



Specialistexamen i neurologi

UPPSALA

23-24 april 2009

Skriv tydligt, klart och koncist!

NAMN:

1) Du blir som neurologkonsult tillfrågad om en 68-årig ensamstående kvinna som har vissa problem med svenska språket. Hon har en välreglerad hypertoni samt Waranbehandling p g a förmaksflimmer sedan 1995 då hon sannolikt fick en cerebral emboli.

CT har visat en infarkt rest frontotemporalt på vänster sida. 1996 debut av klassiska partiella komplexa epileptiska anfall som svarat bra på antiepileptisk behandling. Inga säkra anfall på många år.

Våren 2007 debut av frekventa momentant insättande c:a 5 – 30 sekunder långa svårbeskrivbara sk yrselattacker. Svårpenetrerad anamnes. Vittnesbeskrivningar saknas. Attackerna verkar dock vara förenade med en känsla att förlora medvetandet. Parallellt med dessa attacker också oro, viss depressivitet samt nackvärk.

Lägges in upprepade gånger för närmare bedömning.

Statusmässigt framkommer att patienten ter sig orolig. Ömmar över nackmuskulaturen.

Hjärtat har en oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer.

Blodtryck 160/80. Nervstatus är normalt frånsett en diskret högersidig reflexstegring känd sedan tidigare. Övrigt neurologstatus utan anmärkning.

Under vårdtiden görs EEG som ej visar någon epileptiform aktivitet. Inga yrselattacker under vårdtiden. Sjukgymnastkontakt inleds med tanke på nackbesvären. Utskrives efter tre dygn.

Återkommer ett dygn efter utskrivningen efter att plötsligt ha tappat telefonluren och blivit okontaktbar vid samtal med anhörig.

a. Sannolik diagnos ? Motivera!

b. Nästa steg i utredningen ?

2) Internukleär oftalmoplegi är en särpräglad ögonmotorikstörning som beror på

a. Vad ?

b. Beskriv hur ögonmotorikrubbningen yttrar sig.

c. En vanlig orsak till detta tillstånd hos yngre är ?

3) Natrium är vår viktigaste osmotiskt verkande katjon och den finns huvudsakligen extracellulärt. Hyponatremi medför risk för centralnervösa symtom.

a. Vid vilken ungefärlig nivå ?

b. Vilken risk föreligger om en långsamt utvecklade hyponatremi korrigeras snabbt? Kardinalsymtom? Vad kallas tillståndet?

SIADH och Cerebral Salt Wasting Syndrome är två tillstånd med hyponatremi som neurologer/neurokirurger stöter på.

c. Ur praktisk klinisk synpunkt finns en viktig skillnad mellan dessa två tillstånd, vilken ?

4. En 45-årig man tidigare frisk man insjuknar med akut debut av huvudvärk utan medvetanderubbning och fokalneurologiska symtom. Ingen anamnes på trauma. Han söker först efter 10 dagar efter debuten och är då opåverkad, har normalt somatiskt och neurologiskt status. Konsultremiss från medicinakuten med frågeställningen "SAB? Fortsatt utredningsgång?".

a) Hur akut ska huvudvärken i regel vara för att Du ska överväga subaraknoidalblödning (SAB)? Ange tidsperspektiv så noggrant Du kan.

b) Vilka huvudvärkskaraktäristika (intensitet etc) eller huvudvärksassocierade symtom (illamående etc) särskiljer huvudvärken vid förstagångsmigränanfall från symtomen vid SAB utan medvetanderubbning och fokalneurologiska symtom?

c) Hur stor andel av patienter med åskknallshuvudvärk visar sig ha SAB? Ringa in ditt svar!

1 av 200 1 av 100 1 av 50 1 av 20 1 av 5 1 av 2

d) Patienten har genomgått akut DT skalle som är normal och Du bedömer utifrån anamnesen att ytterligare utredning är indicerad eftersom SAB kan föreligga. Hur gör Du?

5. Utvecklingen triptaner hade att göra med tidiga observationer om serotoninets roll vid migrän. Tidiga upptäckter att nitroglycerin kan utlösa huvudvärk och migrän ledde till att fr.a. danska forskare systematiskt studerade nitroglycerins effekter vid migrän. Kliniska studier med läkemedel som bromsar den endogena bildningen av NO (nitric oxide) har inte visat effekt, inte heller substanser på påverkar neurogen inflammation. Under de senaste 5 åren har det kommit studier som talar för att migrän kan behandlas effektivt med en ny verkningsmekanism. Utveckling mot denna substansgrupp har delvis skett till följd av svensk preklinisk och klinisk forskning. En förhoppning är att substanserna inte leder till vasokonstriktion, en potentiell risk förbunden med triptananvändning. Saxat ur abstracts i vetenskapliga tidskrifter:

"X is linked to migraine and other primary headache disorders. It is found in every location described in migraine genesis and processing, including meninges, trigeminal ganglion, trigeminocervical complex, brainstem nuclei, and cortex. It is released in animal models following stimulation of the CNS similar to that seen in migraine, and triptans inhibit this release. Olcegepant and telcagepant terminate migraine with efficacy similar to triptans. These substances have been effective, safe, and well tolerated in phase I and II studies, and, telcagepant was recently shown to be effective in a phase III study."

Vilken substans avses med X? Hur påverkar olcegepant and telcagepant effekterna av X, dvs över vilken mekanism verkar preparaten?

6. En 62-årig kvinna fick för två år sedan diagnosen Parkinsons sjukdom. Hon har sedan dess behandlats med Madopark 1x3 med god effekt fram tills för tre månader sedan då hon började få besvär med skakningar och stelhet en timme innan hon skall ta Madopark. Hon säger sig inte vara överörlig och hon har inga mardrömmar eller hallucinationer. Vi undersöknings fyra timmar efter det hon tagit Madopark går patienten med god steglängd, men har nedsatta medrörelser i armarna, ffa den högra där hon har måttlig rigiditet och vilotremor. Blodtrycket är 140/80 i liggande och 130/80 efter två minuter i stående.

a) Vilka medikamentella alternativ finns det för att behandla patientens dosglapp i detta skede?

Fyra år senare har patienten uttalade besvär med svängningar mellan stelhet och överrörlighet utan någon säker relation till intaget av Madopark. Man har under de gångna åren prövat de olika perorala medicineringsalternativ som finns, men behandlingarna har bara medfört övergående förbättring. Patientens kognitiva funktioner är ua och hon har inte heller nu några hallucinationer.

I undersökningsrummet går patienten med god steglängd och har slängiga medrörelser i armarna. Hon har ganska uttalade koreatiska dyskinesier i nacken och extremiteterna. Någon tremor eller rigiditet finns ej. Blodtrycket är 140/80 i liggande och 120/80 i stående. När du fem minuter senare ser patienten i korridoren går hon med korta steg och har inga medrörelser i armarna.

Du bedömer att det inte går att komma längre med peroral medicinerings.

b) Vilka behandlingsalternativ för att minska de motoriska symtomfluktuationerna kan nu övervägas?

c) Vilken av dessa behandlingar är ej lämplig om patienten har kognitiv dysfunktion?

7. En 65-årig tidigare väsentligen frisk man besväras sedan ett år av tilltagande gångsvårigheter, stelhet och yrsel. Han har vid flera tillfällen ramlat hemma. På grund av misstanke på Parkinsons sjukdom husläkare har patienten behandlats med Madopark i stigande dos till 1000 mg/dag, men detta har inte haft någon säker effekt.

Patienten har antecollis, går långsamt med nedsatt steglängd och har inga medrörelser i armarna. Han har både pro - och retropulsionstendens vid "pull-test". Diadokokineses är nedsatt bilateralt. Det finns måttlig rigiditet i både nacken och extremiteterna. Någon tremor eller andra dyskinesier finns ej. Mimiken är fattig och talet lätt sluddrigt. Neurologstatus i övrigt, inklusive kognitiva funktioner, är ua. BT är i liggande 130/80 och efter två minuter i stående 90/60.

a) Vilka faktorer ("red flags") talar för att det inte rör sig om Parkinsons sjukdom?

b) Vilken typ av atypisk parkinsonism ("Parkinson plus syndrom") rör det sig sannolikt om?

c) Fyra av fem nedan nämnda undersökningar kan man ibland ha hjälp av vid differentialdiagnostiken mellan Parkinsons sjukdom och atypisk parkinsonism?

Vilken av undersökningarna har man inte hjälp av? Ringa in ditt svar!

- MRT-hjärna
- SPECT med presynaptisk dopaminerg ligand (tex DATSCAN)
- PET med fluorodeoxyglukos (FDG)
- Likvoranalys (neurofilament)
- Test av kardiovaskulära autonoma reflexer

8. En 51-årig tidigare väsentligen frisk man söker på grund av tilltagande svaghet i armar och ben sedan fem veckor. Sista veckan har han inte kunnat gå utan stöd. Han har inte några besvär med vattenkastningen eller tarmtömningen.

Vid undersökningen finner du uttalad svaghet i armar och ben, bortfallna senreflexer och känselnedsättning för alla kvaliteter i händer och fötter. Babinskis tecken saknas. Finger-näs och häl-knä går ej att bedöma på grund av svagheten. Kranialnerver är ua.

LP inga celler, men förhöjt albumin. Rutinblodlab inkl plasma protein elektrofores är ua. Neurografi visar fynd förenliga med demyeliniserande polyneuropati.

Du misstänker Guillain- Barré syndrom och ordinerar behandling med intravenöst immunglobulin (IVIG).

- a. Vilken/vilka omständighet(er) gör dock att man redan nu får överväga en annan diagnos?

Patienten förbättras efter behandlingen med IVIG så att han två veckor efter behandlingens avslutande går normalt och har god styrka i armar och ben. Två veckor senare återkommer han dock då han ånyo blivit svag i armar och ben. Han får åter samma behandling och förbättras på samma sätt som första gången. Fyra veckor efter den andra behandlingens avslutande återkommer han igen med samma symtom.

b. Vilken är nu den sannolika diagnosen?

a. Vilka två typer av sjukdomsförlopp ses vid detta tillstånd?

d. Vilka två andra typer av behandling än IVIG har i välkontrollerade studier visat sig ha effekt vid detta tillstånd?

9. En 70 –årig tidigare frisk man utan hereditet för neurologisk sjukdom har sedan tre år haft tilltagande svaghet i händer och ben och sedan sex månader lättare sväljningssvårigheter. I status finner man uttalad svaghet i fingerflexionen bilat och volarflexionen av handlederna bilateralt, lätt svaghet i fingerextensionen, fingerabduktionen, och dorsalflexionen av handlederna bilateralt, lätt svaghet i armbågarna bilateralt, måttlig svaghet i höftflexionen, höftabduktionen och knäflexionen bilateralt och uttalad svaghet i knäextensionen och dorsalflexionen i fotlederna bilat. Patienten har svårt för att resa sig från sittande och går något vaggande med droppfotstendens bilateralt. Det finns atrofi av händernas småmuskler, av underarmarna och av låren och underbensmuskulaturen. Det finns ingen myotoni och några fascikulationer ses ej. Patellarreflexerna är bortfallna och övriga senreflexer är tröga. Sensibilitet och neurologstatus i övrigt är ua.

Denne patient uppvisar den typiska bilden för vad som i många läroböcker anges vara den vanligaste icke genetiska myopatin debuterande hos män över 50 år.

a) Vilken sjukdom rör det sig om?

b) Hur bekräftas diagnosen?

c) Hur resonerar du kring behandling?

10. En 70-årig man ska köra hem efter ett ärende på staden med sin hustru. Då han kört en kort sträcka, slutar han plötsligt svara på tilltal och börjar köra egendomligt, håller mycket kraftigt till höger och stöter till hustrun förfäran till flera parkerade bilar. Han avbryter inte körningen utan fortsätter, kör långsamt med hårt tag kring ratten, svarar inte på tilltal, stöter ihop med ytterligare ett par parkerade bilar. Han förefaller starkt stressad.

Det är nära till hemmet och han kör ändå hem, hustrun förmår honom inte att stanna. Vittnen har ringt polisen och en patrullbil anländer precis då mannen har parkerat vid hemmet, dit han hittat helt adekvat. Han stiger ur bilen samtidigt som poliserna anropar honom, han ser förvirrat på dem och försöket undvika dem och gå in i huset. Han svarar fortfarande inte på tilltal, vilket han inte heller gör då han av poliserna förts till akutmottagningen tillsammans med den skräckslagna hustrun. Man bedömer initialt att han drabbats av en akut psykos men konsulterar neurolog, som finner att alltsammans har sin förklaring i ett akut cerebralt insjuknande.

a) Analysera händelseförloppet, som förklaras med bortfallssymtom, och dra slutsatser om vilka fokala cerebrala funktionsbortfall som ligger bakom hans beteende och ange en rimlig diagnos.

11. En 65-årig man med typ 2-diabetes diagnosticerad för 7 år sedan, HbA1c nyligen 7,4, söker för svaghet i höger fot, som vill stöta i underlaget han går, han riskerar att snubbla; tämligen plötslig debut för 10 dagar sedan. Inga ryggsmärtor. Du konstaterar en svaghet i dorsalflexionen av foten och diskret känselnedsättning på fotryggen. Bortfallet vibrationssinne nedom malleolerna bilateralt tillskriver du hans diabetes. Höger akillesreflex är väl bibehållen, men den vänstra är bortfallen och han tycks ha en diskret svaghet i vänsterfotens plantarflexion, vilket han själv inte reagerat för. Övrig motorik och reflexer ua. Normal sfinkterfunktion.

a/ Vilka diagnostiska överväganden gör du? Tänkbar utredningsgång?

Två veckor senare, innan du hinner få din utredning utförd, kontaktar pat på nytt och beskriver att han å ena sidan blivit betydligt bättre i foten men att han är svag i vänster hand. Vid undersökning noterar du att högerfoten är avsevärt förbättrad, den lätta men icke besvärande svaghet i vänster fot består, men det har tillkommit en ulnarispares i vänster hand.

b/ Påverkar utvecklingen dina diagnostiska slutsatser?

Vi föreställer oss att det i stället är en tidigare frisk man, inga mediciner, som utvecklar de först beskrivna svagheterna i fötterna, och därefter den vänstersidiga ulnarisparesen, men UTAN någon samtidig förbättring av höger fot.

c/ Vilka diagnostiska överväganden gör du i den situationen?

12. Två likartade patienter:

27-årig tidigare frisk kvinna beskriver att hon sedan en knapp vecka har högtintensiva, några få sekunder långa episoder av smärta nedom vänster örbotten mot käken. De utlöses av att hon vidrör kinden och ibland av att hon talar eller tuggar.

Vid klinisk undersökning konstaterar du ett normalt nervstatus, fränsett att hon anger rycker till av smärta då du testar känseln genom att stryka med fingrarna över hennes kind. Du noterar särskilt att kornealreflexerna är intakta.

67-årig tidigare frisk kvinna beskriver att hon sedan en knapp vecka har högtintensiva, några få sekunder långa episoder av smärta nedom vänster örbotten mot käken. De utlöses av att hon vidrör kinden och ibland av att hon talar eller tuggar.

Vid klinisk undersökning konstaterar du ett normalt nervstatus, fränsett att hon anger rycker till av smärta då du testar känseln genom att stryka med fingrarna över hennes kind. Du noterar särskilt att kornealreflexerna är intakta.

a) Vilken är den fenomenologiska diagnosen?

b) Hur vidareutredes du och behandlar de båda kvinnorna? Ange skäl till valet eller valen. Om du väljer en farmakologiska behandling, beskriv doseringsförfarande.

13. En 25-årig kvinna har remitterats till din mottagning från medicinakuten. Dit hade hon iförts med ambulans efter att ha fallit ihop på en restaurang. Enligt vittnen hade hon krampat i flera minuter. På akutmottagningen mådde hon bra och hade ett helt normalt status fränsett att man noterade tungbett. En CT-skalle utfördes akut och den var helt normal liksom EKG och blodstatus. Hon har varit på en EEG undersökning men svaret på denna saknas vid konsultationstillfället. Patienten äter inga mediciner och är tidigare frisk. Hon berättar för dig att hon under det senaste året haft lite märkliga upplevelser då hon vid återkommande tillfällen plötsligt inte vetat var hon befunnit och upplevt att omgivningen förefallit obekant trots att hon befunnit sig hemma. Hon har samtidigt känt sig frånvarande och överklig. Attackerna varar bara i några sekunder upp till en halv minut och efteråt är allt som vanligt. Ingen i hennes omgivning har märkt något och hon kan prata vid alla tillfällen

Du misstänker att detta är epilepsi.

fråga 13 forts...

a) Vilka typer av epileptiska anfall finns beskrivna i sjukhistorien?

b) Hur vill du klassificera epilepsin?

c) Vilken topisk information finns i sjukhistorien?

d) Ange tre strukturella förändringar som kan utgöra bakomliggande etiologi.

e) Ange tänkbara fynd vid rutin- EEG-undersökningen.

f) Diskutera eventuell behandling.

14. En 67-årig man utvecklar status epilepticus med generaliserade tonisk-kloniska anfall fyra månader efter en stroke. Han kommer in till akutmottagningen och får behandling med benzodiazepiner och fos-fenytoin och anfällen upphör. Han sätts på peroral behandling med fenytoin 300 mg dagligen och kan skrivas ut till hemmet med ett planerat återbesök på neurologmottagningen om tre månader. Efter två veckor ringer patienten och berättar att han mår dåligt, känner sig febrig och har fått utslag på hela kroppen.

a) Hur tolkar du patientens tillstånd?

b) Hur handlägger du ärendet?

c) Hur bör den antiepileptiska medicineringsen ändras?

15. Läkemedelsbehandling vid multipel skleros (MS) blir alltmer komplicerad. De nya immunomodulerande behandlingarna erbjuder bättre behandlingsresultat, men också risker för biverkningar. Patienterna är ofta informerade (via Internet) och önskar ofta diskutera behandlingsmöjligheter, varför det är viktigt att neurologspecialist känner till och kan besvara frågor om moderna behandlingar, deras biverkningar och omskrivna framtida behandlingsalternativ.

a. PML diskuteras som biverkning till flera olika immunomodulerande behandlingar. Vad betyder PML? Redogör kortfattat för vad det är samt ange symtom och diagnostik.

b. Alemtuzumab har i tidiga studier visat sig överlägset interferon-beta 1a vid skovformad MS. Vilka biverkningar har framför allt diskuterats vid alemtuzumabbehandling vid MS?

16. En 67-årig man med känd insulinbehandlad diabetes och hypertoni har senaste 2-3 dagarna haft episoder med yrsel under några timmar åt gången. Inte sökt för detta. I dag insjuknat med kvarstående yrsel och koordinationsstörning i höger arm och ben. Inkommer 5 timmar efter insjuknandet i dag. Du finner att pat mår illa och kräks. Ataxi i höger arm och ben. Känselnedsättning för smärta i höger sida av ansiktet och vänster arm och ben. Hes röst. Ptos höger. Vå pupill större än höger. CT skalle är normal. B-glc=7.6 mmol/L.

- a. Vad kallas syndromet som gett upphov till patientens symtomatologi?

- b. Var är skadans troliga anatomiska lokalisation i nervsystemet?

- c. Vilket/vilka två blodkärl är mest troligt påverkade?

- d. Diskutera kring några direkta risker för neurologisk försämring som denna patient kan råka ut för pga den aktuella skadan?

- e. Diskutera vilka behandlingar som kan bli aktuella om dessa försämringar inträffar?

17. En 43-årig kvinna med känd myastenia gravis kommer in på kliniken med tilltagande myastena symtom. Hon har hittills varit välkontrollerad på endast Mestinon 60 mg x 4 men har senaste månaden märkt att det blivit svårt att svälja samt att hon märkt att hon börjat tala sluddrigt när hon pratat ett tag. Du träffar en normalbygd kvinna med nasalt tal, uppenbara sväljsvårigheter, får torka saliv ur mungipan och ter sig lätt andfådd när hon talar. Myastenistatus är svårvärderat pga att patienten är andfådd men hon uppvisar tydliga tecken till proximal svaghet i både armar och ben.

Hur handlägger du ärendet? Vårdnivå, kontroller/övervakning. Vilken behandling bör hon få på kort respektive lång sikt?

18. Du träffar en kvinna som är 24 år på mottagningen som remitteras från jourcentralen dit hon sökt pga högersidig droppfot. Hon fick det efter att ha varit på gym och bland annat kört olika former av lårträning med många knäböjningar. Hon har också gjort neurofysiologisk undersökning vilken bekräftar en skada på n peroneus. Hon har tidigare haft en period domningar ut i de två ulnara fingrarna med svaghet i fingerspretning samt märkt att fingrarna domnar lätt om hon t ex klipper med en sax. Hennes syster har också haft en period med svaghet och domningar i en arm men hon kan inte redogöra för detaljerna kring det.

Du misstänker en speciell neurologisk åkomma, vilken då?

Du förväntar i så fall ytterligare ett fynd på den neurofysiologiska undersökningen, vad då?

Vilket test tar du för att bekräfta eller avfärda din misstanke.

Hur handlägger/behandlar du patienten?

19. En 54-årig man med kända alkoholproblem kommer in till akuten pga snabbt tilltagande ryggsmärta, svårigheter att gå och allmänpåverkan. Du finner en i förtid åldrad man med något ovårdat yttre. Han har en djup hosta, du auskulterar en del rassel över höger lungbas, lätt takycard samt kroppstemp 38,4°C. Han beskriver smärtor från nedre thorakalryggen där han är distinkt öm vid lätt dunkning. Strålande smärtor runt bröstkorgen på samma nivå. Bland prover noteras lätt anemi samt leukocytos 11,5, CRP 85, lätt förhöjda levertvärden. I nervstatus finner du inget säkert avvikande på kranialnervsnivå, lätt intentionstremor i armarna samt måttlig parapares, svårt att gå, lyfter benen ca 30°, lätt dystaxi H-K, generellt svaga reflexer i nedre extremiteterna och positiv Babinski. Vid test av sensibilitet noterar du ett vätskande sår vid höger ankel, sensibiliteten är nedsatt i bägge fötterna för samtliga kvalitéer och vibrationssinne nedsatt upp till knänivå bilat.

Vilken eller vilka tillstånd misstänker du i första hand?

Hur utreder du detta vidare och hur snabbt?

Vilken provtagning bör göras?

Vilken eller vilka behandlingar kan bli aktuella?

- 20.** En och samma jourkväll ställs du inför två olika fall av medvetandestörning:
- a. Den första är en tidigare frisk 74-årig man inkommer med ambulans efter att ha blivit hittad av hemtjänsten okontaktbar i sitt hem. I ambulansen konstateras normalt B-glukos samt EKG utan infarktstecken. Vid undersökning noteras regelbunden hjärtrytm, BT 210/120, djup snarkande andning. Rör inte på någon av extremiteterna, lätt sträcker rörelse vid smärtstimulering. Pupillerna är små och reagerar dåligt på ljus. Vid passiv rotation av huvudet rör sig inte ögonen (patologisk dockhuvudtest). Babinskis test föreligger bilateralt.
 - b. Den andra är en tidigare frisk 56-årig kvinna med som under dagen periodvis tett sig annorlunda och som sedan upptäcks på sitt arbetsrum liggande på golvet. Vid inkomsten noteras BT 150/90, regelbunden hjärtrytm, EKG väsentligen ua. Pat är lätt motoriskt orolig, rör symmetriskt på alla extremiteter, pupillerna är normalstora och reagerar ua på ljus. Ger ingen adekvat kontakt men är vaken. Medverkar dåligt Vid test av ögonmotorik flackar ögonen i rummet, och du ser konjugata ögonaxlar, med till synes normalt rörelseomfång av ögonen.

Beskriv hur du tolkar status vad gäller *var* i nervsystemet skadan eller den störda funktionen föreligger för de bägge fallen
Möjliga *etiologier* för de båda fallen.
Kan man ur status säga något om *prognos*?

21. Tidigare frisk 40-årig man, gift och med 2 barn i yngre tonåren. Stressigt arbete i mellanchefsposition på större bilföretag.

Han förs in till akutintaget av två arbetskamrater, som rapporterar att patienten plötsligt under pågående sammanträde med ledningsgruppen fallit ihop.

Arbetskamraterna har inte fått någon riktig kontakt med honom under transporten till sjukhuset.

En av arbetskamraterna vet att hustrun till mannen (patienten) klagat över att han inte varit sig riktigt lik senaste halvåret. Han har verkat okoncentrerad och glömt saker, som hon bett honom göra. Hon har trott att det har haft med jobbet att göra.

Status: Svarar inte på tilltal. Grymtar vid smärtstimulering i samtliga extremiteter.

Verkar inte ha full styrning i höger arm – slänger åt sidan vid smärtstimulering.

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

BT: 230/120.

Vad gör Du?

Var sitter skadan?

Möjlig etiologi?

Vilken utredning anser Du nödvändig?

22. a. Nämn några symtom som kan vara allmänna tecken på encefalopati, dvs. de kan förekomma såväl efter fokal hjärnskada som efter mer diffus påverkan på nervsystemet

b. Vilka symtom har patienter med emotionell och konativ personlighetsförändring, s.k. frontallobsymtom?

c. Vad innebär minnesstörning av Korsakovtyp?

d. Vad är karakteristiskt vid demens av Lewy body typ?

23. 31-årig kvinna kommer till Dig på mottagningen med remiss från vårdcentralen. Tidigare frisk. Sambo. Inga barn. Arbetar som chefssekreterare på försäkringsbolag. För 3 månader sedan cyklat omkull och ådragit sig en temporal impressionsfraktur på vänster sida. Liten kontusionsblödning – behövde inte utrymmas. Initialt lätt högersidig pares omfattande hela kroppshalvan samt lättare expressiva språksvårigheter med tendens till ”fel ord” då hon talade snabbt. Nu endast lättare finmotorisk påverkan höger hand och mycket diskreta talproblem. Patienten söker för att hon inte klarar sitt arbete. Hon har alltid trivts bra – trevlig chef, verkligt trevliga arbetskamrater och god stämning. Har nu arbetat 3 veckor och det har enligt patienten varit ett ”litet helvete”. ”- Första dagarna gick det väl bra men sedan.... Arbetskamraterna hade förändrats.” De var irriterade och sura och chefen: ”- han klagade att jag inte höll tempot. Olyckan var ju länge sedan. Jag såg frisk och pigg ut” enligt chefen ”- och borde kunna prestera mer”.

Status:

AT: Klar och ordnad. Ser frisk och stark ut.

Cor och pulm auskulteras ua.

BT: 135/75, puls 65.

Neurologi: Inget anmärkningsvärt i status

Vad tänker Du och vad gör Du? Svara antingen i fritext eller besvara nedanstående frågor.

Önskar Du anamneskomplettering? I så fall med vad?

Vad har patienten drabbats av?

Utredning?

Lämplig behandling:

Vad säger Du till patienten och sambon/prognos:

24. Följande två patienter har sensoriska respektive motoriska besvär i arm som orsak till att de söker sjukvården. Beskriv nivådiagnostiskt resonemang, möjliga etiologier och lämplig fortsatt utredning.

a. 45-årig, tidigare frisk, kvinna kommer till mottagningen på remiss från distriktsvården. Hon uppger att hon sedan något år tillbaka har nedsatt smärtkänslighet i höger hands fingrar, fr.a. dig I – IV. Hon upplever även värme och kyla sämre. Lite besvär av samma slag även från vänster hand. I övrigt normalt status.

b. 56-årig kvinna. Gift och med 4 vuxna barn. Kommer tillsammans med maken. Sedan 6-7 månader allt svagare i vänster hand och underarm. I status ser man betydande svaghet i biceps, triceps, hand och fingrar. Betydande atrofier distalt i underarmen samt i interosseer, tenar- och hypotenarregionerna. Ingen påverkan på känseln.