

Kortsvarsfrågor

- 1) En 35-årig kvinna, 4 para, inkommer med tillkomst av ökad andfåddhet vid ansträngning sista månaden. Man noterar en sideropen anemi med Hb på 102 g/L och en lung-rtg med prominenta centrala lungkärl. Det görs en CT-thorax som verifierar de centralt vid lungkärlen men också en förstörd höger hjärthalva.

Vad blir din huvudfråga i den EKO-remiss du utfärdar?

-
- 2) En 20-årig ung man från Irak inkommer till akutmottagningen med ökad andfåddhet och tryck i bröstet vid ansträngning. Det framkommer i anamnesen att han som 14-åring drabbades av en hjärnblödning. I status noteras ett BT på 220/120 mmHg och ett systoliskt blåsljud som hörs över hela bröstkorgen men med pm medioscapulärt vä sida ryggen. Vid palpation noterar du till din förvåning klart palpabla pulsar mellan revbenen.

Vad blir din nästa åtgärd i statustagandet för att konfirmera diagnosen?

-
- 3) Vid markerad till uttalad kronisk aortainsufficiens är det förväntat att notera en ökad pulsamplitud i form av stor skillnad mellan systoliskt och diastoliskt BT. Nedan uppräknas ett antal tillstånd som ökar pulsamplituden men ett av dessa är fel.

Ringa in fel alternativ!

- Grav anemi
 - Hyperthyreos
 - Svår hjärtsvikt
 - Hög feber
 - Stela blodkärl hos åldrad patient med hypertoni
-

Specialistexamen i cardiologi 2011**Namn:.....**

- 4) Till akutmottagningen inkommer en 54-årig man som beskriver nedsatt ork sedan någon månad, en känsla av att nästa svimma när han tagit i mer än normalt, och rent generellt en ökad andfåddhet när han går i uppförslut. Du undersöker pat och noterar ett systoliskt blåsljud grad 3-4 av 6 till vä om sternum I3-4 parasternalt och på EKG höga QRS-amplituder, ST-T förändringar och en septal Q-våg. På lungan enstaka svaga krepitationer basalt.

Nu skall du författa en EKO-remiss TTE. Vad blir frågeställning nr 1?

-
- 5) En 75-årig kvinna med känt blåsljud uppsöker dig då hon senaste månaden märkt att orken alltmer "trytit". Du sänder pat till ett prioriterat EKO som påvisar en måttlig AS med medelgradient på 35 mmHg vid bevarad systolisk LV-funktion. I ö normala förhållanden.

Vad blir din åtgärd?

Specialistexamen i cardiologi 2011**Namn:.....**

6. Vad är skillnaden mellan stunned och hibernerat myocardium? (1p)
7. Vad innebär begreppet "No-reflow" vid kranskärlsröntgen? (1p)
8. Inom vilken tidsrymd anser ESC guidelines att primär PCI skall kunna påbörjas för att man inte istället ska ge trombolys. (1p)
9. Vilket blodprov är viktigt att följa inom 2-4h samt efter 24h för att upptäcka en specifik allvarlig komplikation av abciximab terapi? (1p)
10. Enligt ESC Guidelines finns det fyra tillstånd som motiverar "urgent" (d.v.s. även akut på jourtid) angiografi vid NSTEMI. Nämn minst tre av dessa. (2p)
11. Redogör för den kliniska uppdelningen av hjärtinfarkt enligt "Universal definition of Myocardial Infarction" från 2007 (Typ 1-5). (2,5p)

Specialistexamen i cardiologi 2011**Namn:.....**

12. Vid refraktär Angina Pectoris kan symtomlindrande terapier som EECp och SCS användas. Vad står dess förkortningar för och vad innebär de? (1p)

13. Hur stor är ungefär den årliga risken för stenttrombos i samband med implantation av läkemedelsstent (DES)? Ange minst två läkemedel som skyddar mot denna komplikation. (1p)

14. Nämn minst tre karakteristiska kliniska fynd för Tako-Tsubo syndomet. (2p)

14. Vilken receptor är det som clopidogrel och prasugrel blockerar på trombocytterna? (1p)

15. Ange minst 2 faktorer som talar för användning av DES (istället för BMS) vid PCI hos patienter med stabil kranskärlsjukdom, och minst 2 faktorer som talar emot användning av DES (2p)

Specialistexamen i cardiologi 2011**Namn:.....**

16. Vilken hemodynamisk parameter tittar man primärt på vid högerkateterisering inför en eventuell hjärttransplantation och varför är det ur fysiologisk synvinkel så viktigt att känna till denna inför beslut om eventuell transplantation? (2p)

17. Även om trikuspidalisläckage saknas så finns ett annat sätt att beräkna lungartärtryck med ekokardiografi som kan fungera. Hur då? (1p)

18. 60-årig tidigare frisk kvinna söker pga snabbt tilltagande andfåddhet sista 2-3 månaderna, för närvarande NYHA 3B. Rutinstatus är normalt (ganska lågt BT på 95/70), avvikande i rutin lab. är NT-proBNP på 850 och Kreatinin på 135 samt EKG som visar generell låga voltage.

Ur Ekokardiografisvar: LV-EF > 0.5, LVEDd 4.6 cm, lindrig generell LV-hypertrofi och även lindrig generell RV-hypertrofi, LA lindrigt förstorat, E/A kvot 2.7, DT 130 msec, E/e' 18.

Vilka differentialdiagnoser kan förklara ovanstående fynd, vilken diagnos är troligast och hur går man vidare för att säkerställa diagnosen ? (2p)