



Specialistexamen i neurologi

LUND

26-27 april 2007

Skriv tydligt, klart och koncist!

NAMN:

1. Om ögonmotorik och neurooftalmologi:

a. Vid undersökning av en 25-årig kvinna med migrän utan aura konstaterar Du en horisontell pendelrörelse med båda ögonen som Du inte kan koppla till några subjektiva obehag. Neurologstatus för övrigt ua.

Sannolik diagnos?

b. I samband med Din segelsemester blir Du konsulterad angående en för övrigt frisk 22-årig man med kontaktlinser som samma dag konstaterat att hans högra pupill är kraftigt vidgad. Han uppger att han brukar bli sjösjuk när han seglar men känner sig inte illamående. Ingen huvudvärk och inga andra neurologiska symtom. Vid undersökning konstaterar Du en fullständigt normal ögonmotorik. Ingen ptos. Höger pupill är dock maximalvid och ljusstel.

Sannolik orsak till symtomet? Nästa steg ?

c. En 68-årig kvinna med hypertoni och flerårig typ II diabetes har plötsligt fått en högersidig ögonmotorikstörning utan andra neurologiska symtom Status: Total högersidig ptos. Ögat står abducerat och något nedåtriktat. Lätt polyneuropati i benen men f.ö. normalt neurologiskt status. Blodtryck 150/80 .

Vad kan man förvänta sig beträffande pupillstorlek och ljusreaktion?
Motivera.

Prognos?

2. Du får en remiss från öronjournen på en 32-årig man med misstänkt vestibularisneurit. Han är tidigare frisk och har insjuknat akut. Patienten ligger på sidan med en rondsål i handen och blundar. Har kräkts. Ingen huvudvärk. Klar och redig. Tydlig horisontell nystagmus. Kan sitta en mycket kort stund på undersökningsbritten. Neurologstatus för övrigt ua. Öronläkarens frågeställning är "Central orsak till yrsel"?

Vad skriver Du i Ditt remissvar? Motivera!

3. 35-årig för övrigt frisk man som inom loppet av några timmar utvecklat en mycket uttalad smärta i vänster skulderparti med viss utstrålning ner i överarmen. Erhållit supp Ketogan innan Du träffar patienten, men fortfarande kraftigt smärtpåverkad då du träffar honom. Anger smärtintensitet 7 på VAS-skalan. Muskelkraften är svår att undersöka p g a värken, men det enda fyndet säkra positiva fyndet Du gör är en lätt försvagning av vänster bicepsreflex.

a. Sannolik diagnos? Ange tänkbara/realistiska differentialdiagnoser:

b. Kompletterande utredning?

c. Prognos ?

4. Hortons huvudvärk och kronisk paroxysmal hemikrani har ur klinisk synpunkt vissa likheter men det finns vissa skillnader.

Ange kliniska karaktäristika (symtom, behandling, svar på terapi, prognos) för dessa tillstånd.

5. 40 årig man utan migränhereditet som sedan 17 års ålder haft 2 – 10 attacker per år med likartade icke sidoväxlande attacker. Remitteras med frågeställning migrän med aura. Beskrivning av attackerna: Till en början uppträder ett flimmer till vänster i synfältet varefter stickningar och domningar tillstöter i hela vänster sida. Efter några minuter kommer en högersidig huvudvärk som sitter i några timmar. De sensoriska symtomen kvarstår 1 – 2 tim efter det att huvudvärken avklingat. Övergående illamående.

a. Synpunkter på inremitterandes diagnos? Sannolik diagnos?

b. Ytterligare åtgärder?

7. En 22-årig man, troligen tidigare frisk, inkommer till akutmottagningen efter att plötsligt för 50 minuter sedan ha insjuknat med svaghet i höger sida. Det framkommer att han insjuknandet inträffat i samband med att han var på judo-träning. När han höll på med en intensiv träningsmatch föll han ihop med ovanstående svaghet.

I status finner du: Puls 65, BT 160/85. Expressiv och impressiv dysfasi av måttlig grad. Lätt nedhängande ögonlock vänster. Hemianopsi åt höger. Svårt att rikta blicken åt höger. Höger pupill något större än vänster. Central facialispares hö av lätt grad. Känselnedsättning i höger sida av ansiktet. Måttlig-uttalad svaghet i höger sidas extremiteter. Känselnedsättning i höger sida. Extremitets-reflexer svagare hö än vä sida. Babinskis tecken ses höger, saknas vänster.

B-glc på reflektometer=7,5 mmol/L. Temp 37,4. Normal syrgassaturation.

DT skulle utföras akut och visar normala förhållanden.

a. Vilken orsak till patientens akuta neurologiska tillstånd skall man i första hand misstänka? (ange även vilken bakomliggande orsak som skall misstänkas i första hand)

b. Vilken behandling bör man här överväga i första hand?

c. Trots handläggningen enligt ovan fortsätter patientens symtom att vara ungefär oförändrade. Han övervakas på en övervakningsplats och cirka 24 timmar efter insjuknandet noteras att patienten blivit trött och slö. Cirka 30 timmar efter insjuknandet har han blivit ännu tröttare och svårkontaktbar. Vid undersökning noteras nu: RLS 3, vänster pupill nu snarare större än höger och med trög ljusreaktion. Svårt att abducera vänster öga. I övrigt status-fynd som vid inkomsten, men nu kan patienten knappt medverka längre vid undersökningen.

Det finns två viktiga tänkbara förklaringar till vad som nu håller på att hända? Vilka är dessa och vad kallas tillstånden?

d. Åtgärder och behandling i detta läge? Diskutera!

- e. Om patienten i stället hade varit 85 år gammal (och i så fall kanske inte sysslat med judoträning, men i övrigt haft motsvarande kliniska bild) – hur skulle du i så fall ha svarat på delfråga b ovan (behandling att överväga i akutsituationen i första hand)? Motivera.
- f. Om patienten varit 85 år gammal, hur skulle du i så fall ha svarat i delfråga d (åtgärder och behandling vid försämringen cirka 30 timmar efter insjuknandet)? Motivera.

8. En 65-årig kvinna med känd tablettbehandlad diabetes mellitus och hypertoni. Opererad för gallsten för 20 år sedan.

Har i natt blivit inlagd på intagningsavdelningen på sjukhuset pga medvetslöshet. Du kallas nu på förmiddagen som neurologkonsult till intagningsavdelningen eftersom man önskar en neurologisk bedömning av patienten.

Det framkommer att patienten redan för 1-2 dagar sedan klagat på yrsel och trötthet. Sökte i förrgår vårdcentralen och man konstaterade att B-glukos var 8,0, patienten fick gå hem med rådet att försöka sköta diabeteskosten bättre. Insjuknade sedan i går eftermiddag vid 14-tiden med svårigheter att röra armar och ben. Gick därför och lade sig för att sova men när maken tittade till henne kl 18 fick han inte kontakt med henne varför ambulans tillkallades. Patienten inkom till akutmottagningen kl 19 där man kontrollerade sedvanliga blodprover, temp, ekg, syrgassaturation utan att finna någon förklaring. En DT skulle gjordes kl 21 och visade mindre/antytt nedsatt attenuering djupt i den vita substansen supratentoriellt bilateralt, men inga andra speciella fynd. Blev sedan inlagd på intagningsavdelningen kl 01 i dag.

När du undersöker patienten kl 9 finner du: Puls 80, blodtryck 200/100. Andas själv, har svalgtub. Kan ej kommunicera med tal, men kan adekvat följa uppmaningar genom att öppna och sluta ögonen på kommando. Kan rikta blicken åt höger och vänster på uppmaning. Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Ingen säker facialismotorik. Tetrapares av uttalad grad. Tycks reagera på stick på såväl handryggar som fotryggar. Reflexer svaga i armar och quadriceps. Vadreflexer saknas. Babinskis tecken saknas bilateralt.

9. En 30-årig kvinna söker pga. långsamt tilltagande muskelsvaghet i extremiteterna, fr.a. distalt, "sedan flera år". Hon tappar lätt föremål vilket blivit ett ökande problem i arbetet. Dessutom snubblar hon ofta och tycker att tårna gärna tar i ojämnheter i marken. Sedan några år, speciellt på vintern, märker hon stelhet i händerna. Pat. tycker också att hon börjat känna sig onormalt trött på dagarna. Hon har märkt lätta svårigheter att svälja kött eller hårt bröd och har ibland haft buksmärtor.

I status noteras i händerna måttlig atrofi med svaghet och i fötterna tendens till droppfot bilat med "klafsande" gång. Hon talar hela tiden litet sluddrigt, men talet förvärras inte under konsultationens gång. Ögonlocken hänger ned mot övre pupillranden. Liggande på rygg har patienten svårt att mot motstånd lyfta på huvudet eller vrida det. Känsl är normal, liksom sträckreflexer. Babinskis tecken saknas bilateralt.

Hon är adopterad från Finland i unga år och känner inte till om det finns någon neurologisk sjukdom i släkten. En broder är frisk.

Du misstänker att kvinnan kan ha dystrofia myotonica.

- a) Vilken typ av ärftlighet föreligger vid denna sjukdom?

- b) Vilken kromosomförändring föreligger vid sjukdomen?

- c) Vilket är lämpligaste (och säkraste) sättet att komma vidare i diagnostiken?

- d) Vilken variabel kan vara till hjälp för att förutsäga sjukdomens prognos i det enskilda fallet?

- e) Du avser att testa förekomst av myotoni vid den neurologiska undersökningen. Ange två sätt hur Du kan gå tillväga!

10. 74 årig kvinna, gift, tidigare språklärarinna, tidigare väsentligen frisk. Sökt distriktläkare på uppmaning från maken pga dagtrötthet och svårigheter att klara vardagliga rutiner i hemmet med långsam försämring sedan 1 år. Distriktsläkaren har noterat ett blodtryck i liggande på 160/85 och i stående 105/75 efter 2 minuter men patienten noterar inga symtom.

Vid undersökningen noterar du en generell hypokinesi, tremor i hö hand intermittent, av såväl vilo- som kinetisk typ. En måttlig, men klar rigiditet finns i hö armbågsled. I övrigt är det somatiskt och neurologiskt status normalt.

Kompletterande anamnes ger för handen att patienten sedan 6 månader har slutat helt att läsa fransk litteratur som varit hennes ämne i undervisningen och stora nöje. Det förekommer perioder om flera dagar då patienten har svårt att hålla reda på tid och har påtagligt svårt att hitta i lägenheten exempelvis under natten, medan andra tillfällen är patienten mycket organiserad och påminner maken om tider och avtalade möten. Natlig oro har förekommit med kraftiga skrik vid ett par tillfällen.

A: Vilken diagnos misstänker Du i första hand?

B: Ange 3 kompletterande undersökningar som kan ge diagnostisk vägledning!

C. Den ortostatiska hypotensionen lir efterhand symtomgivande och ett betydande besvär för patienten. Ange 2 läkemedel som kan vara av värde vid ortostatisk hypotension!

11. Vilken typ av tumör är mest sannolik vid nedanstående MR utlåtanden:

- a) Efter kontrastinjektion ser man en oregelbunden ringformad uppladdning omgivet av ett utbrett ödem. Centralt finns ett nekrotiskt område.
- b) Man ser en förändring med diffus utbredning och utan uppladdning efter kontrasttillförsel. Inget ödem. Infarkt?
- c) Man ser rundade solida förändringar i höger parietallob, vänster temporallob och centralt i lillhjärnan. Den temporal förändringen är störst och mäter 2,5x2,5x3cm i diameter. Efter kontrastinjektion ses en betydande uppladdning.
- d) Ytligt belägen förändring som efter kontrasttillförsel laddar upp en del.

12. 37-årig gift kvinna med två barn, 3 och 8 år gamla, inkommer till akutintaget efter att under senaste veckan haft kraftig huvudvärk och varit påtagligt trött. Arbetar som ekonom på bank. Idag på förmiddagen vid ett möte på banken suttit och stirrat rakt fram och verkat frånvarande under minst 10 minuter. Då hon skulle redogöra för bokslutet, hade hon inte fått fram orden, svamlade som om hon var berusad och fick avbryta framförandet. Hon var för drygt ett år sedan med om en trafikolycka, då hon blev påkörd bakifrån när hon stannat för rött ljus. Därefter en del besvär med nack- och huvudvärk, även strålade ut i axlarna och under senaste halvåret tilltagande trötthet. Hade lunginflammation för någon månad sedan. Medföljande make känner inte riktigt igen sin fru: - Hon var tidigare aktiv och glad. – Nu händer det att hon inte kommer ihåg när jag ska resa bort nästa gång, säger han. Patienten själv menar att det har varit mycket att göra på arbetet senaste tiden och en omorganisation har gjort tillvaron osäker, då man planerar personalminskning. Dessutom tungt hemma, då maken reser mycket och patienten får ta huvudansvaret för barnen.

Status:

AT: Ger ett okoncentrerat intryck. Klagar över värk över hjässan och frontalt samt bak i nacken.

Cor och pulm: auskulteras ua.

BT: 130/90 liggande.

Cor: Regelbunden rytm, 60/min. Inga biljud hörbara.

Neurologi: inget anmärkningsvärt i status enligt formell statuschablon.

Rutinblodprover: inkluderande Hb, B-glukos, LPK, TPK, CRP, el-status, APTT och PK ua.

Temp: 37,6.

a. Hur handlar Du?

b. Topisk diagnostik?

c. Möjlig etiologi?

d. Utredning?

13. 65-årig nyligen pensionerad man med lätt hypertoni sedan 5 år tillbaka, tablettbehandlad diabetes under det senaste året och PSA värden i överkant, kommer till neurologmottagningen på remiss från vårdcentralen med frågeställning "begynnande demens?" Patienten säger sig själv må bra. Medföljande dotter uppger att fadern förändrats sedan han blev änkeman för knappt ett år sedan. Han är mindre intresserad av socialt umgänge och av barnbarnens aktiviteter. Dottern säger att pappan tidigare älskade fester men nu sitter han bara ensam hemma. Tidigare skötte han familjens ekonomi men har nu frågat sin 19-åriga dotter-dotter om hon kan hjälpa honom med räkningarna. Dotter-dottern har känt sig besvärad över förfrågan. På direkt förfrågan vid besöket om det verkligen är så att patienten känner osäkerhet att sköta räkenskaperna säger han att han tycker det är bra om dotter-dottern lär sig hur man hanterar ekonomi. "Hon ska ju själv klara det ganska snart".

I status finner man en opåverkad man med åldersadekvat utseende. Ej uppenbart nedstämd. Räknar 100-3 långsamt men felfritt ner till 67 men kommer därefter av sig. Klara 4 av 5 saker vid 5-saksprov, dock utan rätt ordning.

Cor: Regelbunden rytm. Inga biljud hörbara över cor eller carotider.

BT: 135/90 höger arm sittande.

Neurologi: Kranialnerver us. Lätt vinglighet blundande vid Romberg men utan fall.

Går bättre med öppna ögon. Möjligen nedsatt yttlig sensibilitet på båda fötterna.

a. Vad gör Du?

b. Differentialdiagnoser?

14. Om sömnstörningar:

a) Vad innebär parasomni?

b) Vanlig insjuknandeålder för narkolepsi?

c) Ange tre karakteristiska symtom för narkolepsi.

d) Vilka två symtom förekommer vanligast hos samma patient?

15. 68-årig man, diskbråcksopererad i ungdomen. Behandlas medikamentellt för ulcus. Frisk f.ö. Sedan 2 veckor trötthetskänsla i ryggen. Senaste veckan även värk i ryggen ungefär vid skapulas nedre begränsning. Nu sedan några dagar svaghetskänsla i benen, svårt att gå i trappor.

Status: Smärtpåverkad. God kraft i armarna. Lyfter höger ben 3 cm från underlaget utan mothåll. Förmår ej lyfta utan endast dra vänster ben mot sig släpande mot underlaget. Reflexerna normala. Babinskis tecken föreligger bilateralt. Nedsatt sensibilitet i benen upp över buken till i nivå med bröstvårtorna. Analsfinkterfunktion ua.

a. Var sitter skadan?

b. Etiologiska överväganden

c. Vad gör Du?

16. Du blir uppringd kl 02 på natten av distriktsläkarjouren på Storumans sjukstuga (10 vårdplatser). Det har ringt en kvinna till sjukstugan och meddelat att hennes man varit så konstig senaste dagarna och nu i natt har han varit uppe och letat efter sitt hagelgevär och avser att gå över till grannen och göra upp om en gammal oförrätt. Mannen är 58 år, sjukpensionär och nyttjar periodvis alkohol "för att hålla ryggvärken i schack". Förutom att han varit lite "eljest" har han tett sig ostadig och upprepat sig mycket, frågat om saker som hustrun tålmodigt förklarat flera gånger.

a. Vilka råd skall du ge till distriktsläkaren? Dessa skall omfatta handläggningen av minst 2 akutneurologiska tillstånd som kan misstänkas i detta fall.

b. Får det faktum att det är 8 mil till närmaste länsdelssjukhus samt 22 mil till regionsjukhus någon betydelse för handläggningen – motivera!

c. Hur bör distriktsläkaren agera om pat inte går med på att åka in till sjukstugan för en undersökning?

18. Du träffar på mottagningen på remiss från vårdcentralen en 72-årig kvinna med långsamt tilltagande domningar i fötterna sedan ca 5 år tillbaka. Hon har brännande smärtor i fötterna nattetid. I status nedsatt sens för ytlig beröring upp till fotknölna, bevarat vibrationssinne, akillesareflexi. lätt svajig vid Romberg. För övrigt är hon somatiskt välbevarad med god kraft i samtliga extremiteter, för åldern välutvecklad muskulatur

a. Ange trolig diagnos, specificera så långt du kan avseende arten av den neurologiska påverkan samt vilken utredning som är rimlig i ett sådant här fall, motivera kort hur du tänker.

b. Beskriv vilken uppföljning och ev kontroll som kan bli aktuell. Finns det någon behandling att erbjuda mot såväl grundåkomman som symtomatiskt?

19. Som nästa patient kommer en 42-årig kvinna med känselstörningar omfattande hela underbenen samt distalt på händerna. Hon uppvisar svaghet i fot dorsalextr och lätt atrofi av vadmuskulaturen, svaghet lårmuskulaturen så att hon har svårigheter att nigsitta djupt samt lätt svaghet även skuldermuskulaturen bilat. Areflexi akilles, för övrigt svårväckta reflexer. Babinski saknas bilat. Kranialnerver ua. Symtomen har utvecklats successivt under några månaders tid, initialt varierande svagheter men senaste månaden mera konstant försämring. Börjar nu bli uppenbara svårigheter att gå utan att ta stöd mot något.

Pat har en kostbehandlad DM samt behandlas med ASA, Simvastatin och beta-blockerare efter en period av mild angina pectoris. Är för övrigt frisk och yrkesverksam som biljettkassörska på Naturhistoriska Riksmuseet, vilket hon klarat hjälpligt pga att hon inte behöver gå så mycket under dagen.

a. Beskriv det neurologiska syndromet och sannolika patofysiologiska mekanismer. Utifrån detta, formulera en trolig preliminär diagnos och redogör för hur du vill lägga upp utredningen.

b. Under förutsättning att din diagnosmisstanke kunde bekräftas, vilka evidensbaserade behandlingsalternativ föreligger? Ange för var och en övergripande behandlingsregim.

c. Om ovan behandlingar inte blir tillfyllest för att bringa tillståndet i remission, vilka preparat kan man prova utifrån gedigen erfarenhet att dessa ofta har en god effekt vid behandlingsrefraktära fall av det här tillståndet?

20. Som tredje patient kommer en för övrigt frisk 21-årig pianostuderande som sedan 2-3 månader inte kunnat spela som vanligt med högerhanden. Lillfingret har inte fungerat som vanligt, följer inte med som då han spelar. Har inga känselstörningar och har inte upplevt några smärtor alls under förloppet vare sig lokalt eller utstrålade.

Han uppvisar en lätt atrofi av hö handens intrinsic muskulatur både thenar och hypothenar samt har en oförmåga att adducera höger lillfinger in mot dig IV. Tummens oppositionsgrepp är klart försvagat. Du ser inga fasciculationer någonstans. Areflexi i hö arm, fö svaga reflexer. Ingen Babinski. All annan muskulatur i bägge armar och ben är urstarka! Balans, koordination och sensibilitet är helt ua.

a. Var sitter skadan?

b. Vilka utredningar bör göras för att komma fram till en sannolik diagnos,

c. Vilka är de olika diff diagnoserna samt möjliga behandlingar?

