



## **Specialistexamen i neurologi**

**LUND**

**28-29 maj 2018**

**Skriv tydligt, klart och koncist!**

**Varje fråga ger max 6 poäng.**

**KODNAMN:**

1. När du tänker tillbaka på din tid som ST-läkare drar du dig till minnes ovanliga fall, som den gången symtom i form av fokal epilepsi och psykos hos en kvinna i fyrtioårsåldern visade sig bero på neurosyfilis. Och som av en händelse läser du att syfilis är på uppgång igen (Läkartidningen 07/2018 – "Gammal imitator gör comeback"). Om man vet vilka symtom som neurosyfilis kan ha i olika stadier så vet man bättre när man ska ha det med i tankarna i den differentialdiagnostiska utredningen.

a. Vilken neurologisk symtombild är vanligast i tidigt skede 3-12 månader efter primär infektion.

b. Vilka är de typiska utredningsfynden i likvor?

Det är i sena skeden av neurosyfilis, upp till 15 – 30 år efter primär infektion, som begreppet imitator verkligen kommer till sin rätt. De flesta tänkbara symtombilder från centrala nervsystemet kan förekomma, från demens och psykos till symtom från lillhjärna, basala ganglier, pupiller och ryggmärg med kliniska förlopp som liknar stroke, hydrocefalusutveckling och neurodegenerativ sjukdom.

c. Vad kännetecknar den mest karakteristiska pupillavvikelsen, Argyll Robertsons syndrom?

d. Vad kännetecknar den variant på ryggmärgspåverkan som kallas tabes dorsalis?

2. På akutmottagningen träffar du en kvinna med symtom i form av dubbelseende. Vid din undersökning finner du normala pupillreaktioner och synfält. Vid blick åt vänster följer höger öga inte med över medellinjen, samtidigt som du ser horisontell blickriktningsnystagmus i vänster öga.
  - a. Vad kallas den typ av nystagmus du ser?
  - b. Vilken specifik ögonmotorikstörning är det fråga om och vilken är den anatomiska bakgrunden?
  - c. Om du testar konvergensen – hur ser rörligheten ut då?

Beroende på vilken patient du har framför dig kan man dra olika slutsatser om genesen till ögonmotorikstörningen. Vilken är den mest sannolika i nedanstående fall?

- d. En 74-årig kvinna med behandling mot hypertoni, KOL och trängningsinkontinens.
- e. En 24-årig kvinna med infektionsutlöst astma, i övrigt tidigare väsentligen frisk och som har bilateral adduktionssvaghet.

3. Bertil 69 år kommer på återbesök till dig på neurologmottagningen. Han har Parkinsons sjukdom sen 3 år tillbaka och är relativt välbehandlad med Levodopa/benserazid 100mg/25 mg 1x3. Vardagliga aktiviteter fungerar relativt bra och han är nöjd. Eller skulle vara det om det inte vore för att han hade så stora problem med plågsamma myrkrypningar i benen som kommer när han lagt sig på kvällen och hindrar honom från att somna. Han måste oftast gå upp och gå omkring för att lindra symtomet och det kan upprepas flera gånger på kvällen innan han utmattad lyckas somna. Du drar slutsatsen att han har restless legs syndrome/Willis-Ekboms sjukdom. Hans fru är med vid besöket och hon har också något hon vill diskutera. Hon störs på nätterna av att maken i sömnen ofta slår ut med armarna och sparkar med benen, det har också hänt att han trillat ur sängen. Han kan även göra läten. Om hon väcker honom förklarar han att han var mitt i en dröm. Hon är orolig för att han ska skada sig själv. Eller henne...

a. Vid RLS görs ofta en grundläggande lab-utredning för att utesluta diabetes mellitus, njursjukdom och brist på B12/folsyra. Vilken ytterligare laboratorieanalys är viktig vid symtom på RLS även vid Parkinsons sjukdom?

b. Om du får ett avvikande svar på analysen i fråga a och vill sätta in behandling – vilken interaktion måste du ta hänsyn till och hur hanterar du den?

c. Du vill sätta in en dopaminagonist till kvällen för symtomlindring. Vid behandling med dopaminagonist mot RLS förekommer fenomenet augmentation. Vad innebär det och hur hanterar man det?

d. Vilken sömnstörning är det som hustruns beskrivning i första hand inger misstanke om? Har du en bra behandling att föreslå?

4. Patienten som sitter mitt emot dig på neurologmottagningen beskriver målande sina episoder med svår huvudvärk. Hen har avgränsade attacker, alltid på samma sida av huvudet, och de är förenade med rodnad i ögat, tårflöde och nästäppa. Det låter helt klart som om vederbörande har en variant av TACS – trigemino-autonoma-huvudvärkssyndrom. Men vilken? Beskriv vad som skiljer nedanstående huvudvärksformer åt vad gäller attackernas frekvens och duration samt vilken behandling du rekommenderar i första hand för varje diagnos.

a. Paroxysmal hemicrani

b. SUNCT

c. Hortons huvudvärk/Cluster headache

5. En 40-årig högerhänt man med återkommande rotatorisk yrsel med illamående som varar i 1 dag. Symtomen har förekommit under de sista 6 åren. Han lider också av migrän utan aura. Den första migränattacken inträffade när han var 30 år gammal. Under de senaste 3 månaderna uppger han sex episoder av yrsel som beskrivs som en känsla av rotation och som varar i 1-2 dagar. I tre av fallen åtföljt av migränhuvudvärk vid höger ögonbryn. Annars uppger han ingen huvudvärk under perioden. Inga hörselstörningar. Ljus och ljudkänslighet har också rapporterats under några av episoderna. Konventionell MR av hjärnan visade inga abnormiteter i hjärnstammen, cerebellum eller i kranial nerver (inklusive kranialnerver VII och VIII). Flera T2-lesioner fanns supratentoriellt framför allt i subkortikal vit substans parietalt och occipitalt.

a. Vilken är den mest rimliga specifika diagnosen i detta fall?

b. Behövs någon ytterligare utredning?

c. Behövs någon behandling? I så fall vilken behandling? Motivera!

6. Du har precis börjat din nya praktik i Los Angeles utkanter där du möter denna patient som är en före detta professionell amerikansk fotbollsspelare, han är 45 år gammal och han söker för minnessvårigheter. Det framkommer också att han lider mycket av huvudvärk, humörsvängningar, ångest och återkommande depressioner, vilket har blivit ett stort problem för familjen. Vid snabb kognitiv screening framkommer framför allt problem med närminnet men även till viss del visuospatial förmåga.

a) Vad misstänker du i första hand att patienten lider av? Viktigaste differentialdiagnos?

b) Hur utreder du patienten och vad förväntar du dig av denna, var så specifik du kan?

c) Hur kan din misstänkta diagnos säkerställas?

d) Vad består den typiska patologin av?

7. Akut åskknallshuvudvärk orsakas i cirka 10% av fallen av subarachnoidalblödning (SAB). Det är av största vikt att diagnostiken genomförs på ett korrekt sätt för att kunna fastställa eller utesluta detta tillstånd. I Socialstyrelsens riktlinjer för stroke sjukvård 2014 fastslås vissa kriterier för diagnostik med datortomografi (CT) för att denna diagnostik skall bli säker. Där beskrivs även hur kompletterande utredning med lumbalpunktion (LP) bör vidtas i vissa lägen.

a) Ange tidsfönster för CT och LP för att dessa bägge metoder skall kunna tolkas korrekt.

b) Ange de viktigaste kliniska (2 st) och kompetensmässiga kriterierna (1 st) för att riktlinjerna rörande CT-undersökningen skall kunna tillämpas.

c) Vad heter den skala med vilken man graderar medvetandegrad vid SAB och som är det viktigaste prognostiska verktyget vid detta tillstånd.



8. En 45-årig tidigare frisk man söker pga cirka 2 månaders anamnes på tilltagande svaghet och domning i höger hand. I status finner du lätt – måttlig svaghet (MRC 3-4) i handledens flexorer och extensorer samt fingerflexorer och fingerspretning. Det finns en klart nedsatt sensibilitet för stick och beröring i hela höger handflata och ulnart höger underarm. Begynnande atrofi intrinsic muskulaturen höger hand. Övriga extremiteter utan avvikelser förutom generell areflexi. Neurografier visar förlångsammade ledningshastigheter med multipla konduktionsblockeringar i både motoriska och sensoriska nerver. EMG visar spontanaktivitet i flera av underarmens muskler samt m interosseus dig 1.

a) Du har således framför dig en patient med en den kliniska bilden av en asymmetrisk neuropati. Vilka tre viktiga differentialdiagnoser bör du ha i åtanke när du utreder en patient med denna kliniska bild?

b) Det är en av dessa som är mera sannolik än de övriga, vilken och varför?

c) Vilka behandlingsalternativ är det meningsfullt att testa vid detta tillstånd?

9. N Oculomotorius (CNIII) har ett långsträckt förlopp under vilken den kan påverkas och ger då samtidigt andra karaktäristiska symptom. Beskriv de viktigaste fynden avseende både CNIII påverkan och associerade symptom/fynd vid påverkan på följande lokaler:

a) I hjärnstammen

b) I subarachnoidalrummet

c) I sinus cavernosus

d) Vid Tolosa-Hunt syndrom

e) Vid vaskulär skada av CNIII

f) Vid oftalmoplegisk migrän

10. En läkarstudent har som del i ett projektarbete under utbildningen skrivit nedanstående text. När du som handledare läser igenom texten noterar du viss(a) felaktighet(er). Markera vad som är fel OCH ange korrekt text istället för det/de felaktiga i mening(arna).

Multipel skleros (MS) är en vanlig neurologisk sjukdom i Sverige där upp till 15.000 personer har sjukdomen. Insjuknande i MS sker vanligtvis i 20-40 års ålder, men några (<10%) procent av de som insjuknar är barn/tonåringar. Det vanligaste debutsymtomet är opticusneurit, dvs inflammation på synnerven. Opticusneurit brukar vara ensidig vid MS och i de flesta fall förbättras synen inom 1-3 månader. Bland andra symtom som ofta kan förekomma vid debuten av MS-sjukdomen kan man nämna känselstörningar, motorisk påverkan och vattenkastningsbesvär. Under sjukdomens förlopp kan senare en rad olika symtom uppträda beroende på vilken av nervsystemet som MS-förändringarna drabbar. Kognitiva besvär kan finnas tidigt utan att koppling till fokalneurologisk funktionsnedsättning. De flesta patienter debuterar med skovformad MS. Diagnos av ställs baserat på kliniska symtom och statusfynd samt laboratorieundersökningar. Bland dessa är magnetkamera av hjärnan viktig för att påvisa "spridning i rum", dvs MS-förändringar i olika delar av centrala nervsystemet. "Spridning i tid" kan påvisas genom att magnetkameraundersökningen samtidigt visar kontrastladdande förändringar och icke-kontrastladdande förändringar. Om magnetkameraundersökningen endast visar icke-kontrastladdande förändringar krävs att man gör ny magnetkameraundersökning för att påvisa "spridning i tid". I likvor från MS-patienter kan oligoklonala IgG band påvisas hos mer än 90% av patienterna om testet utförs med god teknik. En ny metod som kan öka den diagnostiska säkerheten och specificiteten vid MS-diagnostik är analys av neurofilament i likvor. Det finns nu mer än 10 "bromsmediciner" godkända mot skovformad MS i Sverige. Alla dessa läkemedel påverkar immunsystemet t ex genom att hindra flödet av immunologiskt aktiva celler över blodhjärnbarriären (natalizumab/tysabri), hålla kvar lymfocyter i lymfkörtlar (dimetylfumarat/tecfidera) eller som monoklonal antikropp riktad mot struktur på B- och T-celler slå ut dessa (alemtuzumab/lemtrada).

11. 32-årig gift man. Arbetar som civilingenjör på mindre företag. En dotter på 2 år. Hjärnskakning i yngre tonåren. Mononukleos sent 1990-tal. Sedan tidiga tonåren har patienten migrän men numera mycket sällan. Han kan koppla sina attacker till ansträngning eller stress.

Augusti 2017 fick patienten en episod av drömlig karaktär när han arbetade framför sin dator. Episoden varade ett flertal minuter. Han upplevde att han såg drömbilder samtidigt som han var medveten om verkligheten. Han bestämde sig till slut för att gå till sängs och efter 2 tim sömn mådde han bra igen. Två mån senare fick han återigen en kort attack av samma karaktär. Efter detta återkom episoderna då och då. Fyra månader efter första attacken fick pat en ny episod då han satt framför datorn. Han vaknade av att hustrun försökte väcka honom där han låg på golvet bredvid stolen. Hustrun säger att han var medvetslös 15-30 sek. Efter denna attack uppsökte han vårdcentralen och skickades vidare till dig vid neurologiska mottagningen.

**Status:**

**AT:** Klar och ordnad. Lätt värk över hjässan och frontalt samt bak i nacken.

**Cor och pulm** auskulteras ua.

**BT:** 130/90, regelbunden rytm 60/min.

**Neurologi:** inget anmärkningsvärt i status

**Rutinblodprover** inkluderande Hb, B-glukos, LPK, TPK, CRP, el-status, APTT och PK ua. **Temp:** 37,6.

a. Var sitter skadan? Motivera.

b. Sannolik etiologi? Motivera.

c. Vilka utredningar anser du nödvändiga? Förväntat resultat?

d. Vilka övriga åtgärder vidtar du?

e. Vad gör du om nya attacker återkommer inom de närmaste månaderna, respektive närmaste åren?

12. 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.

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: Kranialnervus us. Lätt vinglighet blundande vid Romberg men utan fall. Går bättre med öppna ögon. Möjligen nedsatt yttlig sensibilitet på båda fötterna.

a. Diskutera kring möjliga differentialdiagnoser?

b. Vad gör du för utredning?

14. Några delfrågor om kognitiv påverkan:

a. Vilka symtom har patienter med emotionell och kognitiv personlighetsförändring, s.k. frontallobssymtom?

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

b. Hur identifierar/utreder du en patient som har normaltryckshydrocefalus?

15. En 72-årig kvinna med warfarinbehandlat förmaksflimmer och diabetes inkommer till akutmottagningen på länssjukhuset där du är primärjour kl 08.00 på morgonen. Medföljande make rapporterar att han hörde en duns kl 07.30 och sedan fann patienten liggande på golvet. När de gick och lade sig igår kväll klockan 22 mådde hon "som vanligt".  
Patienten är helt vaken men har temp 39.2°C. Hon har en global afasi och följer inga uppmaningar, verkar inte kunna tala. Blickpares med blicken riktad åt vä, hemianopsi åt höger. På hö sida har hon en uttalad central facialispares, paralyt i armen men hon kan hålla benet 5 s även om det sjunker lite. Verkar inte känna smärta i hö sida.  
Lab status: Hb 135, PK 1.9, P-Natrium 135, P-Kalium 4.0, P-Kreatinin 98, B-glukos 16.2. CT skulle prel ua.

a. Vad blir hennes NIHSS poäng

- a. 10-15 P
- b. 15-20P
- c. 21-25P

b. Vilken behandling bör du i första hand överväga?

c. Överväger du någon ytterligare diagnostisk undersökning?

d. Vilka medicinska åtgärder (förutom B) överväger du i akutskedet?



16. En 70-årig man med känd hypertoni har i morse kl 7.15 i samband med snöskottning insjuknat med svår huvudvärk följt inom någon minut av högersidig hemipares. Inkommer akut till sjukhuset kl 8.00 som rädda hjärnan-larm. Akut undersökning visar måttlig central facialispares höger, uttalad pares höger övre extremitet, måttlig pares höger nedre extremitet. Kan endast svara ja och nej på frågor, gör detta relativt adekvat men tycks inte riktigt förstå alla uppmaningar. Något trött, svarar lite långsamt, men ter sig i övrigt helt vaken. Synfältsinskränkning åt höger. PK =1,2. P-glc=6,0. Hb=145. Akut DT visar thalamusblödning vänster ca 2x2,5x3 cm. BT 195/100.

a. Vilka är det två vanligaste huvudtyperna av intracerebral blödning, med utgångspunkt från utseende på DT hjärna?

b. Vilka två viktigaste bakomliggande mekanismer brukar man ange för respektive typ av dessa två huvudtyper?

c. Patienten medicinerar med T. Trombyl 75 mg x 1. Lämplig(a) åtgärd(er) nu i detta läge med tanke på detta?

d. Skall patienten rekommenderas behandling med k-vitaminberoende koagulationsfaktorer och k-vitamin? Motivera svaret.

e. Patienten medicinerar också med T. Enalapril 10 mg x 1. Lämplig(a) åtgärd(er) nu i detta läge med tanke på detta och det uppmätta blodtrycket?

f. Skall patienten nu rekommenderas akut neurokirurgisk utrymning av hematomet? Motivera svaret.

17. Av remisser till neurologisk mottagning under frågeställning "tremor" döljer sig ofta många andra sjukdomstillstånd. Även bland erfarna neurologer essentiell/familjär tremor överdiagnostiserad, och det finns flera viktiga differentialdiagnoser vad gäller tremor. Behandlingsmässigt skiljer sig dessa typer åt i bland och det är därför av intresse / vikt att kunna skilja upp olika tremor tillstånd.

Nedan följer 2 korta patientbeskrivningar a - b. Anamnesen är delvis ofullständig, och Din uppgift blir att komplettera anamnesen med "om patienten har **xx** i anamnes och **yy** i status fynd så blir diagnosen inte familjär tremor utan **zz**".

a. 28 årig kvinna, med positionell och kinetisk tremor bilateralt i armarna / händerna och utan vilotremor sedan många år. Besvären tilltar långsamt. Hon har ingen rigiditet eller hypokinesi, och hon tar inga mediciner. Hon har tidigare tagit liten dos Inderal, med en viss effekt, men höga doser gick inte att ta pga. bronkoberaktivitet. Det finns en liten alkohol effekt. I status finner Du en viss sidoskillnad i grad av tremor, med höger sida värre vad gäller den positionella tremorn, som har en grovvågig karaktär. I vissa lägen kan patienten "koppla loss" tremorn och är då helt besvärsfri. Patienten har haft skrivkramp och du noterar att huvudet rör sig vad det verkar rytmiskt åt sidan åt höger. Patientens mamma hade arm tremor under några år, men som spontant gått i regress, i 45-års åldern.

---Ytterligare anamnes:

-.

---Fynd i status som troligen saknas i beskrivningen:

-

---Trolig differentialdiagnos:

-

---Behandlingsförslag:

FORTS 17b. 53 årig man, med insulinbehandlad diabetes sedan 14 år, men relativt väl reglerad. Patienten har utvecklat en positionell tremor i höger arm, utan vilotremor, utan rigiditet eller hypokinesi. Du har testat L-dopa på denna patient, utan effekt. Han tar inga andra läkemedel, och han har ingen effekt av alkohol. Han noterar ingen direkt förbättring eller försämring av stress. Motoriskt är patienten helt intakt, men sensoriskt har patienten nedsatt proprioception testat med stämngaffel, i arm som ben.

---Ytterligare anamnes:

---Fynd i status som troligen saknas i beskrivningen:

---Trolig differentialdiagnos:

18. Du får på remiss från en internmedicinare på sjukhuset i grannstaden, följande patient under frågeställning – atypisk parkinsonism.

Patienten har haft långsamma rörelser och stelhet i ca 5 års tid, och hade i början en god effekt av L-dopa, i doserna 400 mg / dygn. Någon tremor har vare sig patienten eller inremitterande noterat.

Nu, sedan ca 1 år har effekten blivit sämre, trots en successivt ökad dos till 800 mg (150 mg + 150 mg + 100 mg + 100 mg + 100 mg + 200 mg (depot), och patienten har svårt att hålla balansen med upprepade fall. Talet har blivit snabbt sämre och patienten är svår att förstå.

d. Vilka två diagnoser är mest sannolika på denna patient?

e. Vilka anamnestiska uppgifter av av vikt för att skilja upp dessa tillstånd:

f. Vilka status fynd bör du söka efter vid undersökning nu och framöver:

19. Några frågor om epilepsi:

a. Hur stor är risken för ett andra oprovocerat epileptiskt anfall, inom två år, efter ett förstagångsanfall och vilka faktorer indikerar en högre recidivrisk efter ett första anfall (nämna minst två faktorer)?

b. Karl har körkort med behörighet både för bil och för buss. Han har epilepsi och har fått ett recidivanfall. Vad gäller för regler avseende fortsatt innehav av körkort för bil respektive för buss, i Karls fall?

c. Patient med svårbehandlad epilepsi bör aktualiseras för bedömning av ett epilepsiteam på regionsjukhuset. Farmakologiskt resistent patienter kan vara aktuella för epilepsikirurgi.  
Hur definieras farmakoresistens hos en individ med epilepsi?

20. En 32 årig kvinna, frisk för övrigt, är remitterad till neurologmottagningen på grund av sluddrig tal som förvärras när hon pratar en längre stund. Hon har svårt att svälja maten och även detta kan bli värre under tiden hon äter. Hon rapporterar att huvudet känns tyngre och är ibland svårt att hålla upp. Ibland känner hon sig svag i armar och benen. Hela symptomatologin har utvecklats gradvis, under ungefär 4 månader, men en vecka sedan blev hon mycket rädd att hon kommer att ramla på grund av svaghet i benen och skada sig, då hon gick till akuten. En CT skulle göras som var u.a. Även blodprover tagits som visade bl.a. normala tyreoidaprover och s-kortisol. Patienten även rapporterar allmäntrötthet och ibland känsla att hon inte andas bra.

a. Vilken är den mest sannolika diagnosen?

c. Resonera kort kring några viktiga/relevanta differentialdiagnoser

c. Vilket är det lämpligaste sättet att komma vidare i diagnostiken?

d. Nämn några läkemedel eller substanser som du skulle rekommendera att din patient undviker vid den sjukdomen du misstänker i första hand

21. Du träffar på neurologmottagningen en 62 årig man som inremitterats av sin distriktsläkare för bedömning av droppfot. Problemet började med instabilitet och svaghet i vänster fotled för 2 år sedan och har därefter långsamt progredierat. Patienten har även märkt intermittenta sensoriska symtom från fötterna. Patienten har fått sluta med sina motionslöpningar då han fallit vid flera tillfällen. Man har också noterat en psykisk förändring hos patienten, som fått svårare att uttrycka sig och har även noterats en del problem att klara administrativa moment på sitt arbete som arbetsledare i industrin. Hustrun ha också märkt att patienten inte längre är intresserad av sina tidigare fritidssysslor, barnbarnen eller att handha olika hushållssysslor som han tidigare skötte. Patienten har tidigare varit fullt frisk, psykiskt mycket aktiv och har inga speciella sjukdomar i släkten.

Vid din undersökning finner du en droppfot vänster och en lättare dorsalextensionssvaghet även i höger fotled. Reflexerna är generellt livliga utan sidoskillnad. Normal sensibilitet. Patienten har klara svårigheter att följa uppmaningar och att själv närmare bidra till anamnesen. Patienten ger således intryck av en kognitiv nedsättning.

Anamnes och statusfynd ger misstanke på möjlig bakomliggande diagnos och du igångsätter en lämplig utredning och planerar återbesök för patienten efter detta. Vid återbesöket 3 månader senare framkommer att patienten försämrats och har nu fått en lätt motorisk nedsättning även i höger hand och mera tydliga talproblem med dysartri och ordmobiliseringssvikt. Patienten har också gått ner 5 kg i vikt. Patienten beskrivs av hustrun som alltmer oengagerad, rigid och samtidigt oresonlig i vardagliga diskussioner. Patienten har svårt att ta till sig information kring sin sjukdom och vägrar använda sina ordinerade hjälpmedel.

Efterföljande halvår karakteriseras av en tydlig symtomprogress med tillkomst av gångsvårigheter på gata och stelhet i benen bilateralt, generellt nedsatt ork och dyspné, sömnsvårigheter samt ytterligare viktnedgång och patienten blir alltmer avmagrad

a. Vilken diagnos misstänker du primärt vid första konsultationen för den här patienten? Diskutera tänkbara differentialdiagnoser.

b. Ange lämplig utredning med sannolika / möjliga fynd i detta fall utifrån trolig diagnos.

c. Diskutera lämplig behandling och omhändertagande i övrigt kring detta fall

