



Specialistexamen i neurologi

LINKÖPING

23-24 maj 2016

Skriv tydligt, klart och koncist!

KODNAMN:

1.

45 årig kvinna med bipolär affektiv sjukdom sedan 20-års ålder. Hereditet finns för "skakningar i händerna" hos far. Hon har behandling med Litium sedan 10 år med god effekt. Hon har varit fullt yrkesverksam fram till för ett år sedan då hon drabbats av en utmattningsdepression för vilket hon varit heltidssjukskriven senaste året. Senaste halvåret har hon noterat att hon är känslig för ljus. Framför allt höger ögonlock vill sluta sig men troligen också på vänster sida och möjligen har hon också haft några ryckningar på högersidan av kinden. Ögonlocken vill sluta sig då hon går ut oavsett om det är sol eller inte. Samtidigt har hon märkt att ögonen också vill sluta sig då hon släckt lampan på kvällen för att sova. Hon uttrycker själv att hon tror att det hänger ihop med hennes utmattningsdepression. I status ses inget avvikande neurologiskt.

Ange mest sannolik diagnos? Motivera!

Hur kan man föra diagnostiken vidare med klinisk undersökning eller ytterligare anamnestisk uppgift?

Är radiologisk undersökning indicerad? Motivera!

Vilken behandling är den mest adekvata?

2.

24-årig kvinna utan hereditet för epilepsi. Vid 7 års ålder ramlat av en pulka och slagit i huvudet. Avsvimmad kort, därefter minnesförlust under en timme men sedan återställd. Följt normal skolgång och gått 3-årigt ekonomiskt gymnasium. Inga inlärningssvårigheter under skoltiden. Jobbar nu på ett försäkringsbolag med administrativa uppgifter.

För 6 år sedan insjuknat i första epileptiska anfall, till att börja med glest men senaste tiden haft 2-3 anfall per månad. Har behandlats med lamotrigin 200 mgx2, senaste s-koncentration 33. Använder också p-piller Neovletta(levonorgestrel och östrogen). Hon beskriver att anfällen är stereotypa och varar mindre än 1 minut. Först får hon en uppåtstigande känsla från magen mot huvudet. Måste då stanna upp och koncentrera sig. Har ibland fått anfall när hon pratar i telefon och kan då höra allt som sägs, men svarar enstavigt och mumlande. Anhöriga har sagt att hon ser blek ut, men hon är vaken. Beskriver inga automatismer. Förnekar att hon får minneslucka, men däremot brukar hon få huvudvärk. Tycker också att minnet nog blivit sämre senaste året.

EEG med sömndeprivation 2015: I samband med dåsighet och insomnande ses ett solitärt bilateralt synkront spik och våg komplex av suspekt epileptiform karaktär.

Neurologiskt rutin status bedöms normalt

MR huvud 2011 bedömdes som normal

Hur klassificerar du anfällen (enligt ILAEs föreslagna klassifikation 2010)?

Vilka två huvudsakliga typer av interaktionsproblem föreligger vid användning av peroral hormonell antikonception och epilepsiläkemedel. Ge också exempel på läkemedel för respektive grupp.

Vilka åtgärder bör man vidta om patienten berättar att hon är gravid?

Vid behandling med antiepileptika är det vanligt med biverkningar som t.ex. trötthet och försämrad kognition. Ge andra exempel på en annan idiosynkratisk respektive en dosberoende biverkan för a) lamotrigin samt b) valproat.

3.

Vid diagnostik av muskelsjukdomar kan kliniska uppgifter vara till hjälp. Koppla samman sjukdom med typiska karakteristika – obs att en sjukdom kan få flera karakteristika men ett karaktäristikum kan bara kopplas till en sjukdom.

Duchenne/Becker	Dermato-polymyosit	Inklusionskroppsmyosit

Förlust av dystrofin
Drabbar övervägande flexormuskler i underarmen
X-bundet ärftlig
Drabbar bara pojkar
Mycket högt CK
Koppling till cancer
Drabbar övervägande män
Vadhypertrofi

4.

Anders är 66 år och har haft en svårreglerad diabetes sedan lång tid. Han söker nu distriktsläkaren som remitterar patienten till dig som neurolog på grund av problem från fötter och anklar. Han har fått allt mer svårt att gå sedan ett par år tillbaka och tycker fötterna känns domnade. Han snubblar hela tiden.

Vilken diagnos överväger du i första hand och vilka statusfynd förväntar du dig?

Du finner fynd som stämmer väl med de förväntade. Vilken laboratorieundersökning väljer du för att bekräfta diagnosen? och vad förväntar du dig att den ska visa?

Du funderar på att göra en likvorundersökning, men är tveksam till nyttan. Resonera utifrån ev fynd (celler, protein, isoelektrisk fokusering) i likvor hos patient med liknande bild som patienten.

5.

Johan, 47 år, kommer på remiss från vårdcentralen till neurologmottagningen pga av tilltagande muskelsvaghet och ansträngningsdyspné som tilltagit sista året. Han har alltid varit "klumpig" och talat otydligt men inget som besvärat honom utan det har ibland varit andra som påpekat. För 10 år sedan hade han "problem med hjärtat" som efter utredning mynnade ut i att han fick inlagt en pacemaker. I övrigt anser han sig frisk. Tar inga mediciner.

Som ST-läkare på neurologen träffar du Johan på ett mottagningsbesök. Vid testning av muskelkraft finner du att Johan är något svag vid fingerspretning, handknytning och har svårt att stå på hääl. Lätt atrofi av interosseér i händerna och m. digitorum på fotryggarna och tunn muskulatur i nacken. Proximal kraft i lår och axlar och framför allt nackmuskler är nedsatt. Reflexerna är generellt något svaga. Sensorisk undersökning utfaller normalt. Babinskis tecken negativt bilateralt. Du misstänker att Johan har någon neuromuskulär sjukdom men vet inte vilken. Du tycker patienten har ett "speciellt utseende" och skickar en bild av honom till neurologbakjouren.



Vad i anamnes kompletterar du med tanke på Johans klumpighet och otydliga tal redan som barn?

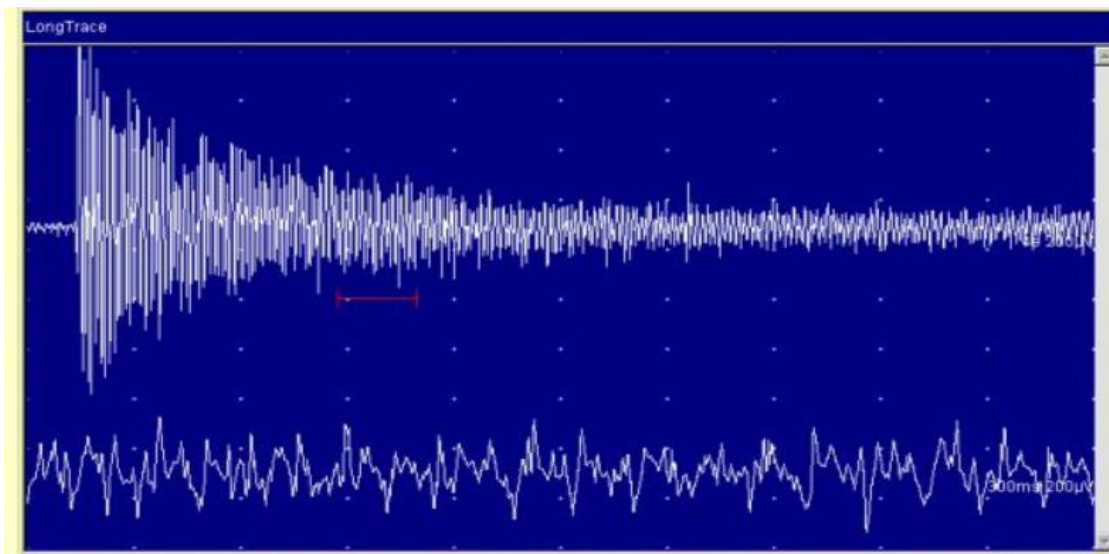
Vilka två detaljer (neurologiskt) lägger du speciellt märke till i bilden av patienten?

Forts...

Vilken sjukdom misstänker du (motivera)?

Du beslutar dig för att skicka patienten på en neurofysiologisk undersökning med neurografi, repetitiv nervstimulering och EMG för att bedöma perifer nervfunktion och muskelengagemang

Vid EMG undersökningen fann man en bild (nedan). Beskriv vad undersökningen visar



6.

Tidigare såvitt man vet frisk 49-årig kvinna. Kom till Sverige från Iran tillsammans med make för 21 år sedan. Har nu en dotter som är 17 år gammal. Patienten blev påkörd bakifrån för 5 år sedan – ej medvetslös. Tidsmässigt därefter betydande problem med mental uttrötthet, nedsatt koncentrationsförmåga och minnesproblem, vilka tolkades som postkontusionellt syndrom.

För en månad sedan hade kvinnan ett krampanfall som observerades av maken. Hon blev medvetslös och hade ryckningar i armar och ben, mer uttalade på vänster sida. Anfallet varade någon minut. Eftersom det var sent på kvällen och kvinnan kvickande till ganska snabbt efteråt, sökte de inte förrän dagen efter. Då hon undersöktes på vårdcentralen fann man inget speciellt anmärkningsvärt fränsett att hon var långsam och hade lite svårt med minnet – hade kom-ihåg-papper med sig. Vid kontroll två månader senare undersökte en nitisk AT-läkare kvinnan och man tyckte att hon hade lite svårare vid fingerspel med vänster hand – kvinnan är högerhänt – och möjligen var hon svagare i vänster hand vid handkramning. I övrigt mådde kvinnan oförändrat. Hon hade kvar sina koncentrationsproblem och hon var trött precis som tidigare sedan olyckan. Den noggranna AT-läkaren på vårdcentralen skickar remiss till dig på neurologmottagningen.

Du finner en synnerligen vänlig och artig kvinna. Hon verkar mycket långsam både motoriskt och mentalt. Arbetar på förskola. Arbetet fungerar inte speciellt bra på grund av allt stöj och skrik på förskolan. Patienten orkar inte med det. Hon skulle hellre vilja vara hemspråkslärare i Persiska, men det är svårt att få ett sådant arbete. Hon har en lärarutbildning i Iran. Hon mår för övrigt bra. Inga nya anfall. I status konfirmerar du nedsatt finmotorik vä hand och även nedsatt kraft vid handkramning.

Ange diagnostiska överväganden.

Vad gör du?

Hur följer du upp patienten?

7.

42-årig kvinna, arbetar som kassör på stormarknad, kommer till neurologmottagningen med frågeställningen narkolepsi. Patienten berättar att hon de senaste åren blivit allt tröttare på dagarna och fått svårare och svårare att hålla sig vaken. Det har blivit problematiskt i arbetet och patienten har tvingats gå ner till 50% arbete, vilket innebär att hon det senaste halvåret arbetat på förmiddagarna. Anger att hon sover bra på nätterna. Innan hon gick ner till halvtidsarbete var hon omplacerad i lagret. Somnade då lätt helt kort vid flera tillfällen under dagen. Situationen är inte hållbar och kvinnan undrar vad det är för fel på henne. Vikt 93 kg.

Vilka typiska fenomen för narkolepsi förutom lätt för att somna bör efterfrågas?

Om misstankar om narkolepsi finns, hur går du vidare utredningsmässigt för att stärka diagnosen?

Om du får stöd för diagnosen narkolepsi, berätta om behandlingsalternativ.

Om patienten inte uppfyller diagnoskriterierna för narkolepsi och om undersökningarna inte heller ger stöd för diagnosen, vad misstänker du då att patienten lider av?

8.

61-årig lärare kommer på remiss från vårdcentralen. Han upplever sig förändrad så till vida att han inte orkar med arbetet. Har svårt att ange hur länge men senaste halvåret fungerar det inte som tidigare - svårt att engagera sig, tycker minnet har blivit sämre och speciellt upplever han sig ständigt trött. Det som bekymrar honom speciellt är att han tycker sig märka att han inte kommer ihåg namnen på sina elever som han gjorde tidigare. Vid ett par tillfällen har det uppstått pinsamma situationer, och han märker att eleverna observerar att något inte står rätt till. Rutinprover inkl B12 och folsyra på vårdcentralen är inom normalgränserna.

Patienten säger sig ha socialt ordnade förhållanden, röker inte och förnekar alkohol annat än ett par glas vin till helgen. Han har diabetes sedan 8 år och levaxinsubstituerad hypothyreos, där laboratorievärdena har varit helt ua sedan behandlingen inleddes för 5 år sedan.

I status finner du en man som ger ett relevant, bekymrat intryck. Neurologstatus visar inget anmärkningsvärt.

Vilken diagnos anser du mest sannolik och varför?

Nämna några differentialdiagnoser, minst 3.

Utredning?

9.

En 59-årig man inkommer till akutmottagningen en söndagskväll. Han är rökare och har paroxysmalt förmaksflimmer och Trombylbehandling för detta. Enligt hustrun har han mått bra senaste tiden. Men idag på eftermiddagen börjar han plötsligt klaga på att han ser färgglada trianglar för ögonen vart han än tittar. Han klarar inte att ringa ett samtal med mobilen. Kort därefter blir han först frånvarande, svarar ej på tilltal, och får sedan medvetandeförlust och ryckningar i armar och ben. Han har ytterligare ett krampanfall i ambulansen. På akutmottagningen är han initialt slö men kan svara på frågor. Han är ej helt orienterad och medverkar inte så bra vid undersökning. Han har nedsatt uppmärksamhet åt höger och lätt svaghet hö arm. Temp 38.1. DT hjärna utan kontrast är u.a. och vid lumbalpunktion visar likvor ingen cellstegring, protein u.a. CRP 35. Inläggs för observation på strokeavdelning av medicinjour. På måndagen rondar du avdelningen och finner en uppegående man och en orolig hustru som hävdar att han inte är sig lik. MRT samma dag visar utbredda signalförändringar i mediala delar av temporalloben samt frontalt i vänster hemisfär. Akut EEG visar fokal abnormitet med inslag av epileptiform aktivitet temporalt på vänster sida. Mannen försämras dagen därpå med högre feber, nya krampanfall, synhallucinos och uttalad motorisk oro och ångest. Vårdas IVA. Ny LP visar mono 32, poly 15, protein u.a.

Ange differentialdiagnostiska överväganden?

Vilken utredning föreslår du?

Vilken/vilka behandlingar rekommenderar du?

10. En 42-årig kvinna, som kommit till Sverige från sitt hemland Somalia för 2 månader sen, har blivit inlagd på neurologavdelning via akuten. Du får hjälp med anamnesen från en släkting till patienten och en telefontolk. Patienten är enligt uppgift tidigare frisk, förutom någon form av bukoperation. Hon har varit trött en tid och minskat i vikt. Nu har hon smärtor i ryggen och tilltagande svårigheter att gå, debut lite oklar. Miktionen fungerar troligtvis bra.

I status noterar du inga patologiska fynd avseende kranialnerverna. Motorik och känsel i armarna är u.a. Det finns en svaghet i vänster ben där reflexerna också är livligare än i hö ben. Babinskis tecken är svårbedömt p.g.a. avvärjning. Känsel för smärta och temperatur är nedsatt i höger ben, medan beröring och vibration känns bättre i höger ben än i vänster. Det finns en nivå för nedsatt känsel för stick på höger sida av buken i nivå med arcus. Magnetkameraundersökning av ryggraden genomförs samma dag och visar destruktions i ett par kotor samt ett par små och en lite större förändring med utseende förenligt med abscesser extraduralt i spinalkanalen.

Vilket egennamn har den kliniska bild som patienten uppvisar och vilken är den anatomiska bakgrunden?

Vilken lokalisation inklusive sida har rimligen förändringen som orsakar denna bild?

Med tanke på patientens bakgrund – vilket agens misstänker du i första hand?

11. Ögonmotorikrubbningar kan vara en viktig pusselbit vid den kliniska diagnostiken av flera olika neurologiska sjukdomar. Beskriv typiska fynd vid undersökning av ögonens motorik vid följande tillstånd:

Myastenia gravis

Progressiv supranukleär pares

Wernickes encephalopati

Amyotrofisk lateralskleros

12. En 67-årig kvinna med typ 2 diabetes, övervikt och hypertoni som nyligen slutat röka inkommer till akutmottagningen i ambulans. Hon har idag relativt hastigt insjuknat med kraftig yrsel. Som jourhavande neurolog undersöker du henne där hon ligger helt stilla på sidan på en brits, blek om nosen med en påse intill sig att kräkas i. Du finner en vaken och helt orienterad patient med diskret spontan nystagmus som är vänstersläende, synlig vid blick rakt fram och ökar vid blick åt vänster. Övriga undersökta kranialnerver är u.a., det föreligger inga pareser, reflexerna är u.a. och du ser ingen dystaxi vid finger-näs eller häl-knä. Du går nu vidare med ett vestibulärt impulstest och täcktest (cover test).

Hur utför man ett vestibulärt impulstest?

Hur utför man ett cover test?

Hur påverkar resultatet av vestibulärt impulstest och cover test din diagnostik och fortsatta utredning/handläggning?

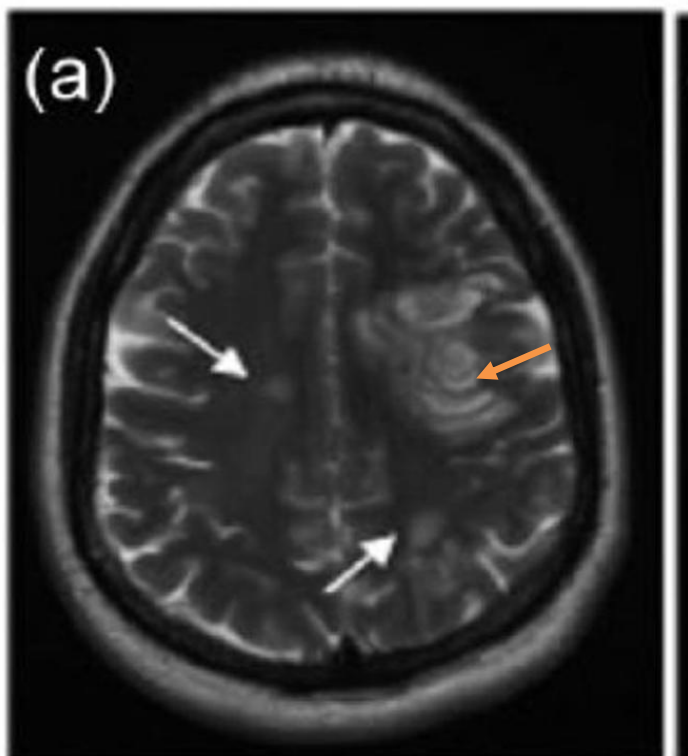
Nystagmus kan graderas som 1, 2 el 3. Vilken grad har denna patient?

Vid vestibularisneurit: om nystagmus slår med snabba fasen åt vänster – vilken sidas nerv är då drabbad?

13.

Differentialdiagnostik vid multipel skleros (MS) kan erbjuda utmaningar för neurologspecialisten. Ange om följande påståenden är sanna (S) eller falska (F).

Balos koncentrisk skleros (bild a) är en välavgränsad sjukdomsentitet med monofasiskt förlopp	
Meningeal kontrastuppladdning på MR hjärna talar mer för SLE än neurosarkoidos	
Paraneoplastiska neurologiska syndrom kan uteslutas vid påvisande av oligoklonala band i likvor	
Oculomotorius pares är vanligare än abducens pares vid MS	
Adrenoleukodystrofi kan ge progressiv parapares (som liknar MS) men diagnos ställs med hjälp av arylsulfatas-bestämning.	
MR-fynd brukar synas i övre delen av hjärnstammen vid Behcets sjukdom som företrädesvis upptäcks hos invandrare (t ex från Turkiet) och kan debutera i samma åldersgrupp som MS	



14.

En 63-årig man med mångårig överkonsumtion av alkohol kommer in akut efter att ha blivit funnen medvetandesänkt i hemmet. Enligt närstående inget aktivt missbruk, hade arbetat heltid fram till två dagar innan han hittades. Vid inkomsten är patienten cirkulatoriskt stabil, normal andningsfrekvens. Man noterar att det fanns multipla blåmärken över kroppen inklusive i ansiktet och ett större hematom på skalpen. Han responderar inte alls på smärtstimuli, och ger ingen verbal respons. Pupillerna är små men reagerar till synes ua på ljus. Vid doll's eye test ser man bara en antydd vestibulookulär reflex men reaktionen bedöms patologisk. Akut DT hjärna visar inga ischemier men två små kortikala blödningar. DT angio bedöms ua, ingen spasm. Akut lab och tox prover väs ua. Pat får Thiamin i Wernickedoser. Pat förs till IVA pga att han inte kan försvara sina luftvägar och intuberas. Vårdas ca en vecka på IVA varefter han kan flyttas till vårdavdelning. Ca 3 veckor efter inkomst ger han fortfarande dålig kontakt, kommunicerar inte verbalt och följer inte verbala uppmaningar men besvarar t ex handtryck med latens. Har tonus i samtliga extr och inga uppenbara pareser. Ny DT visar inget nytillkommet, partiell resorption av små kortikala hematom.

Vad är den mest sannolika förklaringen till patientens tillstånd?

Vilken är den bästa undersökningen för att diagnosticera detta, var specifik?

Vad finner man sannolikt på denna undersökning?

Finns det laboratorieprover som kan bidra till diagnostiken?

Hur är prognosen vid detta tillstånd?

15.

En 28-årig kvinna som för en dryg vecka sedan förlöst med sectio pga tilltagande symtom på graviditetstoxicosis (svårbehandlad hypertoni, proteinuri) kommer in till akuten pga plötsligt insjuknande med svår huvudvärk som lokaliserats framför allt till bakhuvudet. Insjuknandet beskrivs som snabbt stegrande till maximum inom en minut men inte åsknallsinsjuknande. Insjuknandet skedde för mindre än 1 timme sedan, man ringde direkt till ambulans när det skedde. Pat är helt klar och vaken, RLS 1, men smärtpåverkad, vill ligga i mörkt rum, illamående men har inte kräkts. Blodtrycket är 200/110, puls 100. Blodstatus, CRP, B-glukos och elstatus ua. Nervstatus uppvisar inga fokalneurologiska bortfall, hjärnstamsfunktioner utan avvikelser.

Det finns ett flertal differentialdiagnoser vid detta tillstånd där en del av dem kräver snabb utredning och handläggning. Beskriv 3 av de möjliga diagnoser som skulle kunna förklara den kliniska bilden samt hur du i var och en av dessa fall går vidare i den akuta handläggningen för att bekräfta eller avfärda de olika diagnoserna.

16.

I Sverige används två huvudsakliga skalor för att gradera medvetslöshet i akutsituationen. Beskriv var och en av dessa och ange vid vilken poänggräns som man brukar betrakta övergång till coma.

17.

Hamburgare och MS har McDonald gemensamt. Men vilka diagnostiska kriterier gäller för idiopatisk normaltryckshydrocefalus? Redogör för de kriterier som gäller "probable" INPH avseende:

-Sjukhistoria och nervstatus

-fynd på MR hjärna

-intrakraniellt tryck

18.

19 årig kvinna söker akut för huvudvärk. Hon studerar och bor med mor och yngre syster. Fadern har haft stroke vid 63 års ålder. Föräldrarna är frånskilda. Ingen känd migrän i släkten. Själv har patienten depressiva besvär och behandlar sedan något halvår med SSRI. I övrigt är hon frisk. Röker ej.

Sedan ca 1 mån huvudvärk som har börjat smygande, är global och molande. VAS 6. Känner sig också lite stel i nacken. Huvudvärken och även nackvärken kommer i episoder ca 1-3 gånger per dygn och pågår i några timmar. Ofta kan hon fungera i samband med attackerna men har ibland behövt vila. Hon söker nu akut då besvären blivit kontinuerliga sedan 1 v. Har kräcks några gånger men inte de senaste 3 dyggen. Ljuskänslig och tycker det är svårt att fokusera blicken speciellt när hon ändrar position då hon tycker att hon kortvarigt helt tappar synen. Det susar i huvudet.

Status: AT: opåverkad men orolig. Rundnätt, i övrigt åldersadekvat kropps-konstitution. Temp: 36.7°C. Ej nackstel. c/p:ua. Blodtryck: 135/80 mmHg. Neurol: Pupiller likstora och reagerar ua på ljus och konvergens. Normala ögonrörelser utan nystagmus. Synfält enl Donder ua. Går obehindrat, tå-hälgång ua. F/N och K/H ua. DDK och fingerspel sidlika och ua. Romberg: helt stabil, ingen falltendens. Normal ansiktsmotorik och sensibilitet. Ingen tungdeviation. Armar uppåt sträck helt symetriskt och ua. God grov kraft i armar och ben. Reflexer sidlika och ua. Normal sensibilitet för beröring distalt i extremiteterna. Babinskis tecken saknas bilat. Nacke: Palpöm över nackrosetten och ut mot trapezius bilat spec hö. Ingen rörelseinskränkning i halskotpelaren.

Du beslutar att beställa en CThjärna som visar slitsformade sidoventriklar och normalt i övrigt. Blodprover: normalt blod- och elektrolytstatus liksom infektionsprover.

Vad kan orsaka denna patients huvudvärk? Ange 2 rimliga differentialdiagnoser.

Redogör för din fortsatta utredning.

Vilken behandling erbjuder du din patient?

19.

HV: På mottagningen träffar du en 26årig man som fått en akuttid till dig pga 14 dagar med intensiva huvudvärksattacker, ca 4-5 gånger per dygn. Smärtan är fruktansvärd enligt patienten. Han har aldrig haft något liknande tidigare i livet. Huvudvärken pågår under ca 1 tim men vissa attacker kan pågå längre ibland i flera timmar i sträck. Huvudvärken kommer ofta under förmiddagarna men kan också väcka honom på natten. Den är alltid lokaliserad till höger i huvudet i ögat, tinningen, pannan och kan stråla ner i överkäkstånderna. När attackerna pågår måste han gå upp och trycker/masserar mot ögat och tinningen. Han kan absolut inte ligga ner. När smärtan är som intensivast blir ögat rött och tåras. Han är hjärt-kärlfrisk. Hans mor och systrar har migrän men ingen i släkten har något likande dessa attacker. När han kommer till dig är han symtomfri men hade en attack ca 2 tim innan besöket. Du finner en normal neurologisk statusundersökning. Hjärta och blodtryck normalt. Du misstänker att det rör sig om Hortons huvudvärk.

Hur säkerställer du Hortondiagnosen och vilka differentialdiagnoser överväger du?

Hur lägger du upp attackbehandlingen?

När överväger du profylaktisk behandling och vad rekommenderar du?

20.

En 33-årig kvinna har senaste veckan besvärats av huvudvärk och i dag varit hemma från sitt arbete som frisör. Nu på kvällen insjuknat i hemmet framför sin make med ryckningar i höger arm och ben under några sekunder följt av generaliserade kramper under 3-5 minuter med medvetandeförlust. Maken tillkallade ambulans och patienten inkommer nu cirka 45 minuter efter insjuknandet. Vid undersökning noteras att patienten ter sig trött och lätt desorienterad. Lätt talstörning som tolkas som dysfasi. Högersidig hemipares, svårt att rikta blicken åt höger. Reagerar sämre för hotrörelser från höger. Svagare muskelsträckreflexer höger. Babinski odeciderad höger. Central facialispares höger. Misstänkt oskarpa papiller vid ögonbottenspegling. Sammanlagt cirka 12 poäng på NIHSS-skalan. Du funderar på akut rekanaliserande behandling.

Nämn vilka fakta i anamnes och status som i viss mån talar mot att överväga akut rekanaliserande behandling som lämpligaste åtgärd.

Förutom herpesencefalit (som varken denna eller följande delfrågor handlar om), vilka två övriga viktiga principiella differentialdiagnoser där akut rekanaliserande behandling (med trombolys/trombektomi) inte är lämpligaste behandling bör misstänkas?

Du gör akut DT hjärna. Svaret är att det finns en yttlig 2x2x3 cm stor lågattenuerande förändring kortikalt vänster. Förändringen ter sig inte särskilt expansiv. Undersökningen utförd endast utan kontrast. Vilken undersökning bör nu akut utföras för att komma närmare diagnosen. Om du vill göra MR akut så säger rtg att det kommer att ta minst 4 timmar innan man kan göra detta nu i kväll.

Den undersökning som du beställt enligt delfråga c bekräftar en av de två diagnoser som efterfrågat i delfråga b. Vilken behandling bör sättas redan nu i kväll?

Ange några riskfaktorer för den diagnos som nu bekräftats och diskutera även genusaspekter.

21.

En 70-årig man har i dag behandlats med EVAR (endovascular aortic repair) för ett akut rupturerat bukaortaaneurysm. Åtgärden gjordes igår i generell anestesi och man fick kontroll över rupturen. Emellertid noterades ett blodtryck på som lägst 100/50 före ingreppet. När patienten idag vaknat upp noteras att patienten har svårt att stå på benen och du tillkallas som neurologkonsult för att bedöma detta. Du misstänker skada på den lumbala ryggmärgen.

Vad kallas med ett egenamn den större artär som försörjer den lumbala delen av ryggmärgen?

Beskriv den arteriella kärlförsörjningen av ryggmärgen även hur försörjning sker till thorakal och cervikal ryggmärg. Tänk även på att ge en beskrivning som anknyter till delfråga a och den aktuella patientens förväntade symptombild.

Vilka fynd i neurologisk undersökning förväntar du dig om skadan sitter i lumbala ryggmärgen och är orsakad av påverkan på den artär som efterfrågas i delfråga a?

Lämplig behandling?

En av läkarna på avdelningen frågar om man skall göra akut MR.
Resonera kring vad du bör ge för svar.

22.

Tidigare väsentligen frisk 52-årig man, vars far var "skakig" under senare delen av sitt liv, söker då han upplever att han är fumlig i höger hand och att höger ben släpar vid gång sedan några månader. Han har sedan flera år upplevt viss skakighet i händerna.

Vilka anamnestiska uppgifter bör du komplettera med?

Vad är vid viktigt vid klinisk undersökning?

Vilka undersökningar bör du låta honom genomgå?

Du misstänker Parkinsons sjukdom. Förutom de motoriska symptomen finns många icke-motoriska symptom. Nämn några av de viktigaste.

När kan det vara aktuellt med avancerad behandling? Vilka alternativ finns och vilken metod har bäst vetenskaplig evidens? Vad är sannolikt lämpligt i detta fall? Vad bör man tänka på?