21. En 68-årig för övrigt frisk man från Kalvträsk söker på vårdcentralen pga gruskänsla i ett öga. Du upptäcker då att pat har ett nasalt tal och det framkommer svårigheter att svälja sedan flera månader. Han har svält fel vid några tillfällen. Han upplever inga tydliga tendenser till muskelsvaghet för övrigt förutom då han hugger ved, får inte upp yxan över huvudet efter en stund och orkar bara än en kubik i stöten. Får han vila och ta en kopp kaffe går det mycket bättre sedan. Det som till slut fått honom att söka är att höger ögonlock av och till börjat vara svårt att hålla uppe vilket lett till svårigheter vid siktet under älgjakten. Detta kunde lösas med lite eltejp men han blev efter ett tag väldigt torr i ögat och söker nu för att få hjälp med lämplig salva mot detta.

I status finner du en normalbyggd man med helt normal kraft i samtlig extremitetsmuskulatur, normala reflexer och normal sensibilitet. Dock lätt sludrig och nasal i talet som framkommer allt eftersom. Ingen facialispares och normal tung och svaljmotorik då du undersöker emellertid. Höger ögonlock står något lägre än vänster men ögonmotilitet och pupillreflexer är helt ua.

a. Du misstänker att pat lider av en neurologisk sjukdom och vill komplettera ditt rutinneurologiska status samt utreda patienten ytterligare. Beskriv hur du går vidare statusmässigt (detaljerat men kortfattat) samt vilken utredning du vill göra.

b. Vilka behandlingsalternativ kan komma ifråga på kort respektive lång sikt?

22. Att patienter med multipel skleros (MS) behandlas med förloppsmodifierande läkemedel har blivit vanligt under senare år, varför alla neurologspecialister numera förväntas kunna välja lämplig behandling till sina patienter bland alla preparat som finns godkända på svenska apotek.

Ange lämpligt preparat (generiskt namn eller läkemedelsnamn) till de tre patienterna i nedanstående berättelser, samt *motivera* kortfattat och tydligt ditt preparatval. Vi förutsätter att alla patienter är intresserade av att få behandling och att ingen är gravid.

- a. 30-årig kvinna med opticusneurit för sex månader sedan. Hon vistades då i Frankrike och har endast handskrivna lapp från ögonläkare i Grenoble som anger opticusneurit. Ingen behandling eller utredning blev aktuell eftersom patienten blev bra och flyttade. Patienten söker nu på grund av dubbelseende sedan två veckor. I status noteras internukleär oftalmoplegi. Magnetkamera av hjärnan visar 10 supra- och infratentoriella lesioner, varav en supratentoriell är kontrastladdande. Likvor visar oligoklonala band.

Ange och motivera behandlingsförslag:

- b. 32-årig kvinna med opticusneurit för 2_ år sedan, skov med dubbelseende och fumlighet i hand för två år sedan och under de två senaste åren haft två månadslånga episoder med känselstörningar. Hon har kontakt med medicinkliniken efter tidigare hepatit och kvarstående förhöjda och fluktuerande levervärden. Hon utreddes redan för 2 år sedan och fick MS-diagnos, men har avstått från behandling på grund av två graviditeter. Ny magnetkamera av hjärnan visar 12 supra- och infratentoriella lesioner, varav ingen är kontrastladdande.

Ange och motivera behandlingsförslag:

- c. 30-årig kvinna med opticusneurit för tre månader sedan. Hon vistades då i Frankrike och har endast handskrivna lapp från ögonläkare i Grenoble som

anger opticusneurit. Ingen behandling eller utredning blev aktuell eftersom patienten blev bra och flyttade till annan tjänstgöringsort (arbetar för "Läkare utan gränser"). Hon har nu återvänt till Sverige och konsulterar dig som neurolog. Hon har inga aktuella besvär men är orolig för nya symtom som skulle kunna hindra hennes lovande internationella karriär. Magnetkamera av hjärnan visar 9 lesioner "förenliga med MS-förändringar" enligt röntgensvar och likvor visar oligoklonala band.
Ange och motivera behandlingsförslag: