

Bra givna svar på skriftliga provet för specialistexamen januari 2016.

Detta är autentiska svar från examinander, ibland med smärre språklig redigering. Varje uppgift har bedömts av två granskare, olika för varje uppgift, och de har valt ut ett av de bästa svaren på sin uppgift.

Uppgift 1 – Algot 9 år, öra.

Jag beskriver inte anamnessamtalet och första delen av undersökningen då dessa finns beskrivna i examensfrågan.

Jag har konstaterat att Algot ömmar vid tryck mot tragus och har blod i hörselgången. Man ser inte hela trumhinnan då den skyms av ett koagel, den delen man ser ter sig normalt.

Algot har alltså haft en blödning från sitt vänstra öra. En sådan blödning kan ha olika orsaker. Den skulle kunna uppstå i samband med en trumhinneperforation till följd av en mediaotit. Algot uppvisar dock inga tecken på en infektion. Har är opåverkad, har ingen feber och inga tecken på någon pågående övre luftvägsinfektion i status. Den delen av trumhinnan man ser är blek och blank vilket talar emot en perforerat mediaotit. Sekretionen efter en mediaotit är dessutom oftast varig. I anamnesen beskrivs vanligast att barnet har haft mycket ont i örat som plötsligt har blivit bättre, följd av en sekretion från örat. Algot beskriver inga sådana symtom.

Algot brottades ned på gräsmattan av en kompis och fick därefter ont i sitt öra. Därför finns också möjligheten att det föreligger en traumatisk trumhinneperforation till följd av att det t.ex. kan ha funnits en liten pinne på gräsmattan som har perforerat trumhinnan. Att Algots hörsel är opåverkad och att smärtorna verkar ha varit lindriga talar emot traumatisk trumhinneperforation.

En annan möjlighet är att Algot har fått ett sår i hörselgången som har blött till följd av att han har blivit nedbrottad på gräsmattan och har t.ex. fått en liten pinne i örat som har skadat huden i hörselgången. För detta skulle tala att han är öm över tragus och att han har gammalt blod i hörselgången samt att han har bibehållen hörsel och är opåverkad.

En blödning från örat kan också vara ett symtom som talar för en skullskada. I sådana fall föreligger dock oftast kraftigare våld mot huvudet. Jag tolkar beskrivningen av fallet som om det inte föreligger någon färsk blödning eller sekretion från örat vilket talar emot att det föreligger en skullskada. Vid större skador kan det förekomma sekretion av likvor från hörselgången men det finns inga tecken på det när man undersöker Algot. Algot har dessutom varit helt opåverkad efter fallet på gräsmattan vilket talar för ett mycket lindrigt fall mot gräsmattan.

För att kunna bedöma Algot fullt ut skulle jag försöka att försiktigt rengöra hörselgången med sug. På så sätt kan jag bedöma om det finns tecken på trumhinneskada eller om jag kan se exempelvis sår i hörselgången. Jag skulle även genomföra Webers och Rinnes test för att undersöka om det finns tecken på ledningshinder (exempelvis skada i mellanörat). Vid en intakt trumhinna kan jag på min vårdcentral göra en tympanometri. En normal sådan talar emot skador i mellanörat.

Jag skulle dessutom komplettera undersökningen med ett neurologstatus med särskild uppmärksamhet på kranialnerverna som kan vara påverkade vid skullfrakturer.

Jag utgår ifrån att Algot är neurologiskt helt opåverkad, att det inte finns tecken på trumhinneskada eller skada i mellanörat. Jag hittar ett litet sår i hörselgången som har blött. Jag visar för Algot och Algots mamma på planschen vi har i öronrummet var skadan finns och att det inte finns anledning till att vara orolig för att jag inte hittar tecken på allvarligare skada. Jag brukar göra så att jag redan

medan jag undersöker förklara vad jag gör och varför samt att jag förklarar vilka tillstånd jag kan utesluta med ett normalt undersökningsfynd. Om såret i hörselgången skulle uppvisa infektionstecken skulle jag skriva ut Terracotril med Polymyxin B 3 ggr dagligen i 5 dagar. Jag skulle också be dem att återkomma vid utebliven förbättring, försämring eller tecken på infektion.

Uppgift 2 – Bertil, 75år, obehag i vänster vad.

Bertil är 75 år gammal. Han beskriver smärta i vaden som uppträder i samband med promenader som lindras när han stannar eller böjer sig framåt. Han har inga besvär när han cyklar.

Min första tanke när jag läser Bertils beskrivning är att han skulle kunna ha en spinal stenos. En vanlig beskrivning på smärta som är utlöst av en spinal stenos är att den kommer i samband med gång och att den lindras av framåtböjning. För detta talar också att Bertil inte har några besvär i benet när han cyklar, d.v.s. när han tränar i framåtlutat läge. Han beskriver även smärta från ryggen som kan tala för spinal stenos. Han beskriver dock ingen smärtutstrålning i benet vilket talar emot spinal stenos. Bertil visar inga tecken på nervpåverkan i undersökningen men det kan vara förenligt men spinal stenos. Att han är helt smärtfri på natten skulle också tala mot en spinal stenos. Peroneusparensen kan också vara tecken på att han har haft en tidigare nervpåverkan (eventuell tidig tecken på spinal stenos?).

En möjlig differentialdiagnos kan vara annan nervpåverkan p.g.a. t.ex. ett diskbråck eller en tumör. Mot diskbråck talar att Bertil inte har någon neurologisk påverkan i samband med undersökningen samt att han inte har någon smärtutstrålning. En tumör får man alltid ha i åtanke och jag brukar fråga efter så kallade "röda flaggor" som nattlig smärta, B-symtom, tidigare cancersjukdom mm. Det finns inget sådant beskrivet i detta fall.

Smärta i benet i samband med gång kan naturligtvis också vara ett tecken på arteriell claudicatio intermittens. Emot detta talar dock att smärtan är ensidig, att smärtan inte uppträder när han cyklar samt att det inte finns något i status som talar för att Bertil skulle ha en påverkad cirkulation ner i fötterna. Bertil har varma fötter och väl palpabla pulsar. Det finns ingen beskrivning på fötterna i övrigt. För att få mer information om cirkulationen ner till fötterna kan man också titta på behåringen som kan försvinna vid dålig cirkulation samt på kapillär återfyllnad. Om man har misstanke om nedsatt cirkulation i fötterna kan man också genomföra mätning av ankeltrycket (men vid stela kärl kan värdet vara missvisande). Bertil uppvisar inte heller några andra tecken på kärlsjukdom, han har cyklat Vätternrundan samt motionerar utan några besvär i form av bröstsmärtor eller dyspné.

Jag skulle komplettera undersökningen med att lyssna på hjärta/lungor, ta ett blodtryck, (båda för att kartlägga om det finns sannolikhet för hjärt-kärlsjukdom), straight leg raising test och ett komplett neurologstatus (för att se om det finns tecken på nervpåverkan) samt undersökning av ryggen, höft- och knälederna (finns tecken på muskuloskeletal komponent). Om misstanke om arteriell claudicatio komplettering enligt ovan.

Medan jag undersöker patienten brukar jag alltid förklara vad jag gör och varför samt vad resultatet kan tala emot/för. Det finns inget som talar för kärlsjukdom så jag skulle förklara varför och i nuläget inte gå vidare med någon utredning avseende detta. Om knä-höft-ryggstatus är ua. skulle jag förklara det och inte gå vidare med någon slätröntgen just nu. Eftersom symtomen ändå är ganska lindriga och jag inte hittar något som talar för malign sjukdom skulle jag i första hand misstänka en lindrig

spinal stenosis och förklara detta för Bertil. Som första steg skulle jag rekommendera sjukgymnastik. Jag skulle planera för en uppföljning för att se om han blir hjälpt eller inte. Vid försämring skulle jag beställa en MRT av ryggen och diskutera med ortopederna telefonledes.

Uppgift 3 – Cecilia, 17 år, uvi.

Cecilia, 17 år med misstänkt uvi, orolig för STI, febril, urin- och klamydiaodling ua. Dock röda och protein på stickan.

Jag tänker att jag känner Cecilia sedan tidigare eftersom hon vågade "haffa" mig i korridoren. Jag blir glad att jag ägnade ett extra ögonblick åt lablistan och inte bara kände lättnad över odlingssvaret för Cecilias skull.

Jag ringer upp Cecilia och frågar hur hon mår och berättar om provsvaren. Jag berättar att urinprovet hon lämnat visade förhöjda värden av protein och röda blodkroppar och att det måste utredas vidare. Jag erbjuder en akuttid samma eftermiddag eller på förmiddagen dagen därpå.

Jag förklarar för Cecilia att jag gärna vill att hon tar med sig sin mamma eller pappa till besöket för att de alla ska få samma information och förstå vad som behöver utredas. Jag berättar för Cecilia att jag inte behöver säga något om hennes oro för STI. Cecilia tycker det känns okej att ta med en förälder och vi kommer överens om att ses samma em. Cecilia ringer själv sin mamma.

När de kommer kl 14.00 har jag själv hunnit läsa på lite om proteinuri och hematuri. Är inte så van att handlägga dessa patienter, men Cecilias kuddighet runt ögonen och svaret på urinstickan får mig att tänka på nefrotiskt syndrom.

Jag tar anamnes och frågar hur Cecilia har haft det sista tiden. Är hon mer trött än vanligt? Hur länge har hon varit svullen runt ögonen? Svullna ben? Hur ser kisset ut – skummar det? Har Cecilia tagit några nya läkemedel senaste tiden – NSAID? Finns det någon i familjen/släkten som har haft njurproblematik. Viktnedgång? Jag undersöker Cecilia och lägger särskild vikt på cor/pulm och inspektion av hudkostym/underben. Blodtryck. Röda blodkroppar i urinen kan också stämma överens med njurskada men jag frågar nog om senaste menstruationen också.

Vad gäller prover skulle jag nog ringa njurkonsulten på lasarettet för att få vägledning och hjälp med vidare utredning. Säkert skulle jag ta ny urinsticka, albmin/krea-kvot, Hb B-Glukos, Krea, Urea och eventuellt fler prover på specialistens inrådan.

Efter samtal med kollegan på lasarettet får Cecilia lämna blodprover och jag ber att få prata med henne i enrum för att ge henne utrymme till egna frågor och funderingar. Själv vill jag gärna ta upp risk för STI eller graviditet och höra lite hur Cecilia tänker. Om hon är rädd och orolig för eventuell njursjukdom ta vi upp det vid ett nytt besök framöver.

Det finns säkert andra diff-diagnoser men jag tänker att jag riktar in mig på att verifiera/utesluta nefrotiskt syndrom som kräver snabb handläggning.

När Cecilia är på lab frågar jag mamman vad det var hon ville fråga på telefontiden. Kanske undrade hon något om sin egen kropp eller också har hon nu fått svar under dagens besök.

Uppgift 4 – Dan, 68 år, hypertoni, brev till chefen.

Eftersom Dan är listad på mig och jag är hans ordinarie läkare och träffat honom många gånger, ringer jag upp honom. Jag berättar att jag fått ta del av hans brev och ber om ursäkt då det antagligen skett ett missförstånd. Dan brukar komma till mig på årliga kontroller som jag bokar in i samband med att han ringer för receptförnyelse. Nu var jag bortrest och en kollega hanterade ärendet utan att jag fick kännedom om att Dan hört av sig. Jag ser själv heller ingen rimlig förklaring till varför bara ett kolesterol kontrollerades i patientens fall men försöker att tona ned detta något i samtal med patienten samtidigt som jag ändå försöker lyssna och bemöta hans missnöje. Jag erbjuder Dan en tid för årskontroll. Inför besöket vill jag kontrollera Hb, Glukos, kreatinin och kalium, främst med anledning av att han äter Enalapril som ibland kan påverka njurfunktion och kalium. Glukos och Hb för en allmän värdering av patientens tillstånd och för att tidigt upptäcka eventuella andra sjukdomar som diabetes eller anemi som behöver utredas (dessutom billiga prover). Kontrollerar även vikt i samband med årskontroll (dels för att se tendens till snabb viktuppgång/-nedgång, men också för att det behövs för framtida eventuella undersökningar/doseringar). Provtagning ska i min mening ske efter vad som är indicerat i den enskilde patientens fall och inte i relation till ekonomisk ersättning om provtagningen inte är befogad. Ett nytt kolesterol ändrar inget i handläggningen och blir därför ett onödigt prov. Efter att jag haft mitt möte med Dan och vi sett ut det hela pratar jag med min kollega Dr Bäck och sedan tas allmänna rutiner kring handläggningen av varandras patienter upp i läkargruppen för att gemensamt hitta ett fungerande sätt i kommunikationen mellan oss doktorer för att besök inte ska missas.

