



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Ordinær eksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – våren 2013

Fredag 14.juni 2013, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 6 sider

Viktige opplysninger:

Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X

Oppgave 1

Berit, 48 år, er nylig separert fra mannen etter at han har innledet forhold til en annen kvinne. Berit og mannen har ikke barn. De hadde et tett forhold og var sammen om de fleste aktiviteter og gjøremål. Mannen tok avgjørelsene og ordnet opp. Berit synes han kunne være dominerende, men det kjentes godt å ha en trygg person å lene seg til. Berit har alltid vært sjenert og forsiktig. Selvtilliten er ofte dårlig, og hun er redd for å bli avvist eller kritisert.

Berit arbeidet i mange år som kontorfunksjonær i et firma der hun var godt kjent og kunne rutineene. Da firmaet ble lagt ned, og hun begynte i ny jobb, kjente hun seg veldig usikker. I begynnelsen gikk det greit, hun fikk god oppfølging og trivdes i lunsjen nå hun satt sammen med dem hun kjente best. Snart begynte kollegaene å reagere på at hun alltid spurte om råd og hadde vanskelig for å ta avgjørelser. Etter en episode der en kollega irettesatte henne ble hun veldig såret og holdt seg hjemme noen dager. Tilbake på jobb kjente hun seg enda mer usikker, og hun mistrikket mer og mer. Hun og mannen ble enige om at hun skulle slutte i arbeidet. Han ville forsørge dem begge.

Berit kommer til deg som er fastlege, fulgt av sin eldre søster som er bekymret fordi Berit stadig ringer, gråter og er fortvilet. Berit selv kjenner seg hjelpeløs, alene og urolig. Hun har vansker med å sovne om kvelden. Hun bekymrer seg for fremtiden. Om dagen har hun vansker med å konsentrere seg om de ekleste gjøremål. For første gang i livet har hun tenkt at det ville være bedre å være død. Hun har hatt gjentatte anfall med kvalningsfølelser, hjertebank og svimmelhet. Nå tør hun ikke gå ut av huset alene.

1. Hvