



Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Viktig information - Läs noggrant

Det här är 2017 års specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin skapad av ST-studierektorerna i Södra sjukvårdsregionen. Det är en "open-book" skrivning, d v s det är tillåtet att använda hjälpmedel (böcker, PM, internet) på samma sätt som vid kliniskt arbete. Det är inte tillåtet att ta hjälp av annan person.

Skrivningen har två delar;

Del 1 är uppbyggd av Modified Essay Questions (MEQ) baserade på patientfall. Informationen ges gradvis och frågor ställs på basen av den information som finns. När du besvarat frågorna klickar du dig vidare (utan möjlighet att gå tillbaka och ändra). På nästa sida upprepas relevanta delar av initial beskrivning av problemet tillsammans med viss återkoppling på föregående sidas frågor samt mer information, nya frågor, etc.

Tidigare information upprepas med liten stil

Svar på tidigare frågor ges med kursiv stil

Ny information ges med vanlig stil

Den nya frågan ställs med fet stil

Det är sju fall där antalet delfrågor respektive poäng varierar enligt följande:

Fall 1 - 7 delfrågor, 13 p

Fall 2 - 6 delfrågor, 13 p

Fall 3 - 7 delfrågor, 12 p

Fall 4 - 5 delfrågor, 9 p

Fall 5 - 5 delfrågor, 12 p

Fall 6 - 5 delfrågor, 10 p

Fall 7 - 10 delfrågor, 13 p

Del 2 består av 22 frågor utformade som Multiple Choice Questions (MCQ) där ett svarsalternativ ska markeras. Varje rätt svar ger 1 poäng.

Under skrivningens gång kan du, längst ned på varje sida, följa hur många sidor som du fullföljt respektive hur många sidor som återstår av skrivningen.

Skrivningen är öppen under tre timmar - var noggrann med tiden så du hinner skicka in dina svar innan 180 minuter passerat. Räkna med cirka 30 minuter för MCQ-frågorna som kommer på slutet. Observera att svaren skickas in först när du klickat på avsedd knapp på sista sidan och att skrivningen stänger automatiskt när tiden passerat!

Lycka till!

önskar ST-studierektorerna i Halmstad, Helsingborg, Karlskrona, Kristianstad, Lund/Malmö och Växjö

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.1

Du är primärjour på ett länsjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.2

Du är primärjour på ett länssjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Då risken för smitta är hög ordinerar både Hepatit B vaccin samt Hepatit B immunoglobulin som skall ges inom 12 timmar efter födelsen.

Du larmas till förlossningen eftersom barnet oväntat fötts livlöst och tagits till återupplivningsbordet. CTG har varit bra och inget mekonium har setts i fostervattnet.

När du anländer är barnet 3 minuter gammalt. Barnmorskan ventilerar barnet som är slappt, utan egen andning, gråblått till färgen och med bradykardi. Du tar över kommandot för HLR.

**Beskriv HLR på ett nyfött barn med asfyxi de första 15 minuterna!
(2 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.3

Du är primärjour på ett länssjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Då risken för smitta är hög ordinerar både Hepatit B vaccin samt Hepatit B immunoglobulin som skall ges inom 12 timmar efter födelsen.

Du larmas till förlossningen eftersom barnet oväntat fötts livlöst och tagits till återupplivningsbordet. CTG har varit bra och inget mekonium har setts i fostervattnet. När du anländer är barnet 3 minuter gammalt. Barnmorskan ventilerar barnet som är slappt, utan egen andning, gråblått till färgen och med bradykardi. Du tar över kommandot för HLR.

Beskriv HLR på ett nyfött barn med asfyxi de första 15 minuterna! (2 p)

A: Fria luftvägar med bra position av huvudet

B: Säkerställ ventilationen och ventilerar 60 andetag/min. Koppla upp saturation och EKG. Om saturation <50% vid 3 minuters ålder ges O₂

C: Om hjärtfrekvens trots adekvat ventilation i 60 sekunder är <60 slag/min ges ventilation + thorax kompressioner 3:1

D: Vid hjärtfrekvens <60 slag/min trots ventilation och kompressioner ges adrenalin

Du tar över ventilationen och ber att få övervakning av saturation och EKG uppkopplat. Barnet har 45% i saturation och du ordinerar syrgas. Barnet kommer fint igång med sin andning och hjärtfrekvensen är 130 slag/minut efter 4 minuters ventilation. Saturationen är 65% trots ökande mängd syrgas upp till 100%.

Vilka undersökningar avseende barnets status gör du nu? Vilka resurser kontaktar du? (2 p)

Vilka två tänkbara diagnoser överväger du? (1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.4

Du är primärjour på ett länssjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Då risken för smitta är hög ordinerar både Hepatit B vaccin samt Hepatit B immunoglobulin som skall ges inom 12 timmar efter födelsen.

Du larmas till förlossningen eftersom barnet oväntat fötts livlöst och tagits till återupplivningsbordet. CTG har varit bra och inget mekonium har setts i fostervattnet. När du anländer är barnet 3 minuter gammalt. Barnmorskan ventilerar barnet som är slapt, utan egen andning, gråblått till färgen och med bradykardi. Du tar över kommandot för HLR.

Beskriv HLR på ett nyfött barn med asfyxi de första 15 minuterna! (2 p)

A: Fria luftvägar med bra position av huvudet

B: Säkerställ ventilationen och ventilerar 60 andetag/min. Koppla upp saturation och EKG. Om saturation <50% vid 3 minuters ålder ges O2

C: Om hjärtfrekvens trots adekvat ventilation i 60 sekunder är <60 slag/min ges ventilation + thorax kompressioner 3:1

D: Vid hjärtfrekvens <60 slag/min trots ventilation och kompressioner ges adrenalin

Du tar över ventilationen och ber att få övervakning av saturation och EKG uppkopplat. Barnet har 45% i saturation och du ordinerar syrgas. Barnet kommer fint igång med sin andning och hjärtfrekvensen är 130 slag/minut efter 4 minuters ventilation. Saturationen är 65% trots ökande mängd syrgas upp till 100%.

Vilka undersökningar avseende barnets status gör du nu? Vilka resurser kontaktar du? (2 p)

Hjärt- och lungskultation, palperar femoralispulsar, kontrollerar saturation i höger arm och ben.

Ringar bakjouren alternativt barnkardiologjour på hjärtcenter.

Vilka två tänkbara diagnoser överväger du? (1 p)

Ductusberoende hjärtfel och pulmonell hypertension

Du mäter saturation i både höger arm och ben som är fortsatt ca 65%. Barnet har inget blåsljud över hjärtat samt fina femoralispulsar.

Du konsulterar bakjouren som kommer in och ni ordinerar såväl behandling och vidare undersökning tillsammans. Vad vill du ordinera - svara som om du hade fri tillgång till undersökningar och läkemedel!

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.5

Du är primärjour på ett länssjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Då risken för smitta är hög ordinerar både Hepatit B vaccin samt Hepatit B immunoglobulin som skall ges inom 12 timmar efter födelsen.

Du larmas till förlossningen eftersom barnet oväntat fötts livlöst och tagits till återupplivningsbordet. CTG har varit bra och inget mekonium har setts i fostervattnet. När du anländer är barnet 3 minuter gammalt. Barnmorskan ventilerar barnet som är slappt, utan egen andning, gråblått till färgen och med bradykardi. Du tar över kommandot för HLR.

Beskriv HLR på ett nyfött barn med asfyxi de första 15 minuterna! (2 p)

A: Fria luftvägar med bra position av huvudet

B: Säkerställ ventilationen och ventilerar 60 andetag/min. Koppla upp saturation och EKG. Om saturation <50% vid 3 minuters ålder ges O2

C: Om hjärtfrekvens trots adekvat ventilation i 60 sekunder är <60 slag/min ges ventilation + thorax kompressioner 3:1

D: Vid hjärtfrekvens <60 slag/min trots ventilation och kompressioner ges adrenalin

Du tar över ventilationen och ber att få övervakning av saturation och EKG uppkopplat. Barnet har 45% i saturation och du ordinerar syrgas. Barnet kommer fint igång med sin andning och hjärtfrekvensen är 130 slag/minut efter 4 minuters ventilation. Saturationen är 65% trots ökande mängd syrgas upp till 100%.

Vilka undersökningar avseende barnets status gör du nu? Vilka resurser kontakter du? (2 p)

Hjärt- och lungaskultation, palperar femoralispulsar, kontrollerar saturation i höger arm och ben.

Ringor bakjouren alternativt barnkardiologjour på hjärtcenter.

Vilka två tänkbara diagnoser överväger du? (1 p)

Ductusberoende hjärtfel och pulmonell hypertension

Du mäter saturation i både höger arm och ben som är fortsatt ca 65%. Barnet har inget blåsljud över hjärtat samt har fina femoralispulsar.

Du konsulterar bakjouren som kommer in och ni ordinerar såväl behandling och vidare undersökningar tillsammans. Vad vill du ordinera - svara som om du hade fri tillgång till undersökningar och läkemedel! (2 p)

UKG, röntgen hjärta - lungor samt prostaglandin E (Prostivas) och ringer till barnkardiologiskt centrum

Ni skriver remiss för röntgen och ultraljud. Medan bakjouren ringer det barnkardiologiska centrum ni samarbetar med så ordinerar du Prostivasinfusionen.

Vad vill du uppnå med Prostivas?

(1 p)

Nämna två biverkningar av behandlingen!

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

1.6

Du är primärjour på ett länssjukhus och man ringer från förlossningen. En asylsökande kvinna har kommit in och är i förlossningsarbete i V 35+3. Hon har Hepatit B och man har fått provsvar som visar att hon är HBs Ag positiv, HBe Ag positiv och AntiHBe negativ.

Barnmorskan undrar om man måste göra något med barnet och i så fall när. Vad svarar du? (2 p)

Då risken för smitta är hög ordinerar både Hepatit B vaccin samt Hepatit B immunoglobulin som skall ges inom 12 timmar efter födelsen.

Du larmas till förlossningen eftersom barnet oväntat fötts livlöst och tagits till återupplivningsbordet. CTG har varit bra och inget mekonium har setts i fostervattnet. När du anländer är barnet 3 minuter gammalt. Barnmorskan ventilerar barnet som är slappt, utan egen andning, gråblått till färgen och med bradykardi. Du tar över kommandot för HLR.

Beskriv HLR på ett nyfött barn med asfyxi de första 15 minuterna! (2 p)

A: Fria luftvägar med bra position av huvudet

B: Säkerställ ventilationen och ventilerar 60 andetag/min. Koppla upp saturation och EKG. Om saturation <50% vid 3 minuters ålder ges O2

C: Om hjärtfrekvens trots adekvat ventilation i 60 sekunder är <60 slag/min ges ventilation + thorax kompressioner 3:1

D: Vid hjärtfrekvens <60 slag/min trots ventilation och kompressioner ges adrenalin

Du tar över ventilationen och ber att få övervakning av saturation och EKG uppkopplat. Barnet har 45% i saturation och du ordinerar syrgas. Barnet kommer fint igång med sin andning och hjärtfrekvensen är 130 slag/minut efter 4 minuters ventilation. Saturationen är 65% trots ökande mängd syrgas upp till 100%.

Vilka undersökningar avseende barnets status gör du nu? Vilka resurser kontakter du? (2 p)

Hjärt- och lungaskultation, palperar femoralispulsar, kontrollerar saturation i höger arm och ben.

Ringor bakjouren alternativt barnkardiologjour på hjärtcenter.

Vilka två tänkbara diagnoser överväger du? (1 p)

Ductusberoende hjärtfel och pulmonell hypertension

Du mäter saturation i både höger arm och ben som är fortsatt ca 65%. Barnet har inget blåsljud över hjärtat samt har fina femoralispulsar.

Du konsulterar bakjouren som kommer in och ni ordinerar såväl behandling och vidare undersökningar tillsammans. Vad vill du ordinera - svara som om du hade fri tillgång till undersökningar och läkemedel! (2 p)

UKG, röntgen hjärta - lungor samt prostaglandin E (Prostivas) och ringer till barnkardiologiskt centrum

Ni skriver remiss för röntgen och ultraljud. Medan bakjouren ringer det barnkardiologiska centrum ni samarbetar med så ordinerar du Prostivasinfusion.

Vad vill du uppnå med Prostivas? (1 p)

Prostivas upprätthåller/öppnar ductus arteriosus.

Nämna två biverkningar av behandlingen! (1 p)

Apnéer, bradykardi, hypotension, takykardi och flush.

Tyvärr finns ingen som kan göra UKG. Prostivas kopplas men ingenting händer med saturationen och ni bedömer att barnet har pulmonell hypertension. Barnet läggs i respirator utan förbättring. Det är svårt att sätta sond och det visar sig att barnet har en gomspalt.

Barnet transporteras till neonatalavdelning på universitetssjukhus. Där konstaterar man att gossen har hjärtfelet transposition och man gör akut en Rashkinds procedur (öppnande av förmaksseptum) för att få till en bättre syremättnad.

Vilken kromosomdefekt är förenlig med hjärtfel som drabbar framför allt utflödet från hjärtat, t.ex. transposition och avbruten aortabåge?

(1 p)

Nämna fyra andra avvikelser som kan förekomma hos ett barn med denna kromosomdefekt!

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 1

Vilken kromosomdefekt är förenlig med hjärtfel som drabbar framför allt utflödet från hjärtat, t.ex. transposition och avbruten aortabåge? (1 p)

22q11 deletionssyndrom – DiGeorges syndrom

Nämn fyra andra avvikelser som kan förekomma hos ett barn med denna kromosomdefekt! (1 p)

Hypokalcemi, avvikande utseende i ansiktet, läpp-/käk-/gomspalt, immunbrist och avsaknad av thymus.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

2.1

Amira är en 14-årig flicka med ursprung från Syrien som kom till Sverige för ett drygt år sedan med sin mamma, pappa och syster. Hon har under nuvarande termin haft en del kontakt med skolkuratorn p.g.a. att hon haft stor skolfrånvaro samt uppfattats nedstämd och trött. Hon har klagat på magont och minskat i vikt. Då flickan är blek kontrollerar skolsjuksköterskan ett Hb som är 93 g/L och Amira remitteras till barnmottagningen.

Vid din fördjupade anamnes får du veta att alla familjemedlemmarna är helt friska. Inga mag/tarm- eller blodsjukdomar i släkten. Amira är helt frisk sedan tidigare, hon har inga kända allergier och äter bra. Vid hälsoundersökningen i samband med ankomsten till Sverige var allt bra, i journalen anges Hb 129 g/L, erhållna vaccinationer i enlighet med Syriens vaccinationsprogram 2015 och vikt 61 kg. Nu väger hon 53 kg. Hon berättar att hon haft ont i magen i flera månader och sedan någon månad ca 8 lösa avföringar per dygn.

Du finner inget avvikande i status. Hon har ett BCG-ärr. Du beslutar dig för att utreda henne vidare. Redan innan hon lämnar mottagningen får du svar på blodstatus som visar:

Hb 95 g/L	TPK 342 x 10 ⁹ /L	LPK 10,2 x 10 ⁹ /L
EVF 0,29	MCV 69 fL	MCH 20 pg

Vilka ytterligare prover vill du kontrollera?
(2 p)

Vilken typ av anemi misstänker du i första hand?
(1 p)

Alla asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning. Vilka prover bör tas på barn över åtta år vid denna rutinmässiga hälsoundersökning?
(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

2.2

Amira är en 14-årig flicka med ursprung från Syrien som kom till Sverige för ett drygt år sedan med sin mamma, pappa och syster. Hon har under nuvarande termin haft en del kontakt med skolkuratorn p.g.a. att hon haft stor skolfrånvaro samt uppfattats nedstämd och trött. Hon har klagat på magont och minskat i vikt. Då flickan är blek kontrollerar skolsjuksköterskan ett Hb som är 93 g/L och Amira remitteras till barnmottagningen.

Vid din fördjupade anamnes får du veta att alla familjemedlemmarna är helt friska. Inga mag/tarm- eller blodsjukdomar i släkten. Amira är helt frisk sedan tidigare, hon har inga kända allergier och äter bra. Vid hälsoundersökningen i samband med ankomsten till Sverige var allt bra, i journalen anges Hb 129 g/L, erhållna vaccinationer i enlighet med Syriens vaccinationsprogram 2015 och vikt 61 kg. Nu väger hon 53 kg. Hon berättar att hon haft ont i magen i flera månader och sedan någon månad ca 8 lösa avföringar per dygn.

Du finner inget avvikande i status. Hon har ett BCG-ärr. Du beslutar dig för att utreda henne vidare. Redan innan hon lämnar mottagningen får du svar på blodstatus som visar:

Hb 95 g/L TPK 342 x 10⁹/L LPK 10,2 x 10⁹/L
EVF 0,29 MCV 69 fL MCH 20 pg

Vilka ytterligare prover vill du kontrollera? (2 p)

Fe, TIBC, ferritin, transferrinmättnad, F-odlingar/parasiter(salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, cyster/maskäg, EHEC, clostridier), F-calprotektin, celiakiprover, leverstatus, elstatus, krea, thyroideaprover, CRP

Vilken typ av anemi misstänker du i första hand? (1 p)

Järnbristanemi

Alla asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning. Vilka prover bör tas på barn över åtta år vid denna rutinmässiga hälsoundersökning? (1 p)

Hb, Hiv, Hepatit B (HBsAg, antiHBs), Hepatit C (antiHCV). Avföringsprov ingår inte i standardprovtagning för barn över 6 år och över 8 år inte heller PKU

Du misstänker järnbristanemi och får följande provsvar:

P-järn 2 µmol/L P-ferritin 22 µg/L P-TIBC 87 µmol/L
P-transferrinmättnad 0,02

Då du frågar mer specifikt om avföringen framkommer att hon har ca 8 blodtillblandade diarréer med konsistens 6-7 enligt Bristol Stool Scale per dygn.

- Avföringsprover normala, förutom F-calprotectin på 3 600 mg/kg
- Transglutaminasantikroppar negativa
- PPD 7 mm
- Blodstatus enligt ovan

CRP 27 mg/mL Leverstatus väs u a Albumin 34 g/L
Elektrolyter u a P-glukos 5,7 mmol/L Orosomukoid 2,06 g/L

Vad misstänker du för sjukdom?

(1 p)

Hur ser din fortsatta utredning ut?

(1 p)

2.3

Amira är en 14-årig flicka med ursprung från Syrien som kom till Sverige för ett drygt år sedan med sin mamma, pappa och syster. Hon har under nuvarande termin haft en del kontakt med skolkuratorn p.g.a. att hon haft stor skolfrånvaro samt uppfattats nedstämd och trött. Hon har klagat på magont och minskat i vikt. Då flickan är blek kontrollerar skolsjuksköterskan ett Hb som är 93 g/L och Amira remitteras till barnmottagningen.

Vid din fördjupade anamnes får du veta att alla familjemedlemmarna är helt friska. Inga mag/tarm- eller blodsjukdomar i släkten. Amira är helt frisk sedan tidigare, hon har inga kända allergier och äter bra. Vid hälsoundersökningen i samband med ankomsten till Sverige var allt bra, i journalen anges Hb 129 g/L, erhållna vaccinationer i enlighet med Syriens vaccinationsprogram 2015 och vikt 61 kg. Nu väger hon 53 kg. Hon berättar att hon haft ont i magen i flera månader och sedan någon månad ca 8 lösa avföringar per dygn.

Du finner inget avvikande i status. Hon har ett BCG-ärr. Du beslutar dig för att utreda henne vidare. Redan innan hon lämnar mottagningen får du svar på blodstatus som visar:

Hb 95 g/L TPK 342 x 10⁹/L LPK 10,2 x 10⁹/L
EVF 0,29 MCV 69 fL MCH 20 pg

Vilka ytterligare prover vill du kontrollera? (2 p)

Fe, TIBC, ferritin, transferrinmättnad, F-odlingar/parasiter(salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, cystor/maskägg, EHEC, clostridier), F-calprotektin, celiakiprover, leverstatus, elstatus, krea, thyroideaprover, CRP

Vilken typ av anemi misstänker du i första hand? (1 p)

Järnbristanemi

Alla asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning. Vilka prover bör tas på barn över åtta år vid denna

rutinmässiga hälsoundersökning? (1 p)

Hb, Hiv, Hepatit B (HBsAg, antiHBs), Hepatit C (antiHCV). Avföringsprov ingår inte i standardprovtagning för barn över 6 år och över 8 år inte heller PKU

Du misstänker järnbristanemi och får följande provsvar:

P-järn 2 µmol/L P-ferritin 22 µg/L P-TIBC 87µmol/L
P-transferrinmättnad 0,02

Då du frågar mer specifikt om avföringen framkommer att hon har ca 8 blodtillblandade diarréer med konsistens 6-7 enligt Bristol Stool Scale per dygn.

- Avföringsprover normala, förutom F-calprotectin på 3 600 mg/kg
- Transglutaminasantikroppar negativa
- PPD 7 mm
- Blodstatus enligt ovan

CRP 27 mg/mL Leverstatus väs u a Albumin 34 g/L
Elektrolyter u a P-glukos 5,7 mmol/L Orosomukoid 2,06 g/L

Vad misstänker du för sjukdom? (1 p)

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Hur ser din fortsatta utredning ut? (1 p)

Gastro-/koloskopi och tunntarmsundersökning

Gastroskopin var normal. Koloskopin visade inflammation i hela tjocktarmen, en bild förenlig med ulcerös kolit. Det gjordes också en MR tunntarm som var normal.

I blodprover som kontrollerades om i samband med skopiundersökningarna var Hb 85 g/L, övriga prover väsentligen oförändrade.

Du har diskuterat handläggningen med gastroenterolog. Vad sätter ni in för behandling? (2 p)

2.4

Amira är en 14-årig flicka med ursprung från Syrien som kom till Sverige för ett drygt år sedan med sin mamma, pappa och syster. Hon har under nuvarande termin haft en del kontakt med skolkuratorn p.g.a. att hon haft stor skolfrånvaro samt uppfattats nedstämd och trött. Hon har klagat på magont och minskat i vikt. Då flickan är blek kontrollerar skolsjuksköterskan ett Hb som är 93 g/L och Amira remitteras till barnmottagningen.

Vid din fördjupade anamnes får du veta att alla familjemedlemmarna är helt friska. Inga mag/tarm- eller blodsjukdomar i släkten. Amira är helt frisk sedan tidigare, hon har inga kända allergier och äter bra. Vid hälsoundersökningen i samband med ankomsten till Sverige var allt bra, i journalen anges Hb 129 g/L, erhållna vaccinationer i enlighet med Syriens vaccinationsprogram 2015 och vikt 61 kg. Nu väger hon 53 kg. Hon berättar att hon haft ont i magen i flera månader och sedan någon månad ca 8 lösa avföringar per dygn.

Du finner inget avvikande i status. Hon har ett BCG-ärr. Du beslutar dig för att utreda henne vidare. Redan innan hon lämnar mottagningen får du svar på blodstatus som visar:

Hb 95 g/L TPK 342 x 10⁹/L LPK 10,2 x 10⁹/L
EVF 0,29 MCV 69 fL MCH 20 pg

Vilka ytterligare prover vill du kontrollera? (2 p)

Fe, TIBC, ferritin, transferrinmättnad, F-odlingar/parasiter(salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, cystor/maskägg, EHEC, clostridier), F-calprotektin, celiakiprover, leverstatus, elstatus, krea, thyroideaprover, CRP

Vilken typ av anemi misstänker du i första hand? (1 p)

Järnbristanemi

Alla asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning. Vilka prover bör tas på barn över åtta år vid denna

rutinmässiga hälsoundersökning? (1 p)

Hb, Hiv, Hepatit B (HBsAg, antiHBs), Hepatit C (antiHCV). Avföringsprov ingår inte i standardprovtagning för barn över 6 år och över 8 år inte heller PKU

Du misstänker järnbristanemi och får följande provsvar:

P-järn 2 µmol/L P-ferritin 22 µg/L P-TIBC 87 µmol/L
P-transferrinmättnad 0,02

Då du frågar mer specifikt om avföringen framkommer att hon har ca 8 blodtillblandade diarréer med konsistens 6-7 enligt Bristol Stool Scale per dygn.

- Avföringsprover normala, förutom F-calprotectin på 3 600 mg/kg
- Transglutaminasantikroppar negativa
- PPD 7 mm
- Blodstatus enligt ovan

CRP 27 mg/mL Leverstatus väs u a Albumin 34 g/L
Elektrolyter u a P-glukos 5,7 mmol/L Orosomukoid 2,06 g/L

Vad misstänker du för sjukdom? (1 p)

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Hur ser din fortsatta utredning ut? (1 p)

Gastro-/koloskopi och tunntarmsundersökning

Gastroskopin var normal. Koloskopin visade inflammation i hela tjocktarmen, en bild förenlig med ulcerös kolit. Det gjordes också en MR tunntarm som var normal.

I blodprover som kontrollerades om i samband med skopiundersökningarna var Hb 85 g/L, övriga prover väsentligen oförändrade.

Du har diskuterat handläggningen med gastroenterolog. Vad sätter ni in för behandling? (2 p)

Kortison, 5-ASA och järn.

Ni väljer att starta behandling med 40 mg prednisolon per os med planerad nedtrappning och Asacol med upptrappning till 3,6 g/dygn. Ni ger också järn intravenöst.

Amira kommer på återbesök till dig efter 4 veckor. Diarréerna har upphört och hon tycker att hon mår bra. Blodproverna är nästan helt normaliserade. Hon får fortsätta med Asacol per os 3,6 g/dygn tills vidare och trappa ned prednisolon i ytterligare 4 veckor enligt tidigare planering.

Två månader senare återkommer hon dock till dig när du är jour på akutmottagningen. Hon är trött och hängig, har ont i magen och sedan drygt en vecka tillbaka ca 10 blodiga diarréer per dygn, under såväl dag som natt. Hon har varit i skolan så sent som igår, men säger att hon inte klarar av det längre för att hon har så ont i magen, är så trött och måste springa på toaletten nästan varje

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

lektion. Hon har inte varit utomlands och inte ätit något speciellt, inte heller antibiotika. Blodtrycket är bra. Buken är mjuk men något öm, framförallt nere till vänster.

Vad misstänker du i första hand ligger bakom hennes aktuella diarréer?
(0,5 p)

Vilken är den mest troliga differentialdiagnosen?
(0,5 p)

Vilka åtgärder/utredningar vidtar du nu?
(1 p)

Hur väljer du att behandla hennes tillstånd i nuläget?
(1 p)

2.5

Amira är en 14-årig flicka med ursprung från Syrien som kom till Sverige för ett drygt år sedan med sin mamma, pappa och syster. Hon har under nuvarande termin haft en del kontakt med skolkuratorn p.g.a. att hon haft stor skolfrånvaro samt uppfattats nedstämd och trött. Hon har klagat på magont och minskat i vikt. Då flickan är blek kontrollerar skolsjuksköterskan ett Hb som är 93 g/L och Amira remitteras till barnmottagningen.

Vid din fördjupade anamnes får du veta att alla familjemedlemmarna är helt friska. Inga mag/tarm- eller blodsjukdomar i släkten. Amira är helt frisk sedan tidigare, hon har inga kända allergier och äter bra. Vid hälsoundersökningen i samband med ankomsten till Sverige var allt bra, i journalen anges Hb 129 g/L, erhållna vaccinationer i enlighet med Syriens vaccinationsprogram 2015 och vikt 61 kg. Nu väger hon 53 kg. Hon berättar att hon haft ont i magen i flera månader och sedan någon månad ca 8 lösa avföringar per dygn.

Du finner inget avvikande i status. Hon har ett BCG-ärr. Du beslutar dig för att utreda henne vidare. Redan innan hon lämnar mottagningen får du svar på blodstatus som visar:

Hb 95 g/L TPK 342 x 10⁹/L LPK 10,2 x 10⁹/L
EVF 0,29 MCV 69 fL MCH 20 pg

Vilka ytterligare prover vill du kontrollera? (2 p)

Fe, TIBC, ferritin, transferrinmättnad, F-odlingar/parasiter(salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, cystor/maskägg, EHEC, clostridier), F-calprotektin, celiakiprover, leverstatus, elstatus, krea, thyroideaprover, CRP

Vilken typ av anemi misstänker du i första hand? (1 p)

Järnbristanemi

Alla asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning. Vilka prover bör tas på barn över åtta år vid denna

rutinmässiga hälsoundersökning? (1 p)

Hb, Hiv, Hepatit B (HBsAg, antiHBs), Hepatit C (antiHCV). Avföringsprov ingår inte i standardprovtagning för barn över 6 år och över 8 år inte heller PKU

Du misstänker järnbristanemi och får följande provsvar:

P-järn 2 µmol/L P-ferritin 22 µg/L P-TIBC 87 µmol/L
P-transferrinmättnad 0,02

Då du frågar mer specifikt om avföringen framkommer att hon har ca 8 blodtillblandade diarréer med konsistens 6-7 enligt Bristol Stool Scale per dygn.

- Avföringsprover normala, förutom F-calprotectin på 3 600 mg/kg
- Transglutaminasantikroppar negativa
- PPD 7 mm
- Blodstatus enligt ovan

CRP 27 mg/mL Leverstatus väs u a Albumin 34 g/L
Elektrolyter u a P-glukos 5,7 mmol/L Orosomukoid 2,06 g/L

Vad misstänker du för sjukdom? (1 p)

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Hur ser din fortsatta utredning ut? (1 p)

Gastro-/koloskopi och tunntarmsundersökning

Gastroskopin var normal. Koloskopin visade inflammation i hela tjocktarmen, en bild förenlig med ulcerös kolit. Det gjordes också en MR tunntarm som var normal.

I blodprover som kontrollerades om i samband med skopiundersökningarna var Hb 85 g/L, övriga prover väsentligen oförändrade.

Du har diskuterat handläggningen med gastroenterolog. Vad sätter ni in för behandling? (2 p)

Kortison, 5-ASA och järn.

Ni väljer att starta behandling med 40 mg prednisolon per os med planerad nedtrappning och Asacol med upptrappning till 3,6 g/dygn. Ni ger också järn intravenöst. Amira kommer på återbesök till dig efter 4 veckor. Diarréerna har upphört och hon tycker att hon mår bra. Blodproverna är nästan helt normaliserade. Hon får fortsätta med Asacol per os 3,6 g/dygn tills vidare och trappa ned prednisolon i ytterligare 4 veckor enligt tidigare planering.

Två månader senare återkommer hon dock till dig när du är jour på akutmottagningen. Hon är trött och hängig, har ont i magen och har sedan drygt en vecka tillbaka ca 10 blodiga diarréer per dygn, såväl dagliga som nattliga diarréer. Hon har varit i skolan så sent som igår, men säger att hon inte klarar av det längre för att hon har så ont i magen, är så trött och måste springa på toaletten nästan varje lektion. Hon har inte varit utomlands och inte ätit något speciellt och har inte intagit någon antibiotika. Blodtrycket är bra. Buken är mjuk men något öm, framförallt nere till vänster.

Vad misstänker du i första hand ligger bakom hennes aktuella diarréer? (0,5 p)

Skov av ulcerös colit

Vilken är den mest troliga differentialdiagnosen? (0,5 p)

Infektiös enterit/clostridieinfektion

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Vilka åtgärder/utredningar vidtar du nu? (1 p)

Blodprover för IBD (t.ex. blodstatus, inflammationsparametrar, leverprover, elektrolyter), avföringsprov (åtminstone clostridier), buköversiktsröntgen, inläggning. Bedömning enligt PUCAI.

Hur väljer du att behandla hennes tillstånd i nuläget? (1 p)

Kortison iv

Din bedömning är att det är ett svårt skov av ulcerös kolit och Amira läggs in på barn- och ungdomsmedicinsk avdelning. Du diskuterar handläggningen med barn gastroenterolog och informerar dessutom kirurgen. Du bedömer henne enligt PUCAI, där hon får 65 poäng. Blodprover visar Hb 107 g/L, TPK $632 \times 10^9/L$, LPK $23 \times 10^9/L$, CRP 22 mg/mL, albumin 33 g/L, i övrigt normalt lever- och elstatus.

Då du i första hand vill utesluta infektiös genes till försämringen kontrolleras avföringsprover som är negativa för salmonella, shigella, campylobacter, clostridier, EHEC, CMV, rota- och adenovirus. F-calprotectin är 3 800 mg/kg. Buköversiktsröntgen är normal.

Hon får fortsätta äta. Behandling påbörjas med Betametason 8 mg/dygn iv samt protonpumpshämmare och paracetamol som ges vid behov. Asacol sättes ut. Du klargör tydligt för avdelningspersonalen vilka kontroller som ska göras och dokumenteras.

Amira får samma behandling under hela vårdtiden och har efter sju dagar ca 4 lätt blodtillblandade avföringar per dag med konsistens 6 enligt Bristolskalan och hon skrivs ut.

Vilken behandling ger du henne vid hemgång?

(1 p)

Du bedömer att hon behöver ha mer effektiv underhållsbehandling och att hon så snart som möjligt bör sättas in på azatioprin.

Före insättande av azatioprin behövs svar på ett speciell blodprov, vilket?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 2

Vilken behandling ger du henne vid hemgång? (1 p)

Du väljer att ge henne prednisolon och asacol per os samt vid behov protonpumpshämmare.

Du bedömer att hon behöver ha mer effektiv underhållsbehandling och att hon så snart som möjligt bör sättas in på azatioprin.

Före insättande av azatioprin behövs svar på ett speciell blodprov, vilket? (1 p)

TPMT-aktivitet kontrolleras inför insättandet.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.1

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärtor och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen.

Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör?

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.2

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärter och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen. Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör? (2 p)

Gör en bedömning enligt ABCDE; A - Airway. Håller fria luftvägar? B - Breathing. Andningsfrekvens? Andningsdjup? Saturation? Indragningar? Biljud? C - Cirkulation. Kapillär återfyllnad? Puls? Pulsfyllnad? Blodtryck? D - Disability. Pupiller? Vakenhetsgrad?

Pojken håller fria luftvägar och tar djupa snabba andetag ca 35/min. Inga biljud över lungfälten. Saturation 100%. Kapilläråterfyllnad på 5 s. Takykard; svag puls med frekvens 110 slag/min. Blodtryck 105/55 mmHg.

Han är vaken och har normal pupillreaktion.

Vad gör du nu?

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.3

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärter och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen. Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör? (2 p)

Gör en bedömning enligt ABCDE; A - Airway. Håller fria luftvägar? B - Breathing. Andningsfrekvens? Andningsdjup? Saturation? Indragningar? Biljud? C - Cirkulation. Kapillär återfyllnad? Puls? Pulsfyllnad? Blodtryck? D - Disability. Pupiller? Vakenhetsgrad?

Pojken håller fria luftvägar och tar djupa snabba andetag ca 35/min. Inga biljud över lungfälten. Saturation 100%.

Kapilläråterfyllnad på 5 s. Takykard; svag puls med frekvens 110 slag/min. Blodtryck 105/55 mmHg.

Han är vaken och har normal pupillreaktion.

Vad gör du nu? (2 p)

Du ger bolus med vätska då pojken är cirkulatoriskt påverkad. Du ger NaCl eller Ringeracetat, 20ml/kg. Du tar också en blodgas.

Blodgasen visar pH 6,95 med pO₂ 10,2 kPa, pCO₂ 1,3 kPa, BE -22 mmol/L och P-glukos 36 mmol/L

Vilken diagnos har Anton?

(1 p)

Vad gör du nu? Beskriv övergripande steg för steg de närmaste 48 timmarna!

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.4

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärter och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen. Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör? (2 p)

Gör en bedömning enligt ABCDE; A - Airway. Håller fria luftvägar? B - Breathing. Andningsfrekvens? Andningsdjup? Saturation? Indragningar? Biljud? C - Cirkulation. Kapillär återfyllnad? Puls? Pulsfyllnad? Blodtryck? D - Disability. Pupiller? Vakenhetsgrad?

Pojken håller fria luftvägar och tar djupa snabba andetag ca 35/min. Inga biljud över lungfälten. Saturation 100%.

Kapilläråterfyllnad på 5 s. Takykard; svag puls med frekvens 110 slag/min. Blodtryck 105/55 mmHg.

Han är vaken och har normal pupillreaktion.

Vad gör du nu? (2 p)

Du ger bolus med vätska då pojken är cirkulatoriskt påverkad. Du ger NaCl eller Ringeracetat, 20ml/kg. Du tar också en blodgas.

Blodgasen visar pH 6,95 med pO₂ 10,2 kPa, pCO₂ 1,3 kPa, BE -22 mmol/L och P-glukos 36 mmol/L

Vilken diagnos har Anton? (1 p)

Pojken har en nydebuterad diabetes med ketoacidosis

Vad gör du nu? Beskriv övergripande steg för steg de närmaste 48 timmarna! (2 p)

Svar i löpande text nedan

Du kontrollerar kapillär återfyllnad efter given bolusdos. Du flyttar patienten till IVA och fortsätter droppet i ca 1 timme. Därefter påbörjas insulindropp och långsam rehydrering på 48h. Du ordinerar vätska/timme - ingen hypoosmolär vätska under rehydreringsperioden. Anton hålls fastande tills acidosen korrigerats.

Du ordinerar kontroller; AT, pupiller, kapillär återfyllnad, blodtryck och puls samt blodgas 1 gång/timme. Osmolalitet följs varannan timme. Prover för nydebuterad diabetes tages.

Vilka två akuta allvarliga komplikationer är du särskilt uppmärksam på? (1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.5

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärter och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen. Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör? (2 p)

Gör en bedömning enligt ABCDE; A - Airway. Håller fria luftvägar? B - Breathing. Andningsfrekvens? Andningsdjup? Saturation? Indragningar? Biljud? C - Cirkulation. Kapillär återfyllnad? Puls? Pulsfyllnad? Blodtryck? D - Disability. Pupiller? Vakenhetsgrad?

Pojken håller fria luftvägar och tar djupa snabba andetag ca 35/min. Inga biljud över lungfälten. Saturation 100%.

Kapilläråterfyllnad på 5 s. Takykard; svag puls med frekvens 110 slag/min. Blodtryck 105/55 mmHg.

Han är vaken och har normal pupillreaktion.

Vad gör du nu? (2 p)

Du ger bolus med vätska då pojken är cirkulatoriskt påverkad. Du ger NaCl eller Ringeracetat, 20ml/kg. Du tar också en blodgas.

Blodgasen visar pH 6,95 med pO₂ 10,2 kPa, pCO₂ 1,3 kPa, BE -22 mmol/L och P-glukos 36 mmol/L

Vilken diagnos har Anton? (1 p)

Pojken har en nydebuterad diabetes med ketoacidosis

Vad gör du nu? Beskriv övergripande steg för steg de närmaste 48 timmarna! (2 p)

Svar i löpande text nedan

Du kontrollerar kapillär återfyllnad efter given bolusdos. Du flyttar patienten till IVA och fortsätter droppet i ca 1 timme. Därefter påbörjas insulindropp och långsam rehydrering på 48h. Du ordinerar vätska/timme - ingen hypoosmolär vätska under rehydreringsperioden. Anton hålls fastande tills acidosen korrigerats.

Du ordinerar kontroller; AT, pupiller, kapillär återfyllnad, blodtryck och puls samt blodgas 1 gång/timme. Osmolalitet följs varannan timme. Prover för nydebuterad diabetes tages.

Vilka två akuta allvarliga komplikationer är du särskilt uppmärksam på? (1 p)

Hjärnödem och hypokalemi - arytm

Efter två dygns rehydrering och insulindropp är det dags att gå över till subcutant insulin.

Hur ordinerar du insulinet?

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

3.6

Anton är 12 år och tidigare frisk, men kommer till akuten p.g.a. buksmärter och kräkningar utan feber. CRP är <6 mg/L. Han har känt sig trött senaste veckorna, han har t.ex. inte presterat som han brukar på fotbollsplanen. Anton läggs in för bukobservation av kirurgen som håller honom fastande och sätter ett underhållsdropp.

Tre timmar senare blir du tillkallad som barnjour, då sjuksköterskan tycker att pojken blivit sämre och kirurgjouren står på operation. Anton ojar sig över magont, kräks och vill ha vatten. Han har stora problem med andningen och du måste hjälpa till akut.

Vad är det första du gör? (2 p)

Gör en bedömning enligt ABCDE; A - Airway. Håller fria luftvägar? B - Breathing. Andningsfrekvens? Andningsdjup? Saturation? Indragning? Biljud? C - Cirkulation. Kapillär återfyllnad? Puls? Pulsfyllnad? Blodtryck? D - Disability. Pupiller? Vakenhetsgrad?

Pojken håller fria luftvägar och tar djupa snabba andetag ca 35/min. Inga biljud över lungfälten. Saturation 100%. Kapilläråterfyllnad på 5 s. Takykard; svag puls med frekvens 110 slag/min. Blodtryck 105/55 mmHg. Han är vaken och har normal pupillreaktion.

Vad gör du nu? (2 p)

Du ger bolus med vätska då pojken är cirkulatoriskt påverkad. Du ger NaCl eller Ringeracetat, 20ml/kg. Du tar också en blodgas.

Blodgasen visar pH 6,95 med pO₂ 10,2 kPa, pCO₂ 1,3 kPa, BE -22 mmol/L och P-glukos 36 mmol/L

Vilken diagnos har Anton? (1 p)

Pojken har en nydebuterad diabetes med ketoacidosis

Vad gör du nu? Beskriv övergripande steg för steg de närmaste 48 timmarna! (2 p)

Svar i löpande text nedan

Du kontrollerar kapillär återfyllnad efter given bolusdos. Du flyttar patienten till IVA och fortsätter droppet i ca 1 timme. Därefter påbörjas insulindropp och långsam rehydrering på 48h. Du ordinerar vätska/timme - ingen hypoosmolär vätska under rehydreringsperioden. Anton hålls fastande tills acidosen korrigerats.

Du ordinerar kontroller; AT, pupiller, kapillär återfyllnad, blodtryck och puls samt blodgas 1 gång/timme. Osmolalitet följs varannan timme. Prover för nydebuterad diabetes tages.

Vilka två akuta allvarliga komplikationer är du särskilt uppmärksam på? (1 p)

Hjärnödeme och hypokalemi - arytmier

Efter två dygns rehydrering och insulindropp är det dags att gå över till subcutant insulin.

Hur ordinerar du insulinet? (2 p)

Du räknar ut hur mkt insulin han har fått i droppet. Du ordinerar ca 40% som långverkande, antingen Lantus 1 gång per dygn eller Levemir 2 gånger per dygn. Väljer du Tresiba börjar du med ca 30% av dygnsdosen. Du räknar också ut kolhydratkvoter och korrigeringsfaktor. Kolhydratkvot till frukost $350/\text{dygnsdosen} = g \text{ kolhydrater}/E \text{ insulin}$, övriga måltider $500/\text{dygnsdosen insulin} = g \text{ kolhydrater}/E \text{ insulin}$. Korrigeringsfaktor $100/\text{dygnsdosen insulin} = \text{mmol glukossänkning}/E$.

Du följer Anton på mottagningen och det fungerar bra med hans diabetes. Hans största problem är att han är kort - kortast på fotbollsplanen nu när han är 14 år.

Hur bedömer du hans tillväxtkurva?

(1 p)

Vad behöver du komplettera i anamnes och status?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 3

Hur bedömer du hans tillväxtkurva? (1 p)

Anton växer på den prepubertala kurvan motsvarande ca -0,5 SD

Vad behöver du komplettera i anamnes och status? (1 p)

Anamnes; Hereditet för sen pubertet? Huvudvärk? Magbekymmer? Psykosociala problem?

Status inklusive pubertetsbedömning

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

4.1

Du är jour på akutmottagningen när det kommer in en fyra månader gammal flicka, Elona, med utslag och kräkningar. Föräldrarna berättar att flickan är frisk, men att hon gått upp lite sämre i vikt senaste veckorna och de därför, på inrådan från BVC, börjat med bröstmjölksersättning på kvällarna. Utslaget och kräkningarna kom hastigt, inom en halvtimme efter flaskan med ersättning.

