



Specialistexamen i neurologi 2023

Utan FACIT

Fråga 1

Helen är 29 år, hon har en 2-årig son och hon är sambo. Hon arbetar som lastbilschaufför. Hon har tidigare under en period behandlats med antidepressiv medicin men under senare tid har hon mått bra utan behandling. Hon använder p-piller. Hon inkommer nu akut. Sambon beskriver att Helen plötsligt började rycka i vänster arm, ramlade ihop på golvet i köket, tappade medvetandet och blev liksom stel i armarna och började därefter rycka i både armar och ben. Efteråt var hon trött och förvirrad men har nu återhämtat sig och är inlagd på avdelning. Blodprover, EKG och CT hjärna har inte visat något avvikande.

1. Hur benämner du hennes anfallstyp (enligt senaste ILAE klassifikationen)? (1 p)

Dagen efter på avdelningen mår hon helt bra igen förutom att hon har ont i tungan efter att ha bitit sig i den under anfallet.

Hon är orolig för sitt arbete utifrån det som hänt.

2. a) Vad ger du henne för information vad gäller hennes arbete som lastbilschaufför (högre behörighet) efter denna förstagångskrämp? (1 p)
2. b) Vilka medicinska krav för tung trafik gäller enligt transportstyrelsen om hon får ytterligare krampanfall och diagnosen epilepsi? (1 p)

MR hjärna och polikliniskt EEG och genomförs och visar inget avvikande men efter fem månader så inkommer hon med ett förnyat krampanfall. Hon får nu diagnosen epilepsi och du vill nu att hon påbörjar medicinering. Du vet att hennes hormonella kombinerade preventivmedel kan interagera med antiepileptika.

Beskriv de interaktionsproblem som finns mellan antiepileptika och kombinerade hormonella p-piller (innehållande både östrogen och gestagen) vid behandling med

3. a) lamotrigin (0,5 p)

3. b) karbamazepin (0,5 p)

Helen blir insatt på lamotrigin och folsyra. Ett år senare ringer hon dig och berättar att hon är tidigt gravid.

4. Hur och varför övervakar du hennes medicinering med lamotrigin under och efter graviditeten?

(2 p)

Fråga 2

På mottagningen träffar du en 65 årig kvinna, läkemedelsfri, utan hereditet för neurologisk sjukdom.

För ett år sedan uppmärksammade väninna att patienten skakade symmetriskt i händerna vid aktivitet, ej i vila. Det är besvärligt att äta, skriva på datorn då hon kan missa tangent samt vid arbete som kräver en viss precision. Under året som gått successiv försämring. Tycker att det blir något sämre av nervositet, inga andra försämrade faktorer. Ej besvärad i sociala situationer. Är högerhänt. Inga andra neurologiska symtom.

Neurologiskt status: Normal ansiktsmimik, blinkfrekvens och tal. Orienterad. Vid armar-framåtsträck finns en lätt tremor i vänster hand. Vid gång adekvat steglängd, vändningsmönster, inga igångsättningsvårigheter, ingen vilotremor. Lätt nedsatt medrörelse i höger arm. Nedsatt

diadokokinesi vänster sida, klarar av fingerspel utan anmärkning bilateralt. Vid finger-näsförsök ses intensionstremor bilateralt, med dominans vänster sida. Knä-hälförsök utan anmärkning. Rigiditet vänster armbågsled med lättare kugghjulsfenomen vid extension, övriga leder u.a.

1) Hur vill du komplettera anamnesen? (0,5+0,5)

2) Hur vill du komplettera den kliniska undersökningen? (0,5+0,5)

3) Vilken radiologisk undersökning är du mest intresserad av och hur bidrar den till diagnostiken? (0,5+0,5)

5 år senare besväras patienten fortfarande av sin aktionstremor som sakteliga försämrats till allt mer handikappande. Ingen progress av de övriga statusfynden. Inga nytillkomna symtom.

4) Vilken diagnos är mest trolig och varför? (1p)

5) Vilka behandlingar skulle du prova och i vilken ordning? (1p)

6) Kan patienten vara aktuell för DBS? Var? (1p)

Fråga 3

55 årig man som gått på neurologkliniken med diagnosen Parkinsons sjukdom i 5år. Debuterade med hemiparkinsonism. Negerar anosmi. MOCA 30/30. Sista året alltid off vid besök till läkare och sköterska. Inte ramlat.

Mediciner:

T. Madopark 100 mg 1 x5; Comtess 1x1; T.Azilect 1 x1; Neupro plåster 4mg/24 timmar.

Den dopaminerga medicineringen ökas utan att patienten upplever förbättrad rörelseförmåga.

PKG visar att patienten är bradykinetisk hela dagen, utan effekt av levodopa intag, ingen överrörlighet.

Vid rutinkontroll av blodtryck noteras: Liggande, 133/80, sittande 112/75, stående 95/60 och stående 1 minut 85/58. Du ger icke-farmakologiska blodtryckshöjande råd till patienten (Fysisk aktivitet, ökat saltintag, mindre måltider, höjd huvudända på sängen, 2 glas vatten på morgonen, adekvat vätskeintag, stödstrumpor, undvik: snabb uppresning.

Ett annat sätt att minska ortostatismen är att minska den dopaminerga behandlingen.

1) I vilken ordning skulle du sätta ut patientens dopaminerga behandling? (0,5p)

2) Pat har trots dina råd och justeringar fortsatt uttalad ortostatism. Nämn tre mediciner du skulle prova. (1,5p)

Neurostatus: Hypomimi. Tyst och dysartriskt tal. Tendens till antecollis. Reser sig utan stöd från armar. Går med ganska god steglängd. Nedsatt medrörelser i armarna bilateralt framför allt vänster. Uttalad lutning åt höger. Uttalad hypokinesi och förlångsamning vid fingertapp, diadokokinesi och fotstamp, fottapp bilateralt. Klarar pulltest.

3) Vilken diagnos misstänker du? (1p)

När man bedömer patienter med Parkinsons sjukdom ska man vara uppmärksam på *röda flaggor vid Parkinsons sjukdom*. Dessa röda flaggor pekar mot andra sjukdomar som ger parkinsonism.

4) Nämn vilka röda flaggor som är kopplade till den diagnos du misstänker att patienten har. Nämn minst 3. (1,5p)

5) Vilka undersökningar (klin.kemi och bilddiagnostik) gör du och vilka svar letar du efter? (1,5 p)

Fråga 4

Du arbetar som neurologkonsult och får en remiss från ortopederna på en tidigare frisk 45-åring som insjuknade för 4 dagar sedan med medelsvår smärta i ländryggen och tilltagande svaghet i benen. MR ländrygg visar lättare degenerativa förändringar men inget diskbråck/kompression. Det hela började med att han upplevde sig snubblig och hade svårigheter att promenera hunden. Nu kan han med svårighet ställa sig upp från sängen. Dessutom har han fått pirningar i benen. I förbifarten nämner han en bihåleinflammation för två veckor sedan som han behandlade med antibiotika från sin vårdcentral. Vid undersökning finner du en relativt symmetrisk slapp bensvaghet som verkar främst påverka höftledsrörelser och i mildare grad knä- och fotledsrörelser. Han kan med hjälp ställa sig upp men klarar ej knäböj. Mycket diskret svaghet vid armabduktion. Ingen tydlig känselnedsättning, svårt att aktivera reflexer i ben och armar. Kranialnervstatus u.a.

Blodprover visar lätt stegring av transaminaser och du väljer att gå vidare med lumbalpunktion.

Efter en timme får du svar på de första analyserna:

S-Proteinundersök.				Resultat saknas	
CSV-Albumin	275	70-400	mg/L	EDI-OK	
Csv-Celler	Resultat	Referens	Enhet	Status	Kommentar
Csv-Erytrocyter	0	0	10x6/L	EDI-OK	
Csv-Leukocyter	2	0-5	10x6/L	EDI-OK	Poly och mono utförs då CSV-Lpk är större än 15 x 10E6/L.
Csv-Leukocyter,poly	Ej utförd	0-6	%	EDI-OK	
Csv-Leukocyter,mono	Ej utförd	94-100	%	EDI-OK	
	Resultat	Referens	Enhet	Status	Kommentar
Csv-Glukos	4,0	Se Provt anv	mmol/L	EDI-OK	
Csv-Proteinundersök.				Resultat saknas	

Frågor:

1. Vilket tillstånd misstänker du i första hand? Vilka är dina differentialdiagnoser? (1,5p)

2. Hur utreder du patientens tillstånd? Vilka fynd förväntar du dig? (1,5p)

3. Vilken behandling väljer du? Vad är för- och nackdelar med olika behandlingsmetoder? (1,5p)

4. Vilka andra åtgärder rekommenderar du utöver behandling? (1,5p)

Fråga 5

En tidigare frisk 72-årig kvinna kommer till neurologakuten för förvirring och hallucinationer. Hon beskrivs som tidigare frisk och tar inga läkemedel. Maken berättar att allting började plötsligt för en vecka sedan. Patienten, som vanligtvis är pigg, alert och flitig korsordslösare vaknade tidigt en morgon och var inte sig själv. Maken beskriver att hon hade svårt att tillaga frukosten, var lite yr och verkade dessutom gå in i möbler och dörrkanter. De misstänker att det är något fel med synen. Patienten upplever ingen påverkan på motorik eller känsel och är uppegående utan stöd. De valde att avvakta med att kontakta sjukvården.

Efter fem dagar har patienten fått besvärande synhallucinationer och uppger att hon ser barn och djur i rummet. Barnen som förekommer har vänliga ansikten och leker i rummet samtidigt som djuren verkar klättra på väggarna. Dessa hallucinationer förekommer främst i höger synfält och patienten nekar att hon hör barnen eller djuren, ungefär som en stumfilm som upprepar sig.

Vid undersökning finner du en vital kvinna för sin ålder, som är fullt orienterad och har stenkoll på dagens politiska läge. Hon har normal ögonmotorik och fullgod kraft i armar och ben. Dock föreligger det en tydlig homonym hemianopsi åt höger vid Donders test. Provtagning på akuten u.a. Blodtryck är 170/100 och EKG-undersökningen visar ett förmaksflimmer.

1- Vad är orsaken till synnedsättningen? (2p)

2- Hur förklarar du patientens hallucinationer? (2p)

3- Vad är den huvudsakliga behandlingen av patientens hallucinationer? (2p)

Fråga 6

En 25-årig man söker pga. smärtattacker i höger huvudhalva. Han har ADHD och psoriasis, inga mediciner. Har ett eget företag inom transportbranschen. Ingen betydande huvudvärk sedan tidigare. Smärtattackerna började för en vecka sedan, centrerad runt och bakom höger öga. När smärtan är som värst kan den stråla ner via underkäken ner på halsen och ut i höger axel. Han beskriver smärtan som fruktansvärt intensiv med en varaktighet på 5–10 min. Attackerna kommer och avslutas plötsligt. Under attackerna rinner det från höger öga, som också blir rött och ljuskänslig. Han har räknat till 15–20 attacker per dag, förutom de första par dagarna då det bara var 2–4 attacker. Någon gång kom smärtan strax efter att han börjat äta, men annars har han inte noterat någon misstänkt trigger.

A) Vilken är den mest sannolika diagnosen? (1p)

B) Vilket läkemedel bör testas först? (1p)

C) Vilken slutsats drar du om läkemedlet i B inte har effekt? (1p)

D) Om patienten hade attacker av samma karaktär som ovan, men som istället varade 1–5 sekunder och kom 100–200 gånger per dag, vilken diagnos hade då varit mest sannolik? (1p)

E) Föreslå en profylaktisk behandling för diagnosen som misstänks i D. (1p)

F) Hur ser könsfördelningen ut för diagnoserna A och D? (1p)

Fråga 7

En 38-årig kvinna söker pga krypande känsla i benen sedan ett år tillbaka. Krypningarna gör att hon vill röra på benen, och symtomen lindras av det. Symtomen är bilaterala och kommer främst på kvällarna, men någon gång har hon också känt av det under dagen. Hon har läst på själv och tror att hon har restless legs syndrome (RLS)/Willis-Ekboms syndrom. Tidigare väsentligen frisk förutom appendektomi. Inga läkemedel. Sambon berättar att patienten nattetid inte ligger still. Var 20–30 sekund sparkar hon till helt under några sekunder, och detta kan pågå i perioder om 10-20 minuter. Patienten besväras inte av dagtrötthet.

A) Nämn två grupper av läkemedel som ofta förvärrar RLS. (2p)

B) Vad kallas de återkommande benrörelser under sömn som sambon noterat? (1p)

C) Vilken blodanalys är lämplig/rimlig att utföra vid RLS? (1p)

Patienten får testa pramipexol mot sina besvär. Initialt har hon viss nytta, men trots att hon höjer dosen kommer symtomen tillbaka följande månader. När ni ses igen efter ett halvår har besvären tilltagit.

D) Vilken orsak till patientens försämring bör misstänkas? (1p)

E) Nämn två medikamentella, icke-dopaminerga behandlingsalternativ. (1p)

Fråga 8

En 74-årig kvinna söker akutmottagningen på ett länssjukhus efter att ha satt i halsen. Hon lyckades hosta upp, men blev oroad. Rökstopp i 40-årsåldern. För ett par år sedan hade hon vestibularisneurit. I övrigt frisk, inga mediciner. Det framkommer att hon haft svårigheter att äta och svälja med debut för fem månader sedan. Besvären har tilltagit. Läkare på vårdcentralen har nyligen skickat en remiss till ÖNH-mottagningen. De senaste dagarna har hon med möda fått ner lite banan och tårta, efter tre mödosamma tuggor går det inte längre. Hennes tal har förändrats och blivit mer otydligt sedan någon månad. Hon har lite svårt att hålla upp huvudet. Inga symtom från armar eller ben. I samband med att hon nu satte i halsen fick hon svårt att andas, i övrigt ingen dyspné eller ortopné i anamnesen. Hon vill däremot inte ligga på rygg för att hon då har svårt att hålla munnen stängd. Akutläkaren kontaktar dig som är neurologkonsult.

I neurologiskt status noterar du nasalt tal. Ögonmotoriken är normal. Nedsatt rörlighet runt munnen, kan vissla lite svagt. Svalget rör sig symmetriskt vid fonation. Tungans rörlighet är normal. Hon kan inte bita ihop mot motstånd. Svaghet i nacken vid huvudlyft. Kraften i armar och ben är normal. Senreflexerna är lättutlösta, Babinskis tecken saknas bilateralt. Koordination och sensibilitet är ua.

- a. Vilken diagnos misstänker du i första hand? Motivera! Ange även tänkbara differentialdiagnoser. (2p)
- b. Hur vill du komplettera status? (1p)
- c. Hur vill du lägga upp utredningen? Ange vad du beställer och vad du förväntar för svar som skulle stärka din förstahandsdiagnos. (3p)

Fråga 9

Antonia, 56 år kommer på återbesök tillsammans med sin dotter. Hon har ALS med främst bulbära symtom som debuterade för ca 9 månader sedan. Hon är uppgående utan stöd och klarar sin personliga ADL även om kraften i händerna är lätt nedsatt. Hennes tal börjar bli svårbegripligt och hon kommunicerar bäst med en elektronisk kommunikator. Hon kan svälja och försörjer sig per os men måltiderna tar allt längre tid. Vatten och andra tunnflytande konsistenser orsakar hosta. Dottern har förberett en lista med frågor och överst står: Finns det någon behandling mot dreglandet? Patienten har en handduk med sig för att torka bort den saliv som rinner från mungiporna. Du frågar också efter symtom från andningen. Patienten skakar på huvudet som svar på samtliga frågor, men börjar plötsligt gråta. Dottern ser bekymrad ut och påtalar att patienten ofta börjar gråta och undrar om det inte behövs behandling mot depression. Patienten skriver på sin samtalsapparat: Jag är inte deprimerad!

- a. Vilken åtgärd behöver du diskutera med patienten om du inte gjort det tidigare och vilka uppgifter är viktiga i den diskussionen? (2p)

- b. Det finns flera olika metoder/möjligheter för behandling av sialorré. Vilka känner du till? (2p)

- c. Är patienten deprimerad eller har du en annan förklaring? Har du förslag på behandling? (2p)

Jan är 67 år och patient hos dig sedan tre år tillbaka och du känner dig relativt säker på att han har en genuin Parkinsons sjukdom. Han har svarat bra på behandling och hans vardag fungerar utan egentliga inskränkningar. Han och hustrun har engagerat sig i Parkinsonförbundets lokalavdelning. Vid dagens återbesök tar hustrun upp en fråga om något de båda är oroade över. De har hört och läst att det finns en ökad risk att få minnesproblem och demens vid denna diagnos. Hustruns faster har Alzheimers sjukdom. Nu undrar de över risken för Jans del att drabbas av demens och om han kommer att få liknande symtom som hustruns faster.

- ### Fråga 11

Du träffar en 45-årig medicinfri man som sedan flera månader känt sig svagare i höger underarm och hand vilket har påverkat honom negativt i sitt arbete som snickare. Han känner sig öm och uttröttad i armen efter en arbetsdag och ibland får han muskelkramper. Nyligen har han börjat känna av likartade symtom i vänster hand där han har lite svårt att sträcka på fingrarna.

- 11

2. Hur planerar du att utreda patienten vidare och vilka ytterligare anamnestiska uppgifter är viktiga att ta reda på för att differentiera mellan de diagnoser du överväger? (2p)

I patientens fall visar det sig efter din utredning att diagnosen är en ovanlig sjukdom, där du haft nytta av en antikroppsanalys för att slutligen landa i diagnosen.

3. Vilken diagnos kan det vara och vilka antikroppar? (2p)

Vad är behandlingen för detta tillstånd? (1p)

Fråga 12

En 76-årig kvinna med metabolt syndrom med åtföljande diagnoser och läkemedelslista kommer in till akutmottagningen för att hon inte längre står ut med sina symtom. Hon besvärar sig av en svår och akut påkommen smärta i vänster lår. Hon tycker också att hon blivit svagare i benet och fått svårare att gå.

En initial utredning ger misstanken om att patienten drabbats av en diabetes-amyotrofi.

1. Vad är den förväntade symtomutvecklingen och prognosen vid detta tillstånd? (1p)
2. Vilken är den förmodade patofysiologiska orsaken bakom diabetes-amyotrofi? (1p)
3. Vilken behandling är aktuell? (1p)
4. Vad är i stället den vanligaste neurologiska komplikationen till diabetes mellitus och hur ter sig den? (1,5p)
5. Vid exempelvis diabetes kan det även föreligga en autonom neuropati, ange vanliga symtom vid en autonom neuropati? (1,5p)

Fråga 13

En 31-årig kvinna söker akut med en veckas gradvis tilltagande domningar i benen som stigit upp mot underlivet och midjan. MR visar en 3 cm lång myelit i baksträngarna Th3 nivå och på MR hjärna 8 lesioner varav två ligger periventrikulärt och en juxtacortikalt. Ingen av lesionerna laddar kontrast. I liquor föreligger 7 mono, ett svagt IgG-band som inte syns i serum, IgG-index är 0,67 (ref < 0,7).

- a. Uppfyller patienten McDonalds kriterier för MS? Motivera ditt svar (2p)

- b. Ni diskuterar behandling och patienten önskar ha en tablettbehandling men hon önskar även att bli gravid inom de närmaste 2 åren. Nämn ett tablettläkemedel där det föreligger svårigheter att planera inför graviditet och ett där sådan planering underlättas. (2p)

- c. I basutredningen visar det sig att patienten är JCV pos med JCV-index 2,67. Vilket av *samtliga* MS-läkemedel (alltså inte bara tabletter) är då inte aktuell som långtidsbehandling? Varför? (2p)

Fråga 14

Vid tillstånd med bilateral optikusneurit och långsträckt myelit:

- a. Bör du kontrollera två specifika autoantikroppar i serum, vilka? (2p)

- b. Bör du påbörja behandling akut med minst en av två olika behandlingsmodaliteter, vilka är dessa två (2p)

- c. Finns det två etablerade långtids behandlingsprinciper mot ett av tillstånden, vilka är dessa två, nämn specifika läkemedel eller specifika farmakodynamiska principer (2p)

Fråga 15

En 42-årig man söker akut med bilateral facialispares. Med följande samtidigt förekommande symptom eller utredningsfynd kommer du att misstänka olika underliggande sjukdomar. Ange *i varje fall vad du misstänker i första hand och vilken primär behandlingsstrategi som följer på den misstanken:*

- a. Nervstatus i övrigt ua. Patienten har utstrålade smärtor i armarna samt vid akut liquoranalys 85 mono, 3 poly, albuminkvot 11,5 (2p)

b. I nervstatus generell areflexi och lätt pares i fotlederna bilat. I liquor 3 mono, 0 poly, albuminkvot 11,5 (2p)

c. I somatiskt status ömmande blåroda lätt upphöjda hudförändringar på underbenen, nervstatus i övrigt ua. I liquor 48 mono, 15 poly, albuminkvot 38 (2p)

Fråga 16

Du är på neurologmottagningen. Du träffar Lennart, en 81 årig man med Eliquisbehandlat flimmer samt hypertoni. Han har på uppmaning av anhöriga sökt vårdcentral då han uppfattats som tröttare och fått svårare med närminnet. Via vårdcentralen har man till följd av minnessvårigheterna skickat honom på CT-hjärna. Undersökningen beskriver vidgade sidoventriklar och tredje ventrikel med Evans index 0,34. Det föreligger en brant callosal vinkel och ngt komprimerade fåror parafalcint. Bilden anges radiologiskt väl förenlig med normaltryckshydrocephalus (NPH). När ni går från väntrummet noterar du att han använder rullator och processen att ta sig från soffan i väntrummet till undersökningsrummet är långsam. Patienten själv är inte riktigt på det klara med varför han hamnat på neurologmottagningen men medföljande hustru har ett visst begrepp. Din infallsvinkel blir att bekräfta eller avfärda frågeställningen om NPH.

1. Beskriv typiska drag i den gång och balansstörning som den ofta uppträder vid NPH. (1,5p)
2. Beskriv typiska drag i den kognitiva störning som ofta uppträder vid NPH. (1,5p)
3. Det tredje symtomet i triaden och karaktären av detta. (1p)

Efter din undersökning av patienten uppfattar du att det även kliniskt finns stöd för hydrocephalus och inte bara patientens familj utan även Lennart själv kan i förlängningen tänka sig en operativ åtgärd om det kan göra honom bättre. Du kompletterar med MR undersökning som ger starkt stöd för NPH och utesluter obstruktiv hydrocephalus. Du skickar remiss till NPH-enhet men i den mycket långa väntetiden väljer du att göra en lumbalpunktion med tapptest. Trycket ligger på 18cmH₂O. Inga celler, lågt betaamyloid och Tau samt normalt NFL. I tapptestet känner sig patienten lite mer alert i tanken men du ser ingen objektiv förbättring.

1. Är trycket förenligt med NPH. (0,5p)
2. Hur tolkar du likvorproverna (1p)
3. Utesluter ett negativt tapptest effekt av shunt? (0,5p)

Fråga 17

På mottagningen träffar du en 52 årig man som sista året besvärats av skakningar från och till i vänster hand. Tillkomst av förlångsamning och han har sista månaderna även fått en påverkan på finmotoriken vänster hand. Du tar en fördjupad anamnes och undersöker patienten. Det visar sig att patienten har en lätt vänstersidig parkinsonism. Dessutom tidigare depression och förstoppningsproblematik sedan flera år. Du försöker erinra dig de diagnostiska kriterierna för Parkinsons sjukdom. Du tycker inte att det just nu finns några röda flaggor eller några exklusionskriterier och din bedömning är att patienten har en sannolik Parkinsons sjukdom. Enligt MDS kliniska diagnostiska kriterier för Parkinsons sjukdom är parkinsonism ett essentiellt grundläggande kriterium för att kunna ställa diagnosen. Parkinsonism förutsätter bradykinesi.

- a) Hur definieras bradykinesi i de diagnostiska kriterierna? (0.5p)
- b) Hur definieras parkinsonism i de diagnostiska kriterierna? (0.5p)
- c) Ge ett exempel på ett absolut exklusionskriterium för diagnosen Parkinsons sjukdom (0.5p)

Du informerar honom om din bedömning. Han vill påbörja medicinering och du sätter in T. Requip Depot 2 mg x1 med upptrappning till 4 mg x1. Han upplever sig så gott som symtomfri under något år.

Under de följande åren får han tilltagande symtom och du sätter in Levodopa i tillägg till dopaminagonisten. Under pandemin vill han inte komma till mottagningen. Du har telefonkontakt med patienten och eftersom han börjat få sämre motorik i vänster hand och svårigheter att vända sig i sängen nattetid sätter du in T. Rasagilin 1 mg, 1x1.

Du träffar honom sedan efter 3 månader. Då har han på eget bevåg ökat dosen T. Requip Depot till 6 mg, 1x1 och T. Sinemet 100 mg, 1x4 till 1.5 x 4 i tillägg till den nyinsatta MAO-B-hämmaren. Upplever sig välbehandlad, inga OFF-episoder eller dyskinesier. Det framkommer däremot att han har fått kramp i vänster fot och tårna böjer sig nedåt. Du ser att han har en dystoni. Samtliga fem tår på vänster fot står i flexionsställning i PIP-led. Besvären är nästa konstanta under dygnet.

- a) Vad misstänker du i första hand har orsakat dystonin och vad blir din första åtgärd? (1p)

- b) Det är i första hand 2 andra medicinska åtgärder som ska övervägas hos denna patient om ovan inte fungerar, vilka? (1p)

Hos en annan patient planerar du för insättning av COMT-hämmare. Patienten står på T. Sinemet 100 mg, 1.5 x 5 och T. Xadago 100 mg, 1x1.

Vilken är indikationen för COMT-hämmare hos patienter med Parkinsons sjukdom? (0.5 p)

Patienten ska påbörja behandling med T Comtess 200 mg. Hur går du tillväga när du sätter in behandlingen? (1p)

Nämn 2 vanliga biverkningar som du informerar patienten om (1p)

Fråga 18

1. En 78-årig man med behandling med Enalapril 5 mg mot hypertoni. Inga andra mediciner. Gör MR hjärna som led i forskningsprojekt. Visar uttalade vitsubstansförändringar supratentoriellt djupt i vit substans och periventrikulärt. Dessutom ses 5–6 mikrobldningar djupt i vit substans.

a. Vilken graderingsskala används ofta för gradering av cerebrala vitsubstansförändringar? (1p)

b. Resonera kring om någon ytterligare behandling bör ges? (1p)

Ett år senare insjuknar den nu 79-årige mannen plötsligt kl 7.20 med högersidig svaghet i ansikte, arm, hand, ben. Inkommer med ambulans till sjukhus där han får följande poäng på NIHSS: Facialispares hö 1P, Pares hö arm 2P, Pares hö ben 2P, Dysartri 1P. Övriga delar av NIHSS: 0P. Puls 95, BT 180/90. Hjärta regelbunden rytm. EKG sinusrytm. DT hjärna visar normalt fynd. DTA visar 55% stenosis hö carotis interna, 45% stenosis vä carotis interna, inga andra speciella fynd. Klockan är nu 8.20.

b. Lämplig akut behandling under närmsta 0–2 timmarna. (1p)

c. Andra (än behandling) lämpliga åtgärder under första dygnet. (1p)

d. Efter 24 timmar är patientens tillstånd i stort sett oförändrat. BT 160/90. Lämplig behandling och handläggning nu? (1p)

e. MR hjärna 40 timmar efter insjuknandet visar 14 mm stor förändring med nedsatt diffusion i capsula internas bakskenkel på vänster sida. Hur bör man tolka fyndet? Diskutera kring möjlig(a) patogenetisk(a) orsak(er). (1p)

Fråga 19

På strokeavdelningen finns en 75-årig kvinna som i går blev inlagd pga övergående yrsel, svårigheter att stå på benen. Man fann i akutskedet trött och tagen patient. Normala vitalparametrar. Normal ögonmotorik, lätt osäkerhet bilateralt vid finger-näs och häl-knä. Svårigheter att stå upp vid Romberg. DT hjärna visade ca 1 cm stort område med nedsatt attenuering kortikalt frontalt hö med utseende av gammal infarkt, för åldern något vidgade sulci generellt och relativt utbredda diffusa hypodensa områden bilateralt som vid vitsubstansförändringar.

- a. Vilka kliniska undersökningar (status) brukar rekommenderas för bedömning av akut påkommen yrsel? Hur genomförs de? Förväntade resultat beroende på orsak till yrsel? (4p)

b. Patienten hittas plötsligt medvetandesänkt i sin säng på avdelningen. Vitala parametrar normala. Reagerar svagt på smärtstimulering, tolkas som RLS 4-5. Vad innebär RLS 5?

c. Ange två viktiga orsaker att fundera på som förklaring till försämringen. Lämplig(a) akuta åtgärder? (2p)

c. Ange två viktiga orsaker att fundera på som förklaring till försämringen. Lämplig(a) akuta åtgärder? (2p)

Fråga 20

Meningiom omfattar en familj av tumörer som mest sannolikt utgår från meningoteliala celler i arachnoidea och tillhör de vanligaste primära intrakraniella tumörerna i vuxen ålder. Meningiom är extraaxiala tumörer som förekommer oftast solitärt men även som multipla meningiom. De flesta är benigna och växer mycket sakta längs konvexiteten, andra däremot kan engagera mellersta eller bakre skallgropen och orsaka en flora av neurologiska symtom. Det finns också många patienter utan några symtom alls (asymtomatiska meningiom), där tumören upptäcks som ett bifynd vid radiologisk utredning för annan åkomma.

1. Resonera kring handläggning/uppföljning av patienter med asymtomatiska meningiom. Ta med de viktigaste parametrarna (patient-relaterade, tumör-relaterade, ev övriga) i ditt resonemang och ange hos vilka patienter du väljer att rådgöra med neurokirurgisk kollega.
(2 p)

2. Ett neurologiskt symtom som förknippas med meningiom, både som debutsymtom och symtom senare under förloppet, är epileptiska anfall. Meningiomkirurgi kan också påverka risken för epileptiska anfall.
 - a. Hur många procent av alla meningiompatienter insjuknar med ett epileptiskt anfall? Vilka prediktorer förknippas med ökad anfallsrisk (nämna minst 3)?
(2 p)

 - b. Hur stor är chansen för anfallskontroll postoperativt vid 1 år om patienten insjuknat med epileptiska anfall? Hur stor är risken för postoperativ epilepsi hos patienter som aldrig haft ett anfall före operation? Resonera även här i termer av prediktorer för anfallskontroll efter operation.
(2 p)

Fråga 21

Du är neurologkonsult och blir uppringd av en AT-läkare angående en 38 årig man som ligger på neurokirurgavdelningen. Patienten opererades igår för ett misstänkt gliom i vänster frontallob. Operationen förlöpt komplikationsfritt och patienten mått bra efteråt. Men nu, 12 timmar senare, betar han sig alltmer avvikande; han tittar upp när man tilltalar honom men svarar inte på frågor, utan är helt tyst. Han verkar också vara oförmögen att utföra vissa rörelser, som exempelvis att lyfta armen i motsatt kroppshalva. När man ber honom att lyfta höger arm går det utan problem. Övrig neurologisk undersökning utfaller normalt (Reflexer är sidolika i armar och ben, Babinskis tecken saknas, normal kranialnervsfunktion, och sensibiliteten)

Din unga kollega som precis gått på psykiatri undrar om det kan röra sig om en typ av funktionell medvetandestörning.

- [illegible]

Fråga 22

Du blir uppringd av medicinjouren på ett mindre sjukhus som önskar stämna av sin handläggning av en patient med dig.

Patienten är en 23-årig man som söker med kraftig yrsel, nedsatt balans, illamående och kräkningar sedan 2 dygn. Dagen innan insjuknandet hade han spelat innebandy intensivt under flera timmar och han tolkade sina symtom som intorkning varför han söker först nu. Patienten negerar hörselpåverkan. Medicinjouren finner ett normalt neurologiskt status frånsett dålig balans och möjligen sluddrigt tal och har gjort en bedömning enligt HINTS som rapporteras till dig enligt följande:

HI: Svårvärderat, kraftigt illamående och kräkningar vid försök till undersökning, kanske fanns en liten sackad.

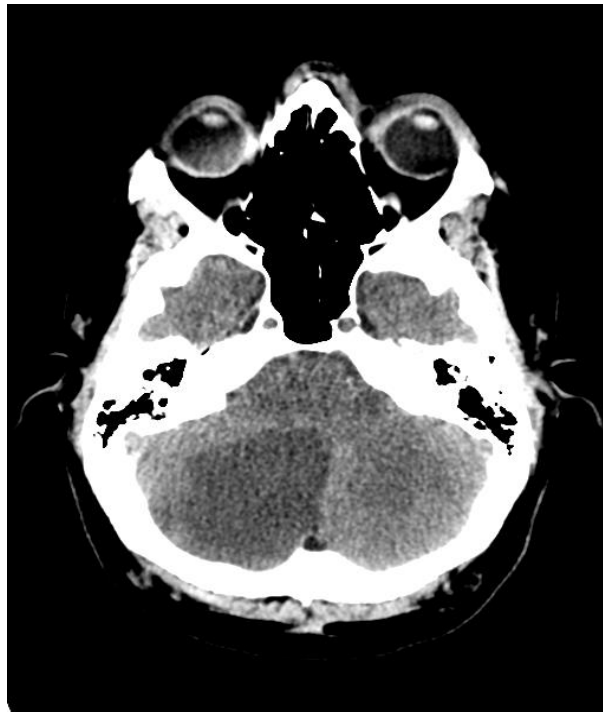
N: ingen nystagmus

TS: Svårvärderat men förmodligen normalt.

Utifrån detta misstänker medicinjouren perifer yrsel, kanske vestibularisneuronit och önskar skicka patienten till ÖNH-jouren för vidare omhändertagande.

1) Vad i denna handläggning är inte korrekt? Motivera! (1p)

Patienten genomgår på din inrådan en akut CT hjärna som visar bild enligt nedan.



1) Vad visar
lämplig
utifrån
kan bli

röntgenbilden? Beskriv
fortsatt handläggning
denna. Vilken behandling
aktuell? (3p)

- 2) Vilken är den vanligaste etiologin till tillståndet som drabbat patienten? Vad tror du om etiologin i detta specifika fall? (1p)

- 3) Hörselnedsättning i kombination med yrsel talar i regel för perifer orsak till yrseln. Påverkan inom ett specifikt cerebralt blodkärls område kan dock i vissa fall orsaka samma symtom. Vilket blodkärl? (1p)

Fråga 23

28-årig kvinnlig utländsk student söker akutmottagningen pga tilltagande yrsel och ataxi. I bakgrunden har hon en känd SLE som ska ha varit under kontroll i många år. Hon står på en kombination av steroider (5 mg prednisolon) och azatioprin (25 mg) dagligen. Hon har varit väldigt stressad över sina doktorandstudier de senaste månaderna. När hon blir inlagd på neurologkliniken så är du rondansvarig. Du har precis tagit emot svaret på MR hjärna som visar ospecifika förändringar infratentoriellt utan kontrastuppladdning som skulle kunna förklara hennes symtom. Du funderar förstås på om inte det här är en neurologisk manifestation av hennes SLE.

1. Du bestämmer dig för att gå vidare med LP. Vilka prover ordinerar du? (2p)

2. Vilka blodprover är viktiga att ta med tanke på den behandling hon har? (2p)

Under tiden du utreder, försämras hennes neurologiska funktioner, hon får svårt att gå utan levande stöd, talet blir mer sluddrigt och hon sätter i halsen.

- 3a. Vad är rimligast att göra behandlingsmässigt? (1p)

3b. Vad har hon drabbats av? (1p)

Fråga 24

65-årig nyligen pensionerad polisman som klättrar upp på ett äppleträd. Han tappar greppet och ramlar ner och slår kraftigt i sätesregionen. Han känner av en kraftigt skärande smärta i ländryggen. När han försöker resa sig upp inser han att han inte får med sig benen, de känns som spaghettiben. Under tiden han väntar på ambulans kissar han på sig. Du är neurologjour och tar emot honom på akutrummet.

1. Vad misstänker du ha hänt? Vilken nivå? (2p)
2. Vad förväntar dig att hitta i status? Resonera kring två olika scenarion utifrån skadans lokalisation. (2 p)
3. Vad menas med spinal chock? (1p)
4. Vad är viktigast att tänka på vid traumatisk ryggmärgsskada? (1p)

