

Fråga 1.

På mottagningen träffar du då och då patienter med relativt nytillkomna och tilltagande symtom på muskulär uttrötthet. Vi tänker oss nu två olika patienter:

Dels en 22-årig kvinna som är tidigare frisk och har intermittent hängande ögonlock och dubbelseende.

Dels en 73-årig man med hypertoni och lindrig KOL som är uttröttbar i armarna och får sluddrigt tal när han pratar lite längre stunder. Du finner i status en tydlig klinisk misstanke om myastenia gravis hos båda två.

- a. Hur delar man in myasteni efter debutålder? (1p)

- b. Utredningen bekräftar din diagnosmisstanke.
Hur ser indikationerna ut för tymektomi?
För ett resonemang utifrån patient och symtombild där du också väger in olika tänkbara utfall av resultatet (antikroppsstatus) av den utredning du bör ha gjort. (4p)

Fråga 2.

Din ingifta moster Marie är 65 år och behandlas med Levaxin efter en tyreotoxikos för några år sedan. Hon har tidigare varit mån om alla kontakter med släkten, men ringde inte på din senaste födelsedag. Du blir kontaktad av din morbror som berättar att Maries närminne har försämrats gradvis det senaste året, din födelsedag är inte det enda hon glömt, och hon har fått problem med att klara bakning och matlagning. Hon har blivit orolig och grubblande. Hon har slutat lösa svåra korsord som tidigare var en passion. På jobbet som lågstadielärare blev det problem redan för två år sedan och hon sjukskrevs under diagnosen depression fram till pensionen. Antidepressiv medicinering av två olika slag har hittills inte hjälpt. Hon hittade inte till blomsterhandeln senast hon åkte för att handla. Morbror hanterar numera alla räkningar. Vårdcentralen har utfört en basal minnesutredning, inklusive normala tyroidea värden, och remitterat vidare till specialistmottagning för kognitiv medicin. Din kusin ringer dig inför det besöket och har några frågor:

- [illegible]

Fråga 3.

Allt är inte spänningshuvudvärk eller ens migrän. Det händer att man som neurolog träffar på patienter med mer ovanliga orsaker till huvudvärk/smärta från huvudregionen. Här följer tre fall, observera att det är tänkt som fall med *primär eller sekundär* huvudvärk. Skriv kortfattat om trolig diagnos, utredning och behandling.

a. Man 56 år, tidigare väsentligen frisk förutom förkylningsastma. I samband med försämring av astma debuterade en återkommande huvudvärk som utlöses av att han hostar. Den uppträdde också när han skrattade åt en rolig film på TV. Huvudvärken är plötslig och intensiv. Duration max ett par minuter innan den avklingar. Lokalisation bakhuvud med spridning upp mot hjässan. (2p)

b. Kvinna 37 år med en anamnes på migrän, i övrigt tidigare frisk. Hon söker på grund av återkommande mycket kortvariga episoder med skarp smärta som "en spik i huvudet". Debut för ett par månader sedan. Episoderna kommer spontant utan någon utlösande faktor. Duration 5–10 sekunder. Frekvens ofta några enstaka per dag, men kan också komma i serier med flera hugg. Lokalisation högt upp på hjässan, oftast på hö sida men kan också komma på vänster sida. Hon negerar rodnad i ögonen, tårflöde, nästäppa och har inte noterat någon ptos eller mios. (2p)

c. Kvinna 47 år tidigare frisk förutom en del ryggvärk. Inga kontakter med sjukvården senaste året. Hon har nu med smygande debut allt större besvär av en huvudvärk som kommer när hon sitter eller står. Den kommer sällan direkt när hon reser sig utan efter en stund. Den ökar succesivt och blir till slut svåruthärdlig. Värktabletter hjälper ej. Hon har noterat att den avklingar ganska snabbt när hon lägger sig. Situationen börjar bli ohållbar eftersom hon tillbringar allt mer tid i planläge. Huvudvärken är lokaliserad i hela huvudet och har en molande och bultande karaktär. Hon kan också känna ett lätt illamående. (2p)

Fråga 4.

Sant och falskt om migrän och graviditet/amning. (6p)

	Sant	Falskt
Migrän kan debutera under graviditet och är då för det mesta migrän med aura.		
Korttidsbehandling med NSAID kan ges under andra trimestern		
Menstruationsrelaterad migrän minskar oftast först under tredje trimestern		
Amning skyddar mot migrän		
Triptaner är riskfria att använda under amning		
Migrän ökar risken för preeklampsi		

Fråga 5.

Förklara hur typiska statusfynd hänger ihop med anatomi (precisera vad i den del av nervsystemet som nämns är påverkat och inte) hos en patient med:

- a. Ryggmärgspåverkan av subakut kombinerad degeneration av B-vitaminbrist (2p)
- b. Bålataxi på grund av cerebellär atrofi av långvarigt alkoholmissbruk (2p)
- c. Stroke i djupa storhjärnskärnor som gett yviga / hyperkinetiska rörelser i höger kroppshalva (2p)

Fråga 6.

Du diagnosticerar juvenil myoklon epilepsi hos en 21-årig kvinna och inleder behandling med levetiracetam, men patienten rapporterar fortsatta tonisk-kloniska anfall ungefär varje månad trots dos 1500 mg x 2.

- a. Vilka frågor vill du ha svar på vid återbesöket som påverkar din fortsatt handläggning – ange minst tre (1,5p).

Du bestämmer dig för läkemedelsbyte och presenterar två läkemedel för patienten.

- b. Vilka förordar du, varför och vad anger du som för- och nackdelar med respektive läkemedel? (2p)

Juvenil myoklon epilepsi är ett epilepsisyndrom inom gruppen genetiska generaliserade epilepsier.

- c. Ange två andra genetiska generaliserade epilepsisyndrom och vad som kännetecknar dem avseende debutålder, ingående anfallstyper och prognos (2p)

- d. Patienten har läst på internet om SUDEP och vill veta mer. Vad säger du? (0,5p)

Fråga 7.

65-årig kvinna, nyligen ålderspensionär. Opererad gastric sleeve för fem år sedan. Hypertoni, annars frisk. Sökt HC för tio dagar sedan pga känselbortfall i fotsulor bilateralt, samt tilltagande nervsmärtor armar och ben. Inga besvär från ansiktet. Insatt på amitriptylin. Söker nu på akutmottagningen pga tilltagande symptom från extremiteter. I nervstatus noteras svaghet ffa i benen, även armar. Känsel för stick nedsatt extremiteter. Bicepsreflexer sidlika, triceps, akilles och patellarreflex ej utlösbara. Ögonrörelser och ansiktsmotorik ua. Avgående jour har beställt en akut MR cervikalrygg och du får nu besked om resultatet.

- a. Sannolikt fynd på MR och sannolik diagnos? (1p)

- b. Vilka två diagnostiska metoder kan ge ytterligare stöd för den diagnosen? (1p)

- c. Vilken behandling ordinerar du? (1p)

Patienten skrivs ut efter 10 dagars vårdtid; förbättrad avseende pareser. Fortfarande neuropatiska smärtor i benen. Rehab på hemorten planerad. Återbesök planerat om 1 månad blir av först två månader efter utskrivning. Patienten har då hunnit höra av sig pga en försämring sedan 2-3 veckor: ny smärta vid beröring tillkommit ffa på underbenen. Benen tyngre och har återupptagit användande av rullator. Fumligare händer, svårare gå i trappor

- d. Vilken diagnos får nu misstänkas? (1p)

- e. Vilken behandling ordinerar du? (1p)

Denna behandling får patienten prova under 6 månader, men under den tiden fortsatt långsam försämring, lämpligt behandlingsalternativ? (1p)

Fråga 8.

En 28-årig man söker vård för långvarig dagtrötthet. Han berättar att han under de senaste 2–3 åren har känt sig trött hela dagen, fått svårare och svårare att hålla sig vaken, vilket nu påverkar hans arbete och fritidsaktiviteter. Trots att han sover 7–8 timmar per natt och uppger god nattsömn, har han svårt att hålla sig vaken under arbetsdagen. Han beskriver specifikt att han ofta "slumrar till" i bilen, vid kontorsmöten eller när han tittar på TV, även om han försöker hålla sig vaken. Hans arbetsuppgifter som ingenjör kräver hög koncentration och det har blivit allt svårare att fokusera och hålla sig alert under hela arbetsdagen. Han har börjat äta sötsaker på eftermiddagen inför kundkontakter vilket resulterat i viktuppgång. Han känner att någonting inte stämmer och söker nu hjälp.

Som nybliven specialist i neurologi är din första misstanke att han drabbats av narkolepsi.

- a. Vilka typiska symptom för narkolepsi, förutom lätt för att somna, bör du fråga efter? (1p)
- b. Hur utreds narkolepsi? (1p)
- c. Var i CNS beskrivs att skadan som ger de typiska symptomen sitter? (1p)

Om det visar sig att din patient har narkolepsi

- d. föreslå behandlingsalternativ, både farmakologiska och icke-farmakologiska för denna patient? (2p)

Om patienten inte uppfyller diagnoskriterier för narkolepsi och inte heller undersökningarna ger stöd för diagnosen,

- e. Vad kan han då drabbats av? (1p)

Fråga 9.

Motorneuron sjukdomar (MNS) är en grupp neurodegenerativa sjukdomar med progressiv förlust av en eller flera grupper av motorneuron, ibland i kombination med andra skador. De vanligaste varianterna i Sverige hos vuxna förkortas klassisk ALS, BFA, PBP, PLS, PMA, SBMA.

- a. Vad står förkortningarna för? (1,5 p)

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

Sant

Falskt

- b. Affektlabilitet kan vara första symtom vid klassisk ALS.
- c. Affektlabilitet är ett tecken på depression.
- d. Brocas afasi kan vara första tecken på ALS och PMA.
- e. En EMG undersökning på en patient med Patrikios ALS variant i tidigt skede kan utfalla normal.
- f. MEP (Motor Evoked Potential, även betecknad TMS) med elektromagnetisk stimulering av motor kortex kan avslöja subkliniska skador på 1: a motorneuron hos en patient som endast har tecken på skada på 2: a motorneuron i nervstatus.
- g. ALS patienter med *dominerande* skada på 1: a motorneuron i nervstatus har som grupp sämre prognos än patienter med *dominerande* skada på 2: a motorneuron.
- h. På gruppnivå går det inte kliniskt att skilja familjär ALS från sporadisk (isolerad) ALS.
- i. Neuralgiform värk är vanlig vid Patrikios ALS variant.
- j. Selektiv visuospacial nedsättning är ett vanligt fynd vid neuropsykologisk utredning av en ALS patient med frontallobs syndrom.

