bihålorna".

Jag antar att Gunilla kommer på ett akut besök (15 minuter hos oss), därav ganska kort anamnes. Jag hör hennes egen förklaring om att det kan vara en bihåleinflammation. Går igenom symtom på detta, till exempel ensidig snuva, illaluktande i mun/näsa, feber. Samtal om penicillin. Tittar efter vargata i status. Om hon kan förstå min förklaring kan vi nog stanna där, men om hon absolut tror att det är sinusit kan det kanske behövas en röntgen/CT sinus för att avfärda det. Några besvär med tänderna (tandinfektion)?

Jag tycker det mer låter som trigeminusneuralgi (triggerpunkter när hon borstar tänderna, till exempel), och det kan behandlas med karbamazepin (t ex Tegretol®). Jag är dock inte van att diagnostisera och behandla detta, så jag skulle läsa på och även ringa och rådfråga neurologen. Karbamazepin ska trappas upp och vi bokar in ett återbesök imorgon för att se hur det går för henne med besvären och behandlingen. Kontrollerar leverprover samt blodstatus inför medicininsättning. Gör ett neurologstatus. Om inget avvikande där, avvaktar jag med vidare utredning (viss ökad risk för ponsvinkeltumör och MS vid trigeminusneuralgi). Diskuterar med neurologen angående detta.

Jag tänker också på differentialdiagnoser som tandinfektion (kollar i munnen), temporalisarterit, tuggclaudicatio. Palperar temporalisartärer, frågar om synpåverkan, kontrollerar SR, CRP. Herpes zoster? Kollar om det finns några utslag, ber patienten höra av sig direkt om hon ser några utslag motsvarande det onda området, visar henne en bild på hur det kan se ut. Om hon ska ha antiviralbehandling ska den sättas in inom 72 timmar.