Uppgift 5 – Evert, 80 år, diabetiker, försämrat allmäntillstånd efter infektion.

Med så många mediciner måste Evert ha en ansvarig läkare på vårdcentralen. Jag rekommenderar sköterskan att diskutera patienten med den läkaren. Någon här måste väl ha tagit hand om hans lunginflammation? Som medicinskt ledningsansvarig läkare (som det heter hos oss igen) har jag inget extra ansvar för att ge individuella patientråd. Det är också en stor fördel om någon som känner honom kan hantera detta. Samtidigt är jag tydlig med att detta måste hanteras idag, det kan inte vänta till imorgon. Sannolikt hjälps vi åt att hitta den läkare som är bäst lämpad och om ingen annan finns tillgänglig får jag bedöma.

Med tanke på sjukdomar (diabetes, högt blodtryck) och mediciner (Metformin, Enalapril, Furix, Diklofenak) är det risk att han gått in i en njursvikt, potentiellt med akut livshotande elektrolytrubbning. Han borde bedömts av läkare under dagen via oss på vårdcentralen men det verkar vara för sent nu. Man behöver bilda sig en uppfattning om hans njurfunktion och elektrolytstatus, flera läkemedel behöver seponeras omedelbart och han behöver sannolikt en försiktig uppvätskning för njurarna, samtidigt med hänsyn till risken för accentuerade hjärtsviktsymtom. Även om hans sockerläge i nuläget inte är superakut kommer det dock inte att förbättras av detta och Metformin behöver sättas ut, det behöver därmed hanteras med insulin och det är inte rimligt att ordna via kommunal hemsjukvård under jourtid. Jag diskuterar med hustrun via telefon och kanske också med andra anhöriga och föreslår att han åker till sjukhuset. Kanske beklagar jag att de fick ett annat råd tidigare under dagen.

Angående rådet tidigare under dagen skriver jag avvikelse eller tar upp det med den berörda sköterskan. Kanske kan detta bli underlag för någon form av kompetensutveckling i telefonrådgivningsgruppen?

Uppgift 6 – Fredrik, 23 år, problem med underlivet.

Fredrik har tagit mod till sig och har flera besvär som han sannolikt har tänkt på och besvärats av länge. Han undrar om Viagra är en lösning, jag ser att vi behöver backa några steg och adressera hans olika besvär lite grundligare först, men bekräftar att jag hört hans fråga.

Jag försöker avdramatisera det hela (ung kvinnlig läkare, manlig patient med genitala besvär) genom att sakligt berätta att det är bra att han söker, att det är många som söker för liknande besvär och signalerar att jag inte tycker att något av detta är pinsamt eller konstigt.

Det han beskriver med grumlig urin tolkar jag som retrograd ejakulation, vilket jag förklarar vad det är (sädesvätskan som normalt sett ska föras ut via urinröret vänder åt andra hållet och hamnar i urinblåsan, och sedan kissar han ut den nästa gång) och visar skiss-bilder av området där det är tydligt hur "rören går". Jag tolkar inte detta som något farligt, men om han framöver vill bli pappa kan det dock så klart bli ett problem. Jag minns inte säkert hur vanligt det är med spontant utvecklad retrograd ejakulation, utan behöver läsa på och se om vi inte behöver göra en liten utredning för att se varför det kommer nu, särskilt med tanke på att han också har miktionsveda. Har han någon annan sjukdom? Nervdysfunktion (efterfrågar symptom)? Något som kan ha orsakat en striktur? Vi får utifrån detta och hur besvärad han är avgöra om han ska få träffa en urolog nu eller om vi ska vänta något och utreda själva. Har han redan provat Viagra? Jag ställer en öppen fråga och berättar att jag vet att det är lätt att få tag i via internet och vänner. Om han beställt över internet informerar jag om riskerna (fel/ingen medicin) som finns med det, dock utan att skuldbelägga utan snarare erbjuda alternativ inom vården så att han inte behöver lösa det själv. Riskerar han att få stressrelaterad/situationsrelaterad ED?

Han har nu också miktionsveda, är den nytillkommen? Jag ordinerar nog urinsticka och odling lite oavsett, för att utesluta infektion. STI-anamnes behövs, har han minsta skäl att misstänka smitta (även längre tillbaka) så erbjuder jag u-chlamydia, beroende på bilden eventuell komplettering med andra STI-prover.

Fredrik undrar också över ömhet i testiklarna och att de rör sig uppåt i vissa situationer. Jag gör en genital undersökning och ber honom beskriva var ömheten är, palperar testiklar och bitestiklar. Om jag inte finner något onormalt berättar jag det. Jag frågar om han tycker att han känt knöligheter, oavsett om jag känner något eller inte. Om något avvikande palperas har jag ultraljudsundersökning nära till hands (utesluta testikelcancer).

Jag förklarar att det finns en reflex som heter cremaster-reflexen, som kan utlösas av kyla, känslor eller beröring på insidan av låret. En muskel inne i buken drar då i testikeln som flyttar sig uppåt. Är det dessa situationer han menar? Då kan vi förklara det hela med normalfysiologi.

Så, sammantaget avdramatiserar vi situationen, gör ett status, fördjupar anamnesen och utreder beroende på vad som framkommit.

Uppgift 7 – Evert, 80 år, diabetiker, försämrat allmäntillstånd efter infektion.

Här blir jag lite misstänksam när jag läser informationen. En tvååring är ju ofta ganska livlig och duktig på att klättra och nyfiken på det mesta (för kännedom har jag en 22 månaders pojke hemma just nu). Så att hon skulle kunnat falla från en säng och slagit upp en bula i pannan är ju ganska

förståeligt då det är lätt att som förälder ligga steget efter. Att hon sedan kräktes en halvtimme efteråt låter ju lite oroväckande och kan ju bero på att flickan faktiskt fått en hjärnskakning.

Att Gwen blir orolig och börjar gråta bara av att jag kommer in i rummet när hon ändå sitter i sin mammas trygga famn är lite oroväckande. Att det finns en bula i pannan kan ju stämma med att hon nyligen slagit sig.

Jag närmar mig försiktigt Gwen och pratar mest med hennes mamma. Jag ber henne lugnt och sansat berätta om vad som har hänt och hur det har gått till. Hur mår Gwen annars? Har hon ramlat och slagit sig tidigare? Finns det fler syskon? Hur mår de? Går Gwen på dagis? Hur går det för Gwen med hennes utveckling? Bor mamma ihop med pappa? Eller har de delad vårdnad? (Om pappa har fått ett läkarutlåtande så borde han kanske också varit hemma? Vem hade uppsikt på Gwen?) Låg hon och sov när hon ramlade ur sängen eller hur gick det till?

När jag pratat klart med mamma närmar jag mig försiktigt Gwen. Jag ber att mamma tar av henne tröjan och jag lyssnar noggrant på hjärta och lungor. Sedan undersöker jag nacken och försöker så gott det går göra ett neurologiskt status, tittar på pupiller och kollar ljusreflexer. Ögonrörelser. Är hon med i blicken? Hur är mamma-barn kontakt? Går de på BVC? Har de varit på vårdcentralen tidigare? Jag kollar även i journalen om de sökt för olycksfall tidigare på sjukhuset? Är barnet röntgat tidigare? Jag frågar mamma lite försiktigt när hon fick blåmärket på handen och om då mamma berättar att de nyligen varit och kontrollerat prover på sjukhuset men att det var svårt att sticka Gwen tycker jag att det är en bra förklaring. Om hon däremot inte riktigt kan förklara detta blir jag lite misstänksam. Att Gwen blir ledsen och börjar gråta när jag kommer in kan ju bero på att hon nyligen träffat någon sjukvårdspersonal och är rädd. Eller handlar det om att hon är otrygg?

Detta är jättesvåra frågor att besvara på bara ett akutbesök. Jag skulle efter anamnes och undersökning be att få gå ut och prata med en kollega. Jag skulle läsa på lite mer om vad som finns i journalen och om möjligt även höra om BVC-ssk finns på plats.