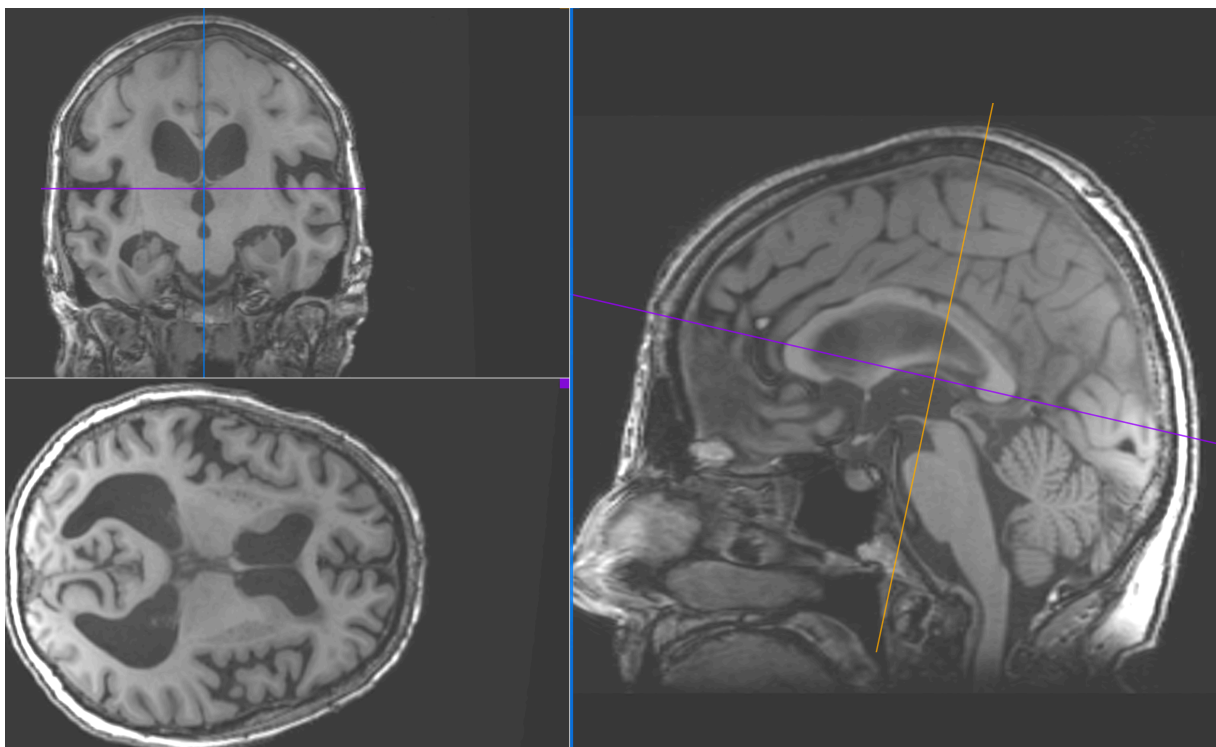
Fråga 10.

- | | | |
|---|-------------|---------------|
| a. Pleiotropism kan ses vid familjär ALS. | Sant | Falskt |
| b. Gangliosidantikropparna GD1a och GM4 är starkt associerade till sporadisk PMA. | | |
| c. Dysfagi är oftare än dysartri eller dysfoni debutsymtom vid PBP. | | |
| d. BMI >25 korrelerar positivt med förlängd överlevnadstid hos patienter med ALS. | | |
| e. Cortical spreading depression är ett klassiskt tecken på PLS. | | |
| f. Det finns en viss korrelation mellan ökad halt av neurofilament L (NfL) i cerebrospinalvätskan och kortare överlevnadstid vid ALS. | | |
| g. Normal halt av NfL i ryggmärgsvätska utesluter en tidig ALS/PBP sjukdom | | |
| h. Trötthet är en vanlig biverkning vid medicinering med rilutek/riluzol och kan föranleda dosreduktion eller t o m utsättning. | | |
| i. Det finns ett säkerställt etiologiskt samband mellan vissa typer ALS sjukdom och vissa typer FTD (Fronto-temporal demenssjukdom). | | |
| j. Alla patienter med klassisk ALS sjukdom utvecklar så småningom en bulbär pares med dysartri och dysfagi. | | |
| k. Följande sjukdomar är <u>alla</u> relevanta differentialdiagnoser till ALS: InklusionBodyMyositis, CJD, spinalstenos,MMN, FTD, Polymyositis, SBMA. | | |
| l. En EMG undersökning i tungan på en patient med dysartri på grund av Progressiv bulbär pares (PBP) kan utfalla normal. | | |

Fråga 11.

På mottagningen träffar du en 77-årig gentleman som fick diagnosen Parkinsons sjukdom för 1 år sedan. Han har diskret vilotremor i ena armen. Lätt-måttlig bradykinesi och rigiditet i samtliga extremiteter. Viss postural instabilitet och tendens till propulsion. En ganska uttalad symmetrisk gångrubbning men ingen freezing. MOCA 25/30 poäng. Övr. rutinnervstatus väsentligen normalt. Sedan tidigare hypotyreos, psoriasis, TIA, hypertoni, hyperlipidemi samt op. för bukaortaaneurysm. Han har gjort en MRT av hjärnan (se bild) men ingen ytterligare utredning. Har L-dopa (sinemet 12,5/50 mg 2x3) som haft viss effekt. Står dessutom på amlodipin, simvastatin, solifenacin, clopidogrel och Levaxin.

Patienten tycker inte att medicinen har tillräcklig effekt. Han har bl a fått svårare att gå och tycker sig hasa fram.



- a. Röntgenbilden visar vida ventriklar. Sammanfatta de viktigaste fynd som kan tala för Parkinsons sjukdom och/eller NPH (2p)

- b. Vad är din arbetsdiagnos och vilka differentialdiagnoser har du? Vad förväntar du dig att se vid respektive diagnos sett utifrån MR bilden, lumbalpunktion och andra utredningsmodaliteter. Redovisa gärna kortfattat och i tabellform? (1,5p)

Om du efter ytterligare utredning fastnar för att rekommendera en shuntoperation.

- c. vilken information är särskilt viktigt att ange på remissen utifrån neurokirurgens perspektiv? (0,5p)
- d. Hur tänker du kring behandling? Diskutera olika åtgärder och potential för förbättring (1p).

Det glymfatiska flödesvägar har de senaste åren diskuterats kring patofysiologi av både Parkinson och NPH.

- e. Rita en figur där du jämför en traditionell beskrivning av likvorflöde och glymfatiskt flöde (1p)

Fråga 12.

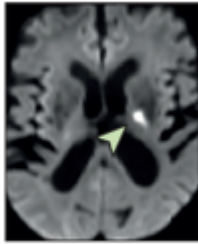
En 50-årig man inkommer på remiss från primärvården på grund av förändrat rörelsemönster. Redan när han kliver in i rummet noterar du tydliga avvikelser, ansiktsmimiken är utslätad, han rör sig långsamt och går med korta steg. Symtomen utvecklats successivt under de senaste sex åren. Han har svårt att hänga med vid promenader och finmotoriken har försämrats. Balansen är sämre och han har fallit upprepade ggr de senaste åren. Han sover oroligt, drömmer intensivt och kan röra sig häftigt under sömnen. Nekar till hallucinationer. Inga besvär med ortostatisk hypotension eller miktions. Partner rapporterar ökad stresskänslighet och tendens till apati. Luktsinnet är nedsatt. Han är sjukskriven från sitt arbete som maskinförare. I status noteras förutom den gångpåverkan som redan beskrivits även rigiditet och nedsatt förmåga för repetitiva rörelser i alla extremiteter med förlångsamning och upphakningar. Höger kroppshalva är något mer drabbad. Avsaknad av postural respons ses vid pull-test. Ingen tremor. På MMSE presterar han 25/30.

1. Du misstänker Parkinsons sjukdom men överväger även differentialdiagnoser. Vilka två differentialdiagnoser bör särskilt beaktas i detta fall? Motivera. (2p)
2. Efter vidare bedömning och utredning (där visualisering av det presynaptiska dopaminsystemet är patologiskt och inga utredningsresultat talar för något annat än Parkinsons sjukdom) bedömer du att patienten sannolikt sökt sent i sjukdomsförloppet och att det nog ändå rör sig om Parkinsons sjukdom. Du använder dig av MDS-UPDRS-kriterierna och kommer fram till att han uppfyller kriterierna för "clinically probable Parkinson's disease".
 - a) Patienten uppfyller således kriterierna för *parkinsonism* enligt MDS-UPDRS. Motivera varför. (1p)
 - b) I fallbeskrivningen finns en *red flag* och ett *stödjande kriterium* med. Vilka är dessa? (1p)
3. Med tanke på patientens ålder vid symtomdebuten börjar du även fundera kring om det kan finnas någon genetisk orsak.
 - c) Hur stor andel av Parkinsons sjukdom bedöms vara ärftlig (i procent)? (1p)
 - d) Mutationer i SNCA-genen är kända för att orsaka Parkinsons sjukdom med genomsnittlig debutålder kring 45 år. Vad kodar SNCA-genen för? (1p)

Fråga 13.

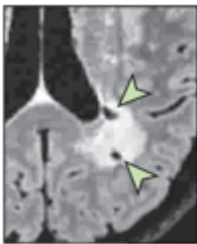
Cerebral småkärlssjukdom kan manifestera sig på flera olika sätt. MR-diagnostik är värdefull för att påvisa cerebral småkärlssjukdom. Ange typ av småkärlssjukdom som illustreras i följande MR-bilder från Duering et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease—advances since 2013. Lancet Neurology 2023; 22: 602–618 :

1. Denna akuta förändring har en ‘ny’ benämning enligt Duerings artikel. (1p)



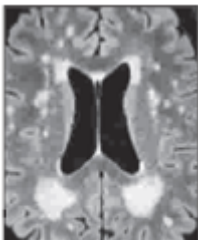
DWI

2. Dessa förändringar kan ses hos en patient som haft tidigare ischemisk stroke. (1p)



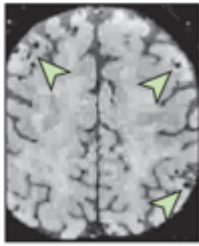
FLAIR

3. Dessa konfluerande icke kortikala förändringar med ökad signal kan t ex ses hos äldre patienter. (1p)



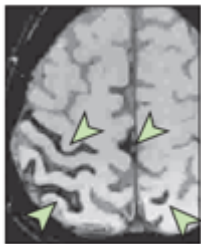
FLAIR

4. Flera små förändringar med låg signal, pilarna indikerar några av dessa (1p)



T2*-weighted and SWI

5. Kortikala förändringar med minskad signal som pilarna indikerar (1p)



T2*-weighted and SWI

6. Bilden illustrerar ett mycket stort antal små punktformiga icke kortikala förändringar med ökad signal. (1p)



T2-weighted

Fråga 14.

En 75-årig kvinna med hypertoni men i övrigt frisk för sin ålder har sista 2 veckorna haft upprepade (4–5 st) stereotypa attacker av svaghet i hö hand och arm. Attackerna börjar med svaghet och domning och stickningar i handen och sprider sig sedan under loppet av 3–5 minuter till först hö arm, sedan hö ansiktshalva. Symtomen pågår i cirka 5–10 minuter och går sedan över. Ingen huvudvärk. Pat är nu symptomfri på akutmottagningen och DT, DTA, DTP, EEG, EKG, rutinlab normala.

1. TIA, epilepsi, migrän har övervägts, men det finns också ett annat tillstånd som behöver beaktas – vilket? (2p)
2. Lämplig kompletterande utredning. (2p)
3. Diskutera kring lämplig behandling om diagnosen bekräftas (2p)

Fråga 15.

1) MS-diagnos är viktigt att ställa så tidigt som möjligt eftersom tidig effektiv behandling leder till bättre prognos. Därför har man genom åren jobbat hårt för att kunna hitta både specifika och inte minst sensitiva markörer för att kunna lägga ”MS-pusslet”.

I de kommande nya diagnoskriterierna har man därför lagt in ett antal nya fynd som kan stödja MS-diagnos som inte funnits förut:

- a) Två nya fynd på MR finns definierade som del i den diagnostiska proceduren. Beskriv dessa, rita gärna schematiskt (4p)
- b) En ny parameter i liquor kan användas för att påvisa spridning i tid, vilken är det? (1p)
- c) En ny (5:e) MS-typisk region för MS-lesioner finns definierad i den diagnostiska algoritmen, vilken är det? (1p)

Fråga 16.

2) Vid behandling av MS är det viktigt att principiellt känna till verkningsmekanismerna av dessa för att kunna ge adekvat information och uppföljning av patienterna.

- a) Två läkemedel har en väl dokumenterad tendens att ge så kallad rebound inflammation, det vill säga sjukdomen kommer tillbaka med högre aktivitet än innan behandlingen startade. Vilka två läkemedel är det? (2p)

- b) Tre behandlingar används helt eller delvis via principen immunrekonstitution, det vill säga behandlingen ges som enstaka eller begränsat antal kurer med målsättning att eradikera autoimmuna celler permanent eller för lång tid framåt. Nämn två av dessa behandlingar/läkemedel. (2p)

- c) Vid framför allt första dosen av anti-CD20 terapier kan det uppkomma sk cytokinfrisättningssymptom. Vad är orsaken till detta och hur kan man minska risken för det? (2p)

Fråga 17.

Ögonen kan drabbas vid neurologiska sjukdomar av olika slag. Nedanstående fyra patienter berör detta viktiga organ i nervsystemet.

- a) En 62-årig man söker pga att höger ögonlock hänger sedan en tid tillbaka. Av och till dubbelseende, kan inte säga att det är i någon specifik blickriktning. I status ser du högersidig ptos ner till halva pupillen, ögonmotorik ua. Kranialnerv i övrigt ua liksom övrigt nervstatus.
- Det finns ett test du kan göra på akuten oavsett var du jobbar för att testa en av de viktigaste differentialdiagnoserna, vilket test är det? (1p)
- b) En ung kvinna söker pga bilateral ptos och flutuerande dubbelseende. Besvären har kommit i perioder senaste halvåret.
- Vad är viktigt att få med i anamnesen för att eventuellt undvika onödiga utredningar eller behandlingsförsök? (1p)
- c) En 34-årig kvinna remitteras till mottagningen pga att hon ibland "ser dubbelt" samt känner sig yr men inremitterande husläkare har inte sett något säkert avvikande vid undersökning av ögonens följrörelser. Vid undersökning av ögonrörelser tycker du att vänster öga följer lite "trögare" vid undersökning med "H-rörelse". Du testar då sackader och ser att vä öga sackar efter tydligt i medioversion (då ögat rör sig mot näsan) vid sackadrörelse åt höger (se skiss nedan) samt att du ser ett par nystagmusslag i blickriktningen på höger öga i samband med sackaden.



- Vad är det för ögonmotorikstörning patienten har? (1p)
- Var sitter skadan? (1p)
- Vilken är den mest sannolika diagnosen? (1p)
- d) En 43-årig man söker akut på ögon för snabbt påkommen nedsatt syn på först höger och sedan vänster öga. Ögonrörelser upplevs smärtsamma på bägge sidor. Vid undersökning noteras visus: H: finger-räkning; V: 0,2; bilat RAPD samt bilat papillsvullnad. En akut MR visar svullna synnerv utefter hela dess längd bilat med kontrastladdande perineurium.
- Vilken är den mest sannolika diagnosen? (1p)

Fråga 18.

En 74-årig kvinna med diabetes och hypertoni inkommer till akutmottagningen. Hon drabbades för 3 timmar sedan av akut påkommen balansnedsättning och yrsel i samband med att hon gick ut med soporna. Hon hämtades med ambulans och ligger och blundar med en kräkspåse i ena handen. Rutinnervstatus är ua förutom en spontan nystagmus.

- a) Vilket neurootologiskt undersökningsbatteri bör du nu genomföra och vad ingår? (2p)
- b) Undersökningsbatteriet visar bild som vid perifer skada. Vad innebär det att den neurootologiska testningen visade? (2p)
- c) Om hon har en skada i vänster balansnerv och därmed en destruktionsnystagmus – åt vilket håll slår nystagmusens snabba fas? (1p)
- d) Ungefär hur stor andel av patienter med akut vestibulärt syndrom på akutmottagningen har en central orsak? (1p)

Fråga 19.

En 34-årig tidigare frisk kvinna, inkommer till akutmottagningen efter att ha drabbats av ett oprovocerat epileptiskt anfall på sin arbetsplats. Enligt arbetskollegor föll patienten plötsligt ihop, fick tonisk-kloniska ryckningar i armar och ben under cirka en minut och var därefter förvirrad och trött. Ambulans tillkallades, och vid ankomst till akuten cirka 30 minuter senare var patienten fortfarande postiktal. I status noteras subtila språksvårigheter med att hitta ord. Neurologiskt status i övrigt u.a. Datortomografi av hjärnan u.a.

MR ett dygn senare visade ett långsträckt, diffust avgränsat och infiltrativt område i den vänstra främre delen av hjärnan – främst lokaliserat till nedre delen av gyrus frontalis inferior, med utbredning mot insula. Lesionen uppvisade ökad signal på T2 och FLAIR, med en viss miss-match mellan sekvenserna utan masseffekt och en mycket diskret kontrastuppladdning i ett litet område perifert. Bilden tolkades som förenlig med ett låggradigt gliom. Du som ny specialist inom neurologi ska ronda patienten på avdelning och är ansvarig för vidare handläggning.

1. Hur informerar du patienten om den radiologiska diagnosen och behovet av fortsatt utredning innan definitiv klassificering? Vad finns för differentialdiagnoser? (3p)
2. Vilka är de huvudsakliga kriterier för att klassificera låggradiga gliom (astrocytom eller oligodendrogliom) enligt WHO5-2021? (3p)

Fråga 20.

Du får remiss på en 84-årig kvinna med eliquisbehandlad förmaksflimmer, hjärtsvikt, astma, och tidigare lungembolier från ögonmottagningen. Fyra månader tidigare trillade patienten handlöst och slog i huvudet. Efter det upplevde hon försämrad syn på höger öga där en rosa hinna täckte för synskärpan till viss del. Blev då opererad För ett epiretinalt membran och vitrektomerad. Men har fortsatt dålig syn med handrörelser på 4 meters avstånd. Synskärpa vänster öga 0,3. Innan du börjar tänka på specifika neurologiska sjukdomar behöver du utesluta två viktiga differentialdiagnoser relaterade till systemsjukdomar.

- a. Vilka diff. diagnoser? (2p)
- b. Vad kännetecknar (ålderskategori, symtom, m.m.) de ovanstående förslagen? (2p)

Tiden går och övriga kollegor hittar ingen förklaring utifrån systemisk sjukdom på patientens nedsatta syn.

- c. Vilka undersökningar föreslår du som neurolog och hur motiverar du dessa? (1,5 p)
- d. Samtliga dina undersökningar utfaller normala. Kan man gå vidare? Vad är den sista pusselbiten? (0,5 p)

Fråga 21.

58 årig gift man med hereditet för MS, arbetar som säljare och har hypertoni och hyperlipidemi. Tidigare opererad för benign lungtumör (hamartom). I slutet av 90-talet stresshuvudvärk. Start av svaghet i vänster ben sedan 4 månader. Sedan en vecka tillkomst av svaghet, stickningar och obehagskänsla vid beröring av vänster arm och vänster ansiktshalva. Patienten berättar att han under en längre tid haft svårigheter att böja huvudet bakåt då han kan tappa balansen och svimma. Har också problem med att böja huvudet framåt pga värk i nacken. I status noteras normal kranialnervstatus, lätt nedsatt kraft och känsel vänster sida, inklusive känsel i ansiktet. Nedsatt vibrationssinne över malleolerna bilateralt. Pos. Babinski bilateralt.

- a. Var sitter problematiken och vad är viktigast att utesluta i första hand? (1p)
- b. Nämn 3 differentialdiagnoser i nuläget? (1,5 p)
- c. Utredningen visar inga tecken till inflammation, men avslöjar en annan ovanlig diagnos med strukturella förändringar som förklarar anamnes och statusfynden. Vilken? (1p)
- d. Finns det ytterligare undersökningar som man ska göra preoperativt och med vilka frågeställningar? (1 p)
- e. Vad bör man undvika utifrån den misstänkta diagnosen? (0,5)
- f. Vilken kirurgisk behandling går att erbjuda patienten? (0,5)
- g. Vad brukar vara den huvudsakliga symtomen postoperativt? (0,5)