



Specialistexamen i neurologi

UMEÅ

29-30 maj 2017

Skriv tydligt, klart och koncist!

KODNAMN:

1. En 70-årig kvinna med känd hypertoni. Insjuknar med afasi och svaghet i höger övre extremitet vilket pågår under cirka 10-15 minuter. Inkommer akut pga detta, 1 timme senare. Rutinnervstatus är normalt. EKG visar sinusrytm. DT skalle visar lätt nedsatt attenuering i vit substans generellt bilateralt men är i övrigt normal.

a. Trombolysbehandling nu? Motivera!

b. En MR-undersökning visar på diffusionsviktade bilder en 5 mm stor lesion cortikalt vid sulcus centralis på vänster sida. Är detta en lakunär infarkt? Motivera!

c. DTA av halsens och huvudets kärl är normal. Behöver du göra ultraljud carotider för att utesluta carotisstenos?

d. Lämpligt att utreda vidare med avseende på eventuell förmaksflimmer? I så fall hur?

e. Det framkommer att patienten har en episod av förmaksflimmer på 15 minuter. Alternativa sekundärprofylaktiska behandlingar med avseende på detta?

3. En 35-årig kvinna som medicinerar med SSRI-preparat mot depression sedan 2 månader insjuknar plötsligt när hon tittar på ett debattprogram i TV med svår huvudvärk i hela huvudet. Huvudvärken maximalt utvecklade inom mindre än en minut. Huvudvärken avtar något under de närmsta timmarna, men patienten söker ändå akut cirka 7 timmar efter symtomdebuten. I status noteras BT150/100, puls 75. Rutinnervstatus visar inte några fokala fynd men patienten är ljus- och ljudkänslig och besvärades mycket av sin huvudvärk. Du funderar en del på migrän som orsak men tycker inte att symtomen stämmer riktigt med detta. I första hand misstänker du i stället reversibelt cerebralt vasokonstriktorsyndrom (RCVS).

a. Ange två andra tänkbara viktiga differentialdiagnostiska orsaker med cerebrovaskulär genes till patientens huvudvärk.

b. Ange lämpliga utredningar för att utesluta vart och ett av dessa två tillstånd.

c. Ange viktigaste utredning vid misstanke på RCVS och karakteristiska fynd som du förväntar dig?

d. Diskutera temporala förloppet avseende fynd på ovanstående utredning, både i akutskedet och i ett längre perspektiv.

e. Din misstanke om RCVS bekräftas. Patienten mår förhållandevis bra men är trött och tagen. Patienten läggs in pga detta. Lämplig farmakologisk behandling i detta skede?

f. En kollega till dig framkastar tanken att det i stället skulle kunna vara frågan om primär angit i CNS (PACNS). Nämn några diagnostiska skillnader mellan RCVS och PACNS.

4. En 65-årig kvinna söker pga huvudvärk bakom ögonen, mer på höger sida. Började smygande för 1-2 veckor sedan. Har nu lagt märke till att pupillerna verkar vara olikstora. Vid undersökning noterar du att patienten har inskränkt rörlighet på höger öga avseende abduktion och adduktion. Pupillen på höger öga mindre än på vänster och lätt ptos ses höger. Anger nedsatt känsel i pannan och kinden på höger sida och cornealreflexen är svagare på höger sida. Ej öm över temporalartärer. SR=30.

a. Vilka nerver är påverkade?

b. Skadans anatomiska lokalisation?

c. Vad kallas syndromet med ett egen-namn?

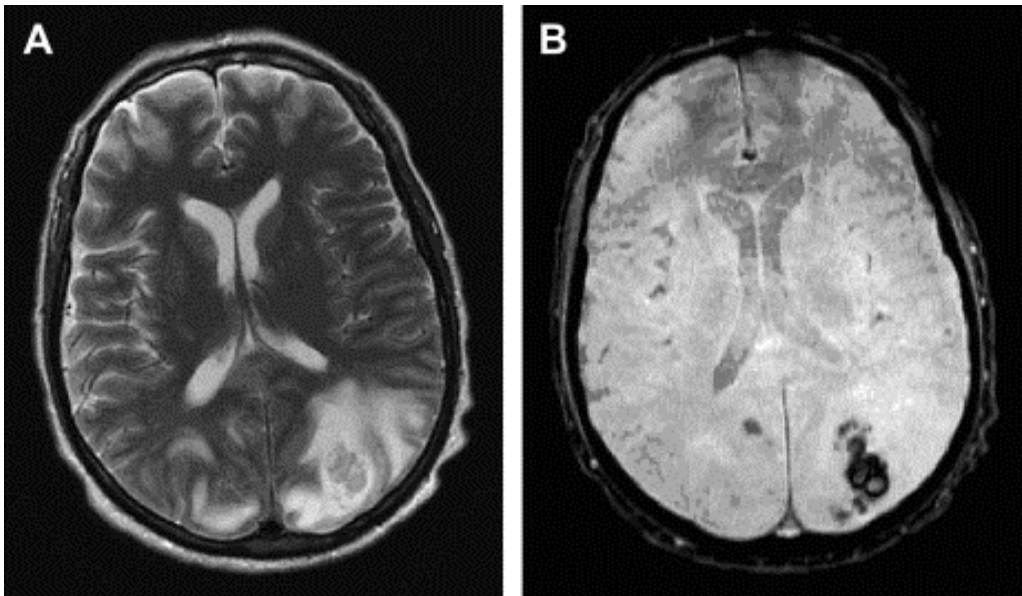
d. Lämplig vidare utredning?

e. Tänkbara bakomliggande orsaker?

f. Lämplig behandling om man inte hittar någon specifik bakomliggande orsak?

5. En 48-årig kvinna inkommer till akutmottagningen i ambulans på grund av att hon under loppet av några dagar fått tilltagande huvudvärk och klagat över att det flimrar för ögonen. Hon stannade därför hemma från jobbet idag och när maken kommer hem finner han hustrun förvirrad i soffan, hon har haft urinavgång, är plockig och motoriskt orolig.

Kvinnan är frisk förutom myastenia gravis som har varit under god kontroll sedan många år på Sandimmun Neoral i dosen 150 mg x 2, Prednisolon 5 mg x 1 och Mestinon 60 mg x 4. Pat är vid ankomst orienterad till person men ej tid, är orolig, tremorös, rör symmetriskt på samtliga extremiteter med god kraft, verkar ha ett högersidigt synfältsbortfall. BT är 210/130, puls 110. I lab noteras Krea 145, Na 146, K 4,2, Ca 2,45. En akut CT visar lågattenuerat lätt svullet område occipitalt vänster. Du lyckas få en akut MR som visar följande bild.



- a. Beskriv MR-bilderna i form av vilka sekvenser det rör sig om samt möjliga/sannolika patofysiologiska korrelerat till förändringarna.

FORTS nästa sida...

Forts fråga 5...

- b. Med anledning av patientens anamnes och sjukhistoria dyker ett par differentialdiagnoser upp i huvudet på dig varav en får betraktas som mera sannolik i det här fallet. Nämn minst två differentialdiagnoser man kan tänka sig i detta fallet och lägg fram argument för varför en av dem är mera sannolik än övriga.

...

- c. Vilken akut handläggning vidtar du med utgångspunkt från ditt differentialdiagnostiska resonemang. Det blir inget poängavdrag av att ange åtgärder mot flera differentialdiagnoser så länge det inte äventyrar patientsäkerheten.

6. Du tillkallas som neurologjour till den psykiatriska akutvårdsavdelningen där man lagt in en 42-årig kvinna för cirka en vecka sedan på LPT på grund av tilltagande avvikande beteende, aggressivitet och osammanhängande tal. Tidigare psykiatrisk anamnes oklar eftersom hon nyligen kommit till Sverige från asiatiskt land, inga nära anhöriga tillgängliga. Hon har fått höga doser av både bensodiazepiner och neuroleptika utan påtaglig effekt. EEG har endast visat ospecifik lätt abnormitet, DT hjärna varit ua. Du finner en kvinna som ligger naken under en filt på golvet och springer upp och drar i dina byxor när du kommer in. Du noterar inget anmärkningsvärt i hennes rörelsemönster ur neurologisk synvinkel.
- a. . Vilken/vilka patofysiologiska mekanismer kan ligga bakom hennes tillstånd, nämn max två?
- b. . Vilken utredning behöver göras för att komma vidare, vad letar du efter på var och en av dem?
- c. Ange minst en specifik diagnos/syndrom som skulle kunna yttra sig så här.
- d. Ange en rimlig behandlingsalgoritm för det aktuella tillståndet.

7. Guillain Barré Syndrom (GBS) är samlingsnamnet för akuta inflammatoriska radikulo-polyneuropatier. De vanligaste varianterna förkortas AMAN, AMSAN och MFS.

a. Vad står förkortningarna för?

- AMAN:

- AMSAN:

- MFS:

b. Vilka av följande påståenden om GBS är sanna respektive falska? Varje rätt svar ger 0,5 poäng medan felaktigt svar ger -0,5 poäng, avsaknad av svar ger 0 poäng.

Påstående	Sant	Falskt
Distala parestesier är ett vanligt tidigt symptom vid AIDP		
Helt normal liquor utesluter inte GBS		
Behandling med intravenöst immunoglobulin är ett effektivare behandlingsalternativ än plasmaferes vid GBS		
Ett tidigt tecken på axonal skada vid GBS är spontanaktivitet vid EMG		
AMSAN är en lindrigare variant av GBS än AMAN		
En försämring efter ett initialt positivt behandlingssvar på IVIG som inträffar mellan 4 och 8 veckor efter debuten är liktydigt med att det rör sig om CIDP och bör behandlas med steroider		

8. Sara 21 år söker akut pga svår huvudvärk sedan 5 dygn. Upprepade kräkningar. Kan knappt röra sig då detta kraftigt ökar den pulserande till sprängande HV. Huvudvärken började i vä huvudhalva och hon blev känslig för ljus. Tog då paracetamol med det hjälpte inte och huvudvärken stegrades och hon började kräkas. Hon är annars frisk men har haft enstaka liknande attacker tidigare men aldrig så svår och så lång. Under skoltiden varit tvungen att ibland stanna hemma från skolan på grund av huvudvärk som varat under något dygn och som svarat på paracetamol alt ibuprofen ofta har hon behövt sova bort den. Nu har Sara precis påbörjat sina högskolestudier sedan snart 3 mån och har haft jättemycket mer huvudvärk än tidigare i livet. Är allmer stel i nacken. Hon sökte akut för ca 1 mån sedan för en liknande attack men på hö sida som då börjat med en känsla av trötthet, haft svårt att fokusera blicken. Utreddes då på annat sjukhus (du kommer inte åt journalanteckningarna) med CTskalle och Lp som båda varit normala enl pat. Fick någon spruta som hon inte vet vad den innehöll men den bröt huvudvärken och hon fick gå hem. Rekommenderades fortsätta ta alvedon eller ibuprofen. Rutinnervstatus då och idag är ua.

a. Vilken diagnos har Sara och hur säkerställer du den? Utredning?

b. Vad erbjuder du Sara för behandling just vid denna ovanligt långa huvudvärksattack?

c. Dagen därpå har Sara förbättrats är trött och tagen men nästan huvudvärksfri. Omkontroll av neurologstatus är uva. Du beslutar att skicka hem Sara. Vilka råd ger du Sara? Ska hon ha någon behandling med sig att ta vid nästa huvudvärksattack, annat än paracetamol/ibuprofen?

11. Ange för följande påståenden angående synbanor och synfältsdefekter om påståenden är sanna eller falska

Påstående	Sant	Falskt
Vid en stor hypofystumör är de typiska synfältsdefekterna binasala.		
Skador i parietalloben kan orsaka homonym nedre kvadrantanopsi.		
En lesion i nervus opticus medför afferent pupilldefekt i samma öga.		
Vid kortikal blindhet kan patienten vara omedveten om sin synnedsättning, så kallad visuell anosognosi.		
Vid papillödem kan synfältstest visa en förstoring av blinda fläcken.		
Med konfrontationsmetoden enligt Donders kan du påvisa visuellt hemineglect.		

12. Som neurologkonsult blir du ombedd att bedöma en 86-årig kvinna på en medicinavdelning, inlagd kvällen innan pga. yrsel. Hon bor i eget boende, hon har larm men i övrigt ingen hemtjänst. Efter att hon blev änka för tre år sedan har hon haft nedsatt aptit och minskat i vikt. Hon har diabetes typ 2 sen tjugo år tillbaka med retinopati och neuropati som komplikationer. Aktuell medicinering är T Enalapril/hydroklortiazid 20 mg/12,5 mg x 1 mot hypertoni, insulin NovoMix 30 10 + 8 E sc, T Citalopram 20 mg 1x1 mot depression, K Gabapentin 300 mg 3x3 mot neuropatisk värk från benen. Sedan ett par år tillbaka har hon känt sig ostadig vid gång och behöver rollator som stöd utomhus men har inte ramlat. För en vecka sen insjuknade hon med illamående och upprepade kräkningar under ett par dygn. Efter detta har hon känt sig trött, matt, yr och tilltagande ostadig vid gång, allt gungar och hon har varit nära att ramla vid flera tillfällen. Hon har också lätt yrsel i liggande och sittande. Hon negetar dubbelseende, talstörning och sväljningssvårigheter. Vid inläggning har man gjort en DT hjärna som visade en del vitsubstansförändringar men ingen blödning eller färsk infarkt. Blodprover visar bl.a. CRP 17, Hb 137, S-kreatinin 104, S-Natrium 148 och S-kalium 4,8. Hon har ordinerats vätska och man har gjort uppehåll med blodtrycksmedicineringen pga. sannolik dehydrering och klart sämre GFR än tidigare.

Vid din undersökning noterar du att det är en kortvuxen och magerlagd kvinna med opåverkat AT som är helt orienterad och adekvat. Hon kan gå med stöd av rollator men utan den är gången bredspårig och ostadig utan specifik falltendens. Hon tittar helst ner i golvet när hon går. Normala ögonrörelser utan nystagmus. Ingen svaghet ansikte, armar eller ben. Finger-näs är ua, däremot ses ataxi vid häl-knä när hon blundar. Vid Romberg är patienten vinglig och det drar än åt höger och än åt vänster sida. Senreflexerna är tröga i armarna och bortfallna i benen. Babinskis tecken saknas bilateralt. Vibrationssinnet är bortfallet i benen. Sensibilitet för stick och beröring är lätt nedsatt nedom malleolerna, i övrigt är den ua.

- a. Vilken typ av ataxi har patienten? Motivera ditt svar!

- b. Vad tror du är orsaken till hennes långvariga ostadighet?

- c. Vad kan vara orsaken till hennes yrsel och balansproblem nu har ökat och vilken åtgärd är viktig?

13. En ung man remitteras över från Barn- och ungdomskliniken till dig som vuxenneurolog då han fyllt 18 år. Hans symtom med ökad dagtrötthet började något halvår efter vaccination mot H1N1-influensan 2009. Han somnade i skolan och på bussen. Tillsammans med tydlig anamnes på kataplexi ingav symtomen misstanke om narkolepsi typ 1. Det är gjort en ambitiös utredning som du tar del av. Han behandlas med Concerta (metylfenidat) 54+54 mg.

- a. Det är utfört polysomnografi och MSLT. Vilka är de typiska fynd vid narkolepsi?

- b. Man har gjort en lumbalpunktion. Vilken analys har man troligen beställt och vilken avvikelse är ett stöd för diagnosen narkolepsi typ 1?

- c. Det finns svar på ett blodprov som också stöder diagnosen. Vilken analys kan det vara?

- d. Uppföljning av behandling bör ske regelbundet vad gäller effekt och subjektiva biverkningar. Vad är viktigt att följa upp utöver detta?

14. Tidigare frisk 17-årig kvinna, som senaste 1,5 åren besvärats av illamående och kräkningar. Symtomen har succesivt tilltagit och kräkningarna har kommit plötsligt, ibland flera gånger per dag. I början inte någon nämnvärd huvudvärk eller yrsel men senaste halvåret mer eller mindre konstant huvudvärk som patienten lindrat med Treo. Kunnat sköta skolgången även om resultaten på proven inte varit så bra till följd av orkeslöshet. Har inte själv noterat synproblem. Viktnedgång på ca 9 kg under senaste året. Sökt sjukvården vid ett antal tillfällen och även varit inlagd på gastro-enterologisk avdelning för utredning utan att ha fått någon diagnos. Söker nu akut tillsammans med föräldrarna p gr av tilltagande huvudvärk och nytillkommen vakenhetssänkning.

I status finner man en vaken ung kvinna som är orienterad till tid, rum och person. Hon svarar med latens och verkar även långsam i motoriken. Klagar över huvudvärk. Inga uppenbara pareser. Blir under undersökningen illamående och kräks, varför undersökningen måste begränsas.

a. Ange rimliga differentialdiagnoser.

b. Föreslå lämplig fortsatt utredning.

16. a. Var sitter skadan vid ett locked-in syndrom?

b. Var sitter skadan vid akinetisk mutism?

17. 61-årig gift kvinna utan barn, som 1988 råkade ut för en cykelolycka. Fick då en intracerebral blödning frontoparietalt vä sida. Opererades och rehabiliterades till god fysisk funktionsnivå. Dock lätta problem med finmotoriken i hö hand samt sensibilitetsnedsättning hö övre och i viss mån nedre extremitet och lätta talsvårigheter i form av svårigheter att hitta ord, fr.a. om hon är stressad. Efter skadan partiella ep-anfall med ryckningar i höger hand och arm. Svarat bra på anti-epileptika. Även utvecklat en mental trötthet med koncentrations- och uppmärksamhetsnedsättning, irritabilitet och affektlabilitet. Kunde efter något år komma tillbaka i deltidarbete som sekreterare på Stadsmissionen.

För 5 år sedan blev det uppenbart att patienten inte orkade arbeta över huvud taget och hon fick ganska snart heltids sjukersättning. Ett bekymmer av betydelse var tilltagande humörinstabilitet, vilket medförde att patienten blev alltmer isolerad, då de få vänner hon hade drog sig undan och maken arbetade ganska mycket. Patienten började ringa maken upprepade gånger dagtid då han satt i möten på arbetet. Vid ett par tillfällen framkommer att hon inte hittade sin telefon utan försökte ringa med hjälp av fjärrkontrollen till TV:n. Vid något tillfälle återfanns hon på en buss på väg från staden där hon bodde och fick föras hem med hjälp av polis då hon inte visste var hon bodde. Vid några tillfällen har patienten även uttryckt önskan att avsluta sitt liv. Patienten söker tillsammans med sin make då hemsituationen är ohållbar.

I status finner man en vaken kvinna som svarar på tilltal, dock med viss latens. Hon är orienterad till person men inte säkert till tid eller rum. Hon verkar orolig. Man finner en lättare sensibilitetsnedsättning hö övre extremitet, mer tveksamt betr hö ben och fot. Fingerspel hö hand klart sämre än vä. Mer ingående undersökning är inte möjlig då patienten blir irriterad och vill åka hem.

- a. Ange rimliga diagnostiska överväganden.

Vänd...

Forts fråga 17...

b. Föreslå fortsatt lämplig utredning.

c. Vad gör du med patienten? Beskriv fortsatt lämpligt omhändertagande.

18. Under senare år har så kallade "osynliga" symtom alltmer uppmärksammats hos personer med multipel skleros (MS). Dessa besvär, t ex smärta, kognitiv störning och trötthet, har stor påverkan på den drabbades livskvalitet och alla neurologer bör kunna identifiera och hantera dessa symtom. Ange i nedanstående tabell om påståenden är sanna eller falska, S eller F.

Påstående	Sant	Falskt
Kognitiv störning uppges uppträda hos upp till 2/3 av alla MS-patienter		
Dyestesismärtor i bägge benen kan förekomma utan relation till motorisk funktionsnedsättning i benen		
Kognitiva störningar uppträder inte tidigt i sjukdomsförloppet vid MS		
Trigeminusneuralgi vid MS förväntas uppträda efter 50 års åldern		
Evidensgraden för behandling av MS-trötthet med modafinil är måttlig till hög.		
Förutom nedsatt semantiskt minne är det nedsatt informationsprocesshastighet som är den vanliga kognitiva störningen vid MS		

20. En 78-årig man opererades för två månader sedan för idiopatisk normaltryckshydrocefalus, INPH. Utredningen omfattade anamnes och nervstatus, DT och MRT hjärna, neuropsykologisk screening, sjukgymnastbedömning och likvordynamik med samtidig tapptest. Patienten förbättrades initialt i såväl gångförmåga som minnesfunktion. Han inkommer nu för rutinkontroll, varvid konstateras att gången försämrats och nu är minst lika dålig som före operationen.

a. Varför ska patienten utredas? Vilka undersökningar bör ingå i din utredning? Motivera indikation för var och en?

b. Du tittar på röntgenbilderna. Du har tillgång till alla som finns i arkivet. Vad tittar du på? Vad letar du efter?

21. Det är viktigt att känna till biverkningsprofilen hos läkemedel som används vid behandling av Parkinsons sjukdom.

Nämndet läkemedel (från listan nedan) som är mest sannolikt att orsaka var och en av följande biverkningar (ett läkemedel per biverkan/ett läkemedel kan ha flera biverkningar):

BIVERKAN:	MEST SANNOLIKT ORSAKAT AV:
Spelmissbruk	
Gul/orange-färgning av urinen	
Fibros av hjärtklaffar	
Plötsligt insomnande	
Levertoxicitet	
Perifera ödem	
Hämolytisk anemi	
Agranulocytos	

Läkemedel:

Apomorfin
Sinemet
Tolkapon
Pramipexol
Exelon
Amantadin
Ebixa
Entakapon
Venlafaxin
Klozapin
Azilect
Cabergolin

22. Denna fråga handlar om epilepsibehandling:

a. Ange lämpliga resp olämpliga antiepileptiska läkemedel vid leversvikt resp njursvikt. Motivera!

b. Vilka två antiepileptiska preparat anses uppvisa de s-konc som sjunker mest under graviditet?