Om jag får minsta misstanke på att det skulle röra sig om barnmisshandel så skulle jag skicka in barnet till barnkliniken för observation. Att hon kräktes så snart efter olyckan är tecken på att det kan vara en hjärnskakning. Hos oss hamnar commotio-observationerna hos kirurgen men just i detta fallet skulle jag nog ringa till barnkliniken och konsultera hur vi ska göra på bästa sätt. Jag skulle inte bara skicka hem detta barnet då det finns för mycket oklarheter. Också viktigt att tänka på att jag verkligen lyssnar in mamman och tar hennes oro på allvar. Viktigt att skapa bra förtroende, men här är ju barnets bästa absolut i fokus.

Uppgift 8 – Hanna, 57 år, yrsel.

Yrsel kräver en noggrann anamnes och noggrant status: Hur känns yrseln? Kan hon beskriva vad hon upplever utan att använda ordet "yr". Finns rotatorisk komponent, dvs snurrar rummet? Kommer det i korta anfall med relativ besvärfrihet där emellan?

Typiskt för benign lägesyrsel ("kristallsjukan") är intensiv rotatorisk yrsel cirka 30 sekunder efter huvudrörelser. Däremellan en mer diffus yrselkänsla ofta med illamående och kräkningar. I status görs Dix Hallpikes test som i typiska fall ger en uppåtroterande nystagmus. Behandlingen blir i dessa fall i direkt anslutning en Epleys manöver som ofta men inte alltid har god effekt.

Konstant rotatorisk yrsel, dvs inte enbart vid huvudrörelser, kan vara perifer (tex vestibularisneurit) eller central (stroke i hjärnstam eller lillhjärna).

Här får man dock känslan att det inte rör sig om en rotatorisk yrsel (borde kunna ge fynd i neurologstatus). Dessutom finns andra varningstecken framför allt makens uppgift om att hon tappat saker.

Diffdiagnoser här blir

- Hjärntumör (fråga om morgonhuvudvärk, illamående eller kräkning på morgonen). Behöver inte ge så mycket fynd i status. Tappat saker och otydligt tal kan tala för.
- Stroke: kan ge yrsel och svaghet (eller vad det nu är som gjort att hon tappat saker). Hanna verkar inte ha några kända riskfaktorer för stroke (även om vi från texten inte vet eventuell hereditet och lipidnivåer – jag frågar efter detta) men detta utesluter inte.
- MS. Mer långsökt, hon är åt det äldre hållet för att drabbas.
- Hjärtsjukdom (akut koronart syndrom men även bradyarytmi): Kan ge yrsel och kallsvettighet. Fråga efter bröstsmärta, tryck i bröstet, svimningskänsla.
- Stressrelaterade besvär. Kan bli aktuellt att överväga i ett senare skede om samtliga ovanstående alternativ uteslutits. Akut debut och fumlighet talar emot men utesluter inte. Snabbt tal skulle kunna tala för.
- Menières sjukdom: långsökt. Efterhör dock tryckkänsla i öronen vid yrseln, tillfälligt sämre hörsel? Brukar ge akut rotatorisk yrsel med kräkningar och samtidiga besvär med tryck i öronen och nedsatt hörsel. Anfallen sitter i några timmar. Kan inte förklara tendens att tappa saker.

Jag är noggrann vid neurologstatus, även små sidoskillnader kan här vara intressanta. Går det att få fram svaghet (Grasset, grov kraft) eller ataxi (finger-näs) i någon av armarna (minns maken eller pat vilket hand hon höll med när hon tappade?) Jag gör även DixHallpikes test. Blodtryck i både sittande och stående. Jag tar ett EKG. Om detta visar ischēmitecken (ST-sänkningar, ST-höjningar, nytillkommet vänstersidigt skänkelblock, höggradigt AV-block) ambulans till akutmottagning. Annars remitteras patienten till närmsta akutmottagning för vidare utredning avseende CNS och hjärta (men kan lite beroende på omständigheter ev skjutas dit av maken).

Jag ber henne höra av sig när hon kommer hem igen, så vi kan följa upp hennes mående om andra mer akuta sjukdomar uteslutits.