Föräldrarna undrar om det kan vara mjölkallergi? De funderar även på om Elona kan bli allergisk mot andra födoämnen.

Vilken diagnos ställer du och hur verifierar du den?

(1 p)

Vilka råd ger du angående kosten nu och framöver?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

4.2

Du är jour på akutmottagningen när det kommer in en fyra månader gammal flicka, Elona, med utslag och kräkningar. Föräldrarna berättar att flickan är frisk, men att hon gått upp lite sämre i vikt senaste veckorna och de därför, på inrådan från BVC, börjat med bröstmjölksersättning på kvällarna. Utslaget och kräkningarna kom hastigt, inom en halvtimme efter flaskan med ersättning. Föräldrarna undrar om det kan vara mjölkallergi? De funderar även på om Elona kan bli allergisk mot andra födoämnen.

Vilken diagnos ställer du och hur verifierar du den? (1 p)

IgE-medierad komjölksproteinallergi. Pricktest eller RAST

Vilka råd ger du angående kosten nu och framöver? (1 p)

Komjölksfri kost med planering för återintroduktion om möjligt inom ett år. Inga andra födoämnen utesluts ur kosten.

Du har mottagning och träffar Elona som nu hunnit bli 14 månader. Föräldrarna berättar att hon av misstag fått i sig en bulle bakad på mjölk utan att få någon allergisk reaktion. De beskriver att Elona varit förkyld flera gånger och fått det jobbigt med andningen samt en envis hosta. Hon har fått inhalera medicin på vårdcentralen, och vid något tillfälle även fått antibiotika för lunginflammation.

Läget är besvärligt, flickan hostar på nätterna och vaknar ideligen. Hon har eksem och klåda, men när man smörjer med mjukgörande kräm gråter hon och föräldrarna har därför slutat. Farmor har föreslagit att de skulle utesluta ägg, fisk, gluten och nötter ur kosten, vilket föräldrarna delvis gjort några dagar utan effekt på eksemet.

I status noterar du en flicka som är normalstor för sin ålder. Hon hostar när hon blir ledsen, men det låter normalt på hjärta och lungor. Huden är generellt torr och i böjveckan ses ett rodnat eksem med rivmärken.

**Vad vill du komplettera med i form av frågor och eventuell utredning?
(1 p)**

**Hur vill du behandla Elonas hosta och hennes eksem?
(1 p)**

4.3

Du är jour på akutmottagningen när det kommer in en fyra månader gammal flicka, Elona, med utslag och kräkningar. Föräldrarna berättar att flickan är frisk, men att hon gått upp lite sämre i vikt senaste veckorna och de därför, på inrådan från BVC, börjat med bröstmjölksersättning på kvällarna. Utslaget och kräkningarna kom hastigt, inom en halvtimme efter flaskan med ersättning.

Föräldrarna undrar om det kan vara mjölkallergi? De funderar även på om Elona kan bli allergisk mot andra födoämnen.

Vilken diagnos ställer du och hur verifierar du den? (1 p)

IgE-medierad komjölksproteinallergi. Pricktest eller RAST

Vilka råd ger du angående kosten nu och framöver? (1 p)

Komjölksfri kost med planering för återintroduktion om möjligt inom ett år. Inga andra födoämnen utesluts ur kosten.

Du har mottagning och träffar Elona som nu hunnit bli 14 månader. Föräldrarna berättar att hon av misstag fått i sig en bulle bakad på mjölk utan att få någon allergisk reaktion. De beskriver att Elona varit förkyld flera gånger och fått det jobbigt med andningen samt en envis hosta. Hon har fått inhalera medicin på vårdcentralen, och vid något tillfälle även fått antibiotika för lunginflammation.

Läget är besvärligt, flickan hostar på nätterna och vaknar ideligen. Hon har eksem och klåda, men när man smörjer med mjukgörande kräm gråter hon och föräldrarna har därför slutat. Farmor har föreslagit att de skulle utesluta ägg, fisk, gluten och nötter ur kosten, vilket föräldrarna delvis gjort några dagar utan effekt på eksemet.

I status noterar du en flicka som är normalstor för sin ålder. Hon hostar när hon blir ledsen, men det låter normalt på hjärta och lungor. Huden är generellt torr och i böjveckan ses ett rodnat eksem med rivmärken.

Vad vill du komplettera med i form av frågor och eventuell utredning? (1 p)

Hereditet, rökning, pälsdjur och innemiljöproblem. Ingen ytterligare utredning.

Hur vill du behandla Elonas hosta och hennes eksem? (1 p)

Inhalationssteroid + beta-agonist mot infektionsutlöst astma. Steroidkräm och mjukgörande kräm mot eksem.

Du har telefonuppföljning med familjen ett par månader senare. Hostan nattetid har försvunnit efter behandling med inhalationssteroid och beta-agonist. Eksemet blev helt bra på mjukgörande och en grupp 2 steroid, men det har en tendens att återkomma om föräldrarna glömmer den mjukgörande några dagar. Återintroduktionen av mjölk har också gått bra.

Du vet också att pappa hade eksem som liten och nu har pollen- och nötallergi samt astma. Mamma har kattallergi. Ingen röker hemma och familjen har en "allergihund". Elona ska börja förskolan nästa månad.

Beskriv det typiska förloppet vid svår atopi/allergi över tid från spädbarn till ungdom! (2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

4.4

Du är jour på akutmottagningen när det kommer in en fyra månader gammal flicka, Elona, med utslag och kräkningar. Föräldrarna berättar att flickan är frisk, men att hon gått upp lite sämre i vikt senaste veckorna och de därför, på inrådan från BVC, börjat med bröstmjölksersättning på kvällarna. Utslaget och kräkningarna kom hastigt, inom en halvtimme efter flaskan med ersättning.

Föräldrarna undrar om det kan vara mjölkallergi? De funderar även på om Elona kan bli allergisk mot andra födoämnen.

Vilken diagnos ställer du och hur verifierar du den? (1 p)

IgE-medierad komjölksproteinallergi. Pricktest eller RAST

Vilka råd ger du angående kosten nu och framöver? (1 p)

Komjölksfri kost med planering för återintroduktion om möjligt inom ett år. Inga andra födoämnen utesluts ur kosten.

Du har mottagning och träffar Elona som nu hunnit bli 14 månader. Föräldrarna berättar att hon av misstag fått i sig en bulle bakad på mjölk utan att få någon allergisk reaktion. De beskriver att Elona varit förkyld flera gånger och fått det jobbigt med andningen samt en envis hosta. Hon har fått inhalera medicin på vårdcentralen, och vid något tillfälle även fått antibiotika för lunginflammation.

Läget är besvärligt, flickan hostar på nätterna och vaknar ideligen. Hon har eksem och klåda, men när man smörjer med mjukgörande kräm gråter hon och föräldrarna har därför slutat. Farmor har föreslagit att de skulle utesluta ägg, fisk, gluten och nötter ur kosten, vilket föräldrarna delvis gjort några dagar utan effekt på eksemet.

I status noterar du en flicka som är normalstor för sin ålder. Hon hostar när hon blir ledsen, men det låter normalt på hjärta och lungor. Huden är generellt torr och i böjveckan ses ett rodnat eksem med rivmärken.

Vad vill du komplettera med i form av frågor och eventuell utredning? (1 p)

Hereditet, rökning, pälsdjur och innemiljöproblem. Ingen ytterligare utredning.

Hur vill du behandla Elonas hosta och hennes eksem? (1 p)

Inhalationssteroid + beta-agonist mot infektionsutlöst astma. Steroidkräm och mjukgörande kräm mot eksem.

Du har telefonuppföljning med familjen ett par månader senare. Hosten nattetid har försvunnit efter behandling med inhalationssteroid och beta-agonist. Eksemet blev helt bra på mjukgörande och en grupp 2 steroid, men det har en tendens att återkomma om föräldrarna glömmer den mjukgörande några dagar. Återintroduktionen av mjölk har också gått bra.

Du vet också att pappa hade eksem som liten och nu har pollen- och nötallergi samt astma. Mamma har kattallergi. Ingen röker hemma och familjen har en "allergihund". Elona ska börja förskolan nästa månad.

Beskriv det typiska förloppet vid svår atopi/allergi över tid från spädbarn till ungdom! (2 p)

Allergiska marschen: eksem, födoämnesallergi, barnastma i småbarnsålder, tillkomst av pälsdjur/kvalsterallergi med rhinokonjunktivit tidig skolålder, pollenallergi, astma, korsallergier lite senare.

Elona är nu 7 år. Du träffar henne på barnmottagningen dit hon remitterats från vårdcentralen p.g.a. stora besvär med allergi och astma. Hon kan inte vara utomhus under pollensäsong och har missat många dagar i skolan. Föräldrarna har nyligen skilt sig och Elona bor omväxlande hos mamma (och hunden), pappa (som äntligen kunnat ge Elona en kattunge) och farmor (dagtid när hon inte kan gå i skolan).

Farmor har tagit tag i besvären och fått till en utredning på vårdcentralen hos en stafettläkare som skrivit ut Giona, Buventol, Desloratadin, Lomudal ögondroppar och nässpray samt Betapred-kurer att ta vid försämring. Medicinerna hjälper, men inte fullt ut.

Det är också taget allergiprover, d.v.s. panel för luftburna allergen, födoämnespanel och nötpanel. RAST är positiv för det mesta; timotej, gråbo, björk, kvalster, katt, häst, hund, kanin, ägg, mjölk, vete, soja, jordnöt, hasselnöt. Familjen har försökt utesluta mjölk, ägg, vete, soja och nötter ur kosten sedan man fick provsvaren hemskickade, men det är jättesvårt. Ordinarie läkare på vårdcentralen önskar nu hjälp! (Själv funderar du på varför du efterlyste lite svårare allergiemisser så här i slutet på ST.)

Vilken utredning och förslag på behandling/råd ger du för astman, rhinokonjunktiviteten och födoämnesallergin i Elonas fall? (3 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 4

Vilken utredning och förslag på behandling/råd ger du för astman, rinokonjunktiviteten och födoämnesallergin i Elonas fall? (3 p)

Anamnes, status, inhalationsteknik, spirometri, ACT (astma control test), astmatrappa.

Anamnes, status, minskad exposition för allergen. Råd från allergisköterska avseende pälsdjur, kvalster, pollen nässteroid, byte/tillägg ögondroppar, överväg ASIT/hyposensbehandling.

Anamnes, fortsätt äta det du tålt tidigare! Ev. utredning med rekombinanter på symtomgivande födoämnen.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

5.1

Du är dagjour på barnkliniken och nästa patient är Edvin, 4 år. En undersökning av gossen är begärd av socialtjänsten. Du har inte fått veta något i förväg om undersökningen, utan möts av Edvin, hans mamma och en socialsekreterare i väntrummet. Alla följer med till undersökningsrummet.

Socialsekreteraren förklarar att förskolan har gjort en orosanmälan då man sett att Edvin har mycket blåmärken. Familjen är sedan tidigare känd av socialtjänsten då det förekommit missbruk. Edvin beskrivs av mamma som en livlig gosse som ofta slår sig och lätt får blåmärken. Hon förnekar att det skulle förekomma någon misshandel eller aktivt missbruk i familjen. Du får bra kontakt med pojken som svarar på dina frågor. Mamman beskriver att han har en hel del blåmärken på underbenen men även större märken i ryggslutet, på skuldran och i ena flanken. Varken pojken eller mamman vet hur han fått dessa eller hur länge han haft dem.

Vilka differentialdiagnoser överväger du? Nämn tre!

(1 p)

Vad fokuserar du särskilt på i status?

(1 p)

Vill du ta några prover, och behöver patienten i så fall vänta kvar på dessa?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

5.2

Du är dagjour på barnkliniken och nästa patient är Edvin, 4 år. En undersökning av gossen är begärd av socialtjänsten. Du har inte fått veta något i förväg om undersökningen, utan möts av Edvin, hans mamma och en socialsekreterare i väntrummet. Alla följer med till undersökningsrummet.

Socialsekreteraren förklarar att förskolan har gjort en orosanmälan då man sett att Edvin har mycket blåmärken. Familjen är sedan tidigare känd av socialtjänsten då det förekommit missbruk. Edvin beskrivs av mamma som en livlig gosse som ofta slår sig och lätt får blåmärken. Hon förnekar att det skulle förekomma någon misshandel eller aktivt missbruk i familjen. Du får bra kontakt med pojken som svarar på dina frågor. Mamman beskriver att han har en hel del blåmärken på underbenen men även större märken i ryggslutet, på skuldran och i ena flanken. Varken pojken eller mamman vet hur han fått dessa eller hur länge han haft dem.

Vilka differentialdiagnoser överväger du? Nämn tre! (1 p)

Misshandel, ITP, blödningsrubbning, leukemi

Vad fokuserar du särskilt på i status? (1 p)

Komplett fysikalisk undersökning – fokus på blekhet, petekier, slemhinneblödning, tecken på misshandel, hjärta, lever, mjälte.

Vill du ta några prover, behöver patienten i så fall vänta kvar på dessa? (2 p)

Ja, följande provtagning: Hb, EVF, MCV, TPK, LPK+diff, PK-INR, APTT, ev CRP. Man bör vänta på provsvar.

Vid din undersökning av Edvin finner du inga blödningar, men enstaka petekier och ovan nämnda blåmärken. Du hör ett blåsljud på hjärtat som inte är känt sedan tidigare. Edvin är blek, du ordinerar en del prover och ber familjen invänta provsvar. Det har emellertid inte socialsekreteraren tid med, så alla lämnar mottagningen.

Du får följande provsvar;

Hb 83 g/L MCV 79 fL TPK 22x10⁹/L LPK 4,3x10⁹/L
PK-INR 1,2 APTT 38 sek

Differentialräkning visar neutrofila 0,43 x 10⁹/L och förekomst av omogna celler.

Vilken är den troligaste diagnosen?

(1 p)

Vad gör du nu?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

5.3

Du är dagjour på barnkliniken och nästa patient är Edvin, 4 år. En undersökning av gossen är begärd av socialtjänsten. Du har inte fått veta något i förväg om undersökningen, utan möts av Edvin, hans mamma och en socialsekreterare i väntrummet. Alla följer med till undersökningsrummet.

Socialsekreteraren förklarar att förskolan har gjort en orosanmälan då man sett att Edvin har mycket blåmärken. Familjen är sedan tidigare känd av socialtjänsten då det förekommit missbruk. Edvin beskrivs av mamma som en livlig gosse som ofta slår sig och lätt får blåmärken. Hon förnekar att det skulle förekomma någon misshandel eller aktivt missbruk i familjen. Du får bra kontakt med pojken som svarar på dina frågor. Mamman beskriver att han har en hel del blåmärken på underbenen men även större märken i ryggslutet, på skuldran och i ena flanken. Varken pojken eller mamman vet hur han fått dessa eller hur länge han haft dem.

Vilka differentialdiagnoser överväger du? Nämn tre! (1 p)

Misshandel, ITP, blödningsrubbning, leukemi

Vad fokuserar du särskilt på i status? (1 p)

Komplett fysikalisk undersökning – fokus på blekhet, petekier, slemhinneblödning, tecken på misshandel, hjärta, lever, mjälte.

Vill du ta några prover, behöver patienten i så fall vänta kvar på dessa? (2 p)

Ja, följande provtagning: Hb, EVF, MCV, TPK, LPK+diff, PK-INR, APTT, ev CRP. Man bör vänta på provsvar.

Vid din undersökning av Edvin finner du inga blödningar, men enstaka petekier och ovan nämnda blåmärken. Du hör ett blåsljud på hjärtat som inte är känt sedan tidigare. Edvin är blek, du ordinerar en del prover och ber familjen invänta provsvar. Det har emellertid inte socialsekreteraren tid med, så alla lämnar mottagningen.

Du får följande provsvar;

Hb 83 g/L	MCV 79 fL	TPK 22x10 ⁹ /L	LPK 4,3x10 ⁹ /L
PK-INR 1,2	APTT 38 sek		

Differentialräkning visar neutrofila 0,43 x 10⁹/L och förekomst av omogna celler.

Vilken är den troligaste diagnosen? (1 p)

Leukemi

Vad gör du nu? (1 p)

Kontaktar familjen och ber dem komma tillbaka till mottagningen. Berättar att Edvin behöver behandling för sina blåmärken. Informerar socialsekreteraren. Informerar din bakjour. Ringer till närmaste barnonkologiska centra.

Edvin kommer tillbaka till akuten med båda sina föräldrar. Du och din bakjour informerar tillsammans om Edvins provsvar, att ni misstänker en allvarlig sjukdom men att ni idag inte kan säga mer om prognos och behandling. Familjen har mycket frågor kring detta.

Ni berättar att det ska tas kompletterande prover och att familjen imorgon kommer att få åka till närmaste barnonkologiska centra. Detta ligger emellertid 20 mil bort och man har ingen plats ikväll.

Vilka kompletterande prover tar du och varför? (2 p)

Vilken utredning görs på barnonkologen för att fastställa diagnos och utbredning? (1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

5.4

Du är dagjour på barnkliniken och nästa patient är Edvin, 4 år. En undersökning av gossen är begärd av socialtjänsten. Du har inte fått veta något i förväg om undersökningen, utan möts av Edvin, hans mamma och en socialsekreterare i väntrummet. Alla följer med till undersökningsrummet.

Socialsekreteraren förklarar att förskolan har gjort en orosanmälan då man sett att Edvin har mycket blåmärken. Familjen är sedan tidigare känd av socialtjänsten då det förekommit missbruk. Edvin beskrivs av mamma som en livlig gosse som ofta slår sig och lätt får blåmärken. Hon förnekar att det skulle förekomma någon misshandel eller aktivt missbruk i familjen. Du får bra kontakt med pojken som svarar på dina frågor. Mamman beskriver att han har en hel del blåmärken på underbenen men även större märken i ryggslutet, på skuldran och i ena flanken. Varken pojken eller mamman vet hur han fått dessa eller hur länge han haft dem.

Vilka differentialdiagnoser överväger du? Nämn tre! (1 p)

Misshandel, ITP, blödningsrubbnig, leukemi

Vad fokuserar du särskilt på i status? (1 p)

Komplett fysikalisk undersökning – fokus på blekhet, petekier, slemhinneblödning, tecken på misshandel, hjärta, lever, mjälte.

Vill du ta några prover, behöver patienten i så fall vänta kvar på dessa? (2 p)

Ja, följande provtagning: Hb, EVF, MCV, TPK, LPK+diff, PK-INR, APTT, ev CRP. Man bör vänta på provsvar.

Vid din undersökning av Edvin finner du inga blödnings, men enstaka petekier och ovan nämnda blåmärken. Du hör ett blåsljud på hjärtat som inte är känt sedan tidigare. Edvin är blek, du ordinerar en del prover och ber familjen invänta provsvar. Det har emellertid inte socialsekreteraren tid med, så alla lämnar mottagningen.

Du får följande provsvar;

Hb 83 g/L	MCV 79 fL	TPK 22x109/L	LPK 4,3x109/L
PK-INR 1,2	APTT 38 sek		

Differentialräkning visar neutrofila 0,43 x 10⁹/L och förekomst av omogna celler.

Vilken är den troligaste diagnosen? (1 p)

Leukemi

Vad gör du nu? (1 p)

Kontaktar familjen och ber dem komma tillbaka till mottagningen. Berättar att Edvin behöver behandling för sina blåmärken. Informerar socialsekreteraren. Informerar din bakjour. Ringer till närmaste barnonkologiska centra.

Edvin kommer nu tillbaka till akuten med båda sina föräldrar. Du och din bakjour informerar tillsammans om Edvins provsvar, att ni misstänker en allvarlig sjukdom men att ni idag inte kan säga mer om prognos och behandling. Familjen har mycket frågor kring detta.

Ni berättar att det ska tas kompletterande prover och att familjen imorgon kommer att få åka till närmaste barnonkologiska centra. Detta ligger emellertid 20 mil bort och man har ingen plats ikväll.

Vilka kompletterande prover tar du och varför? (2 p)

LD, urat, Na, K, Ca, Fosfat, Blodgas. Risk för tumorlysis.

Vilken utredning görs på barnonkologen för att fastställa diagnos och utbredning? (1 p)

Ett benmärgsprov tas för att fastställa diagnosen. I denna analyseras bl.a. genetiska förändringar som kan vara vägledande i behandlingen. En LP görs för att se ev spridning till CNS.

Familjen får dagen därpå veta att Edvin har ALL (akut lymfatisk leukemi) och sex veckor senare är Edvin hemma igen från barnonkologen. Han har fått intensiv cytostatika-behandling och benmärgsundersökning dag 29 visade en benmärg i remission.

Två dagar efter att familjen kommit hem märker man att Edvin är varm. Tempen som man tar i armhålan visar 38,7 grader och man ringer till sjukhuset. Du vill att familjen kommer till sjukhuset.

Var ska Edvin tas om hand? Hur skyndsamt handläggning vill du ha?

(1 p)

Vilken behandling är rimlig att ge? Ge exempel på lämpligt preparatval!

(1,5 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

**Vilket prov är viktigast att ta före behandlingen ges?
(0,5 p)**

**Varför tog familjen tempen på Edvin i armhålan? Rektaltemp är väl det bästa?
(1 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 5

Var ska Edvin tas om hand? Hur skyndsam handläggning vill du ha? (1 p)

Du bedömer att Edvin har en neutropen feber. Ska läggas direkt på avdelning på isolersal. Antibiotika ska påbörjas inom en timme utan att invänta EMLA-effekt eller provsvar.

Vilken behandling är rimlig att ge? Ge exempel på lämpligt preparatval. (1,5 p)

Du ger bredspektrumantibiotika, baserat på symptom och eventuellt infektionsfokus. Exempel på preparat är ceftazidim, imipinem/cilastatin, meropenem, piperacillin/tazobactam.

Vilket prov är viktigast att ta före behandlingen ges? (2 p)

Blododling ska alltid tas före antibiotika ges.

Varför tog familjen tempen på Edvin i armhålan? Rektaltemp är väl det bästa? (1 p)

Vid neutropeni är slemhinnor sköra och vid temptagning eller medicingivning rektalt finns risk för tarmskada och tyflit.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

6.1

Du har mottagning på en pediatrik öppenvårdsmottagning. Du ska träffa Alice som har blivit remitterad från BVC då hon inte går vid 18 månaders ålder. Enligt remissen är hon duktig med sina händer, hon har alltid varit stark i benen, stått i knät tidigt och kör gåstol med full fart.

Vad frågar du efter i anamnesen?

(1 p)

Vad undersöker du i status?

(1 p)

Nämn två differentialdiagnoser!

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

6.2

Du har mottagning på en pediatrik öppenvårdsmottagning. Du ska träffa Alice som har blivit remitterad från BVC då hon inte går vid 18 månaders ålder. Enligt remissen är hon duktig med sina händer, hon har alltid varit stark i benen, stått i knät tidigt och kör gåstol med full fart.

Vad frågar du efter i anamnesen? (1 p)

Perinatalanamnes. Utvecklingsanamnes (socialt, språkligt, fin och grovmotorik).

Vad undersöker du i status? (1 p)

Lekobservation, tonus övre och nedre extremitet, bålbalans, reflexer, klonus, klumpighet då barnet byter ställning, medrörelser.

Nämn två differentialdiagnoser? (1 p)

Spasticitet/cerebral pares. Försenad grovmotorisk utveckling.

Föräldrarna berättar att Alice föddes fullgången i en långdragen förlossningen som avslutades med sugklocka. Hon mådde inte riktigt bra och hamnade vid några timmars ålder på barnavdelningen för observation, men kom sedan till BB redan andra dygnet. Har följts på BVC utan egentliga avvikelser.

Du finner normal tonus i de övre extremiteterna, men tecken på ökad tonus och spasticitet i båda benen. Det är svårt att byta mellan stående och sittande. Alice har också medrörelser i nedre extremiteter när hon koncentrerar sig på finmotorik i händerna.

Föräldrarna undrar om de kan få träffa sjukgymnast och få gångövningar. De vill gärna att Alice lär sig gå fort eftersom hon snart ska börja förskolan. De har redan försökt ställa undan gåstolen, men hon blir frustrerad utan den.

**Hur beskriver du dina undersökningsfynd för föräldrarna?
(1 p)**

**Hur förklarar du orsaken till att Alice inte kunnat lära sig gå?
(1 p)**

**Hur vill du gå vidare nu med utredning och behandling?
(1 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

6.3

Du har mottagning på en pediatrik öppenvårdsmottagning. Du ska träffa Alice som har blivit remitterad från BVC då hon inte går vid 18 månaders ålder. Enligt remissen är hon duktig med sina händer, hon har alltid varit stark i benen, stått i knät tidigt och kör gåstol med full fart.

Vad frågar du efter i anamnesen? (1 p)

Perinatalanamnes. Utvecklingsanamnes (socialt, språkligt, fin och grovmotorik).

Vad undersöker du i status? (1 p)

Lekobservation, tonus övre och nedre extremitet, bålbalans, reflexer, klonus, klumpighet då barnet byter ställning, medrörelser.

Nämn två differentialdiagnoser? (1 p)

Spasticitet/cerebral pares. Försenad grovmotorisk utveckling.

Föräldrarna berättar att Alice föddes fullgången i en långdragen förlossningen som avslutades med sugklocka. Hon mådde inte riktigt bra och hamnade vid några timmars ålder på barnavdelningen för observation, men kom sedan till BB redan andra dygnet. Har följts på BVC utan egentliga avvikelser.

Du finner normal tonus i de övre extremiteterna, men tecken på ökad tonus och spasticitet i båda benen. Det är svårt att byta mellan stående och sittande. Alice har också medrörelser i nedre extremiteter när hon koncentrerar sig på finmotorik i händerna.

Föräldrarna undrar om de kan få träffa sjukgymnast och få gångövningar. De vill gärna att Alice lär sig gå fort eftersom hon snart ska börja förskolan. De har redan försökt ställa undan gåstolen, men hon blir frustrerad utan den.

Hur beskriver du dina undersökningsfynd för föräldrarna? (1 p)

Beskriver med vanliga ord vad jag ser i undersökningen som t.ex. ökad muskelspänning i benen, svårt att sätta sig ner, fingerfärdighet (både normalt och avvikande).

Hur förklarar du orsaken till att Alice inte kunnat lära sig gå? (1 p)

Förklarar att rörelser och muskeltonus styrs från hjärnan via nervsystemet. Spasticitet uppstår när hjärnan inte kan bromsa spänningen i musklerna. Spasticiteten är en följd av en hjärnskada som skett tidigt i livet, ibland redan i livmodern.

Hur vill du gå vidare nu med utredning och behandling? (1 p)

Sjukgymnastbedömning samt hjälp med kontrakturprofylax. MRT vid ca 2 års ålder. Remiss till habilitering.

Föräldrarna förstår att Alice har rörelsesvårigheter efter en tidig hjärnskada (cerebral pares) Det är dags för remiss till habiliteringen, där hon kommer att följas för sin CP-skada.

Vad behöver Alice och hennes familj hjälp med på habiliteringen nu? (2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

6.4

Du har mottagning på en pediatrik öppenvårdsmottagning. Du ska träffa Alice som har blivit remitterad från BVC då hon inte går vid 18 månaders ålder. Enligt remissen är hon duktig med sina händer, hon har alltid varit stark i benen, stått i knät tidigt och kör gåstol med full fart.

Vad frågar du efter i anamnesen? (1 p)

Perinatalanamnes. Utvecklingsanamnes (socialt, språkligt, fin och grovmotorik).

Vad undersöker du i status? (1 p)

Lekobservation, tonus övre och nedre extremitet, bålbalans, reflexer, klonus, klumpighet då barnet byter ställning, medrörelser.

Nämn två differentialdiagnoser? (1 p)

Spasticitet/cerebral pares. Försenad grovmotorisk utveckling.

Föräldrarna berättar att Alice föddes fullgången i en långdragen förlossningen som avslutades med sugklocka. Hon mådde inte riktigt bra och hamnade vid några timmars ålder på barnavdelningen för observation, men kom sedan till BB redan andra dygnet. Har följts på BVC utan egentliga avvikelser.

Du finner normal tonus i de övre extremiteterna, men tecken på ökad tonus och spasticitet i båda benen. Det är svårt att byta mellan stående och sittande. Alice har också medrörelser i nedre extremiteter när hon koncentrerar sig på finmotorik i händerna.

Föräldrarna undrar om de kan få träffa sjukgymnast och få gångövningar. De vill gärna att Alice lär sig gå fort eftersom hon snart ska börja förskolan. De har redan försökt ställa undan gåstolen, men hon blir frustrerad utan den.

Hur beskriver du dina undersökningsfynd för föräldrarna? (1 p)

Beskriver med vanliga ord vad jag ser i undersökningen som t.ex. ökad muskelspänning i benen, svårt att sätta sig ner, fingerfärdighet (både normalt och avvikande).

Hur förklarar du orsaken till att Alice inte kunnat lära sig gå? (1 p)

Förklarar att rörelser och muskeltonus styrs från hjärnan via nervsystemet. Spasticitet uppstår när hjärnan inte kan bromsa spänningen i musklerna. Spasticiteten är en följd av en hjärnskada som skett tidigt i livet, ibland redan i livmodern.

Hur vill du gå vidare nu med utredning och behandling? (1 p)

Sjukgymnastbedömning samt hjälp med kontrakturprofylax. MRT vid ca 2 års ålder. Remiss till habilitering.

Föräldrarna förstår att Alice har rörelsesvårigheter efter en tidig hjärnskada (cerebral pares) Det är dags för remiss till habiliteringen.

Vad behöver Alice och hennes familj hjälp med på habiliteringen nu? (2 p)

Stöd i bearbetning och förväntningar framöver. Hjälpmedel (gång-). Motverka kontrakturer och spasticitet. Samhällsstöd.

Alice går på regelbundna besök på habiliteringen och följer ett standardiserat program för sin CP-skada.

Vad ingår i uppföljningsprogrammet för CP? (2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 6

Vad ingår i uppföljningsprogrammet för CP? (2 p)

CPUP kvalitetsregister.

Röntgen höfter/rygg, förhindra höftluxation/scolios.

Förbättra samarbetet och snabbt märka försämring avseende vikt/näringsintag, sväljning/ätande, kommunikation, kognition.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.1

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet.

John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontanellen bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna!

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.2

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn fyra differentialdiagnoser! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

**Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående?
(2 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.3

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod).

Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal.

**Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat?
(1 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.4

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal.

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av *E. coli*. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar, baserat på odlingsvaret.

**Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit?
(1 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.5

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av E. coli. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar baserat på odlingssvaret.

Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit? (1 p)

Ultraljud urinvägar, DMSA-scint, (MUCG beroende på ultraljudssvar)

Ultraljud urinvägar visar lätt hydronefros på höger sida med AP-mått 15 mm samt intermittent dilaterad uretär på samma sida. Njurarna är normalstora och har normal ekogenicitet.

**Påverkar detta fynd utredningsgången och på vilket sätt?
(1 p)**

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.6

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av E. coli. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar baserat på odlingssvaret.

Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit? (1 p)

Ultraljud urinvägar, DMSA-scint, (MUCG beroende på ultraljudssvar)

Ultraljud urinvägar visar lätt hydronefros på höger sida med AP-mått 15 mm samt intermitterent dilaterad uretär på samma sida. Njurarna är normalstora och har normal ekogenicitet.

Påverkar detta fynd utredningsgången och på vilket sätt? (1 p)

Ja, en MUCG behöver göras (överväg profylaxbehandling fram tills MUCG är genomförd)

MUCG visar reflux grad III. Tidigarelagd DMSA-scint efter 2 månader visar en funktionsfördelning på 54% och 46% på vänster respektive höger sida. Några mindre kraniella upptagsdefekter ses på höger njure.

Vilken uppföljande åtgärd är nu adekvat?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.7

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av E. coli. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar baserat på odlingssvaret.

Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit? (1 p)

Ultraljud urinvägar, DMSA-scint, (MUCG beroende på ultraljudssvar)

Ultraljud urinvägar visar lätt hydronefros på höger sida med AP-mått 15 mm samt intermitterent dilaterad uretär på samma sida. Njurarna är normalstora och har normal ekogenicitet.

Påverkar detta fynd utredningsgången och på vilket sätt? (1 p)

Ja, en MUCG behöver göras (överväg profylaxbehandling fram tills MUCG är genomförd)

MUCG visar reflux grad III. Tidigarelagd DMSA-scint efter 2 månader visar en funktionsfördelning på 54% och 46% på vänster respektive höger sida. Några mindre kranieella upptagsdefekter ses på höger njure.

Vilken uppföljande åtgärd är nu adekvat? (1 p)

Antibiotikaprofylax till ett års ålder

John har blivit 6 år gammal och söker akut igen. Han är sedan några dagar tillbaka svullen runt ögonen och lite trött. Familjen har precis skaffat katt. I status noterar du en viss svullnad i ansiktet, i övrigt är undersökningen utan anmärkning.

Nämn de två troligaste differentialdiagnoserna!

(1 p)

Vilket prov är viktigast för att välja fortsatt utredningsgång?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.8

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av E. coli. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar baserat på odlingssvaret.

Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit? (1 p)

Ultraljud urinvägar, DMSA-scint, (MUCG beroende på ultraljudssvar)

Ultraljud urinvägar visar lätt hydronefros på höger sida med AP-mått 15 mm samt intermitterent dilaterad uretär på samma sida. Njurarna är normalstora och har normal ekogenicitet.

Påverkar detta fynd utredningsgången och på vilket sätt? (1 p)

Ja, en MUCG behöver göras (överväg profylaxbehandling fram tills MUCG är genomförd)

MUCG visar reflux grad III. Tidigarelagd DMSA-scint efter 2 månader visar en funktionsfördelning på 54% och 46% på vänster respektive höger sida. Några mindre kranieella upptagsdefekter ses på höger njure.

Vilken uppföljande åtgärd är nu adekvat? (1 p)

Antibiotikaprofylax till ett års ålder

John har blivit 6 år gammal och söker akut igen. Han är sedan några dagar tillbaka svullen runt ögonen och lite trött.

Familjen har precis skaffat katt. I status noterar du en viss svullnad i ansiktet, i övrigt är undersökningen väsentligen utan anmärkning.

Nämn de två troligaste differentialdiagnoserna! (1 p)

Allergi? Nefrotiskt syndrom?

Vilket prov är viktigast för att välja fortsatt utredningsgång? (1 p)

U-sticka

U-stickan visar 4+ för protein och i status noteras också en viss ankelsvullnad.

Vilka tre basala labprover är viktigast i detta skede?

(1 p)

Vilka status- och laboratoriefynd skiljer nefros från nefrit?

(2 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

7.9

John är 5 veckor gammal och tidigare väsentligen frisk. Familjen söker på barnakuten då John haft feber, mellan 38,5-39°C, sedan 6 timmar. De beskriver att pojken ganska snabbt blivit trött, inte sig lik, somnar vid bröstet. John undersöks av en sjuksköterska i triagen. Han är trött och orkar inte titta upp, lite missnöjd. Inget fokalt i status. Svårt att bedöma nackstelhet, men fontaneln bedöms ua.

Status: blek, lite marmorerad, saturation 98%, puls 150 slag/min.

Nämn de fyra mest troliga differentialdiagnoserna! (2 p)

Viros (RS, influenza), pyelonefrit, sepsis, meningit

Sjuksköterskan kallar in dig för att bedöma barnet direkt.

Vilka åtgärder och undersökningar förutom ABCDE prioriterar du omgående? (2 p)

Nålsättning, CRP/syrabas/vita/neutrofila, Urinsticka, blåspunktion/tappning, odlingar (urin, blod). Överväg lumbalpunktion. Antibiotika

Provtagning visar CRP 8 mg/L och syrabas är väsentligen normal

Vilka av de ovan angivna diagnoserna kan du utesluta baserade på detta provresultat? (1 p)

Inga

Utredningen visar att John drabbats av pyelonefrit med riklig växt av E. coli. Han har normalt kreatinin och högsta CRP är 115 mg/L. John behandlas framgångsrikt med Cefotaxim och efterföljande peroral behandling i 10 dagar baserat på odlingssvaret.

Vilka undersökningar ingår i utredning av pyelonefrit? (1 p)

Ultraljud urinvägar, DMSA-scint, (MUCG beroende på ultraljudssvar)

Ultraljud urinvägar visar lätt hydronefros på höger sida med AP-mått 15 mm samt intermitterent dilaterad ureter på samma sida. Njurarna är normalstora och har normal ekogenicitet.

Påverkar detta fynd utredningsgången och på vilket sätt? (1 p)

Ja, en MUCG behöver göras (överväg profylaxbehandling fram tills MUCG är genomförd)

MUCG visar reflux grad III. Tidigarelagd DMSA-scint efter 2 månader visar en funktionsfördelning på 54% och 46% på vänster respektive höger sida. Några mindre kranieala upptagsdefekter ses på höger njure.

Vilken uppföljande åtgärd är nu adekvat? (1 p)

Antibiotikaprofylax till ett års ålder

John har blivit 6 år gammal och söker akut igen. Han är sedan några dagar tillbaka svullen runt ögonen och lite trött.

Familjen har precis skaffat katt. I status noterar du en viss svullnad i ansiktet, i övrigt är undersökningen väsentligen utan anmärkning.

Nämn de två troligaste differentialdiagnoserna. (1p)

Allergi? Nefrotiskt syndrom?

Vilket prov är viktigast för att välja fortsatt utredningsgång? (1 p)

U-sticka

U-stickan visar 4+ för protein och i status noteras också en viss ankelsvullnad.

Vilka tre basala labprover är viktigast i detta skede?(1p)

U-albumin/kreatinin-kvot, S-albumin. S-kreatinin

Vilka status och labmässiga fynd skiljer nefros från nefrit?(1p)

Vid nefros normalt blodtryck, ödem,proteinuri, hypoalbuminemi, hyperlipidemi och normal njurfunktion.

Vid nefrit ses högt blodtryck, hematuri och njursvikt.

I status ses svullna kinder, rundare buk, bilaterala ankelödem och normala, infantila manliga genitalia.

Blodtryck 120/70 mmHg, hjärtfrekvens 80 slag/min.

Provsvar visar Hb 128 g/L, albumin 8 g/L, kreatinin 42 µmol/L och U-albumin/kreatinin-index 6550 g/mol.

Hur handlägger du fallet det första dygnet?

(1 p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

Slutkommentar fråga 7

Hur handlägger du fallet första dygnet? (1 p)

Prednisolon. Inläggning med täta kontroller av vikt, blodtryck, urinsticka och kontinuerlig vätskebalans.

Markera det alternativ som du anser korrekt.

Varje rätt svar ger 1 poäng.

1. En flicka har reagerat med svullna läppar och generell urtikaria efter intag av ägg. Hur gör du med MPR-vaccinationen?

- Kan ges på BVC
- Ska ges på barnmottagningen på sjukhuset
- Avvakta tills äggallergin läkt ut
- Vaccinet ska inte ges

2. Ettårig flicka med dålig viktuppgång, akuta obstruktiva episoder, lunginflammation, lös avföring, äter allt och gärna. Vilken diagnos misstänker du?

- Glutenintolerans
- Cystisk fibros
- Brutons sjukdom
- Infektionsutlöst astma med allergiinslag

3. Vilken anamnestisk uppgift får dig att misstänka absensepilepsi?

- Påtagligt trött efter anfall
- Kissar på sig ofta dagtid, men aldrig på natten
- Sekundlånga återkommande episoder med frånvarande blick
- Orolig sömn och mardrömmar

4. På en 14-årig flicka har skolsköterska uppmätt ett blodtryck på 190/125 mmHg, vid omkontroll efter vila är trycket 180/120 mmHg varför hon konsulterar dig som barnjour. Vad rekommenderar du?

- Remittera akut
- Omkontroll nästa vecka
- Avfärda som felvärde
- Sätt in BT-behandling med felodipin

5. Vad ger genotypen HbSBeta0 för klinisk bild?

- Thalassemia major
- Thalassemia minor
- Sicklecellanemi
- Hemolytisk anemi

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

6. Vilket hjärtfel är förenligt med klaven 2:a ton?

- Pulmonalisstenos
- Aortastenos
- ASD
- VSD

7. Vilken är den vanligaste symptomgivande immunbristen hos barn?

- SCID
- IgA-brist
- Komplementsystemsdefekt
- Variabel immunbrist

8. Vad är sant om dermatomyosit hos barn?

- En utlösande infektion kan alltid påvisas
- Har förekomst av autoantikroppar
- Påverkar alltid fler än tre leder
- Immunhämmande läkemedel har ingen effekt

9. Vilken behandling är bästa valet vid pyelonefrit med ESBL-bildande E. Coli?

- cefotaxim
- ceftazidim + aminoglykosid
- meropenem
- cefotaxim + vankomycin

10. Vilket alternativ är sant avseende PFAPA?

- Typisk debutålder för PFAPA är 6-8 år
- CRP är oftast tydligt förhöjt vid feberepisoderna
- Försenad pubertetsstart pga återkommande infektioner, men slutlängden påverkas inte
- Kvarstår vanligen till vuxen ålder om inte barnet tonsillektomerats

11. Vilket symptom är ovanligt vid hjärtsvikt hos barn?

- Dålig viktuppgång
- Takypné
- Perifera ödem
- Svettningar

12. MRSA har utvecklat resistens mot penicillinastabila betalaktamantibiotika. Vilken av nedanstående är ej betalaktamantibiotika?

- meropenem
- cefotaxim
- amoxicillin/klavulansyra
- trimetoprim/sulfametoxazol

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

13. Vilken är diagnosen när röntgen visar retikulogranulära förtätningar, högt stående diafragmavalv och luftbronkogram?

- PAS
- IRDS
- Pneumoni
- Pneumothorax

14. Hur många procent av grupp A streptokockerna är resistenta mot Kåvepenin i Sverige?

- ca 10%
- ca 15%
- ca 20%
- 0%

15. Vad är gränsen för B-glukos vid hypoglykemi hos nyfödda fullgångna?

- <2,0 mmol/liter
- <2,3 mmol/liter
- <2,6 mmol/liter
- <2,9 mmol/liter

16. Du märker i vårdkontakten med en tonårig patient att denne verkar nedstämd och du behöver ta en depressionsanamnes. Vilket av följande påståenden stämmer sämst?

- Kärnsymtomen vid depression hos barn och ungdomar är nedstämdhet, irritabilitet och anhedoni
- Att fråga om självmordstankar och -planer ökar risken för att ungdomar skall begå självskaedhandlingar
- Det ingår alltid i en depressionbedömning att fråga om självmordstankar och -planer
- I en depressionbedömning skall psykosociala faktorer som hemsituation, missbruk, skola och fritid alltid ingå

17. Vilket av följande läkemedel används inte vid nattenures?

- Antikolinergika
- Tricykliska antidepressiva
- Desmopressin
- Metenamin

18. Anna, 14 år kommer till dig pga utebliven pubertet, vilket du kan bekräfta efter undersökning. Bland laboratoriesvaren ser du FSH 62 IE/liter, LH 30 IE/liter, känsligt östradiol 6 pmol/liter och testosteron 0,1 nmol/liter. Vad indikerar proverna?

- Hypogonadotrop hypogonadism
- Hypergonadotrop hypogonadism
- Konstitutionell sen pubertet
- Late onset CAH

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2017

19. Till vilken graviditetsvecka kan apnéer bedömas som primära/omognadsapnéer hos prematurfödda barn?

- v 28
- v 30
- v 32
- v 35

20. Vilken diagnos screenar man inte för i nyföddhetscreeningen?

- Citrullinemi
- Central hypothyreos
- Fel i nedbrytningen av medellånga fettsyror
- Fel i nedbrytningen av isoleucin

21. Vilken ålder är den normala pubertetsdebuten för flickor?

- 8-13 år
- 9-12 år
- 7-14 år
- 7-12 år

22. Vad är patologiskt vid 6 månaders ålder?

- Att inte ha pincettgrepp
- Att inte kunna sitta utan stöd
- Att ha bevarad asymmetrisk tonisk nackreflex
- Att ha en öppen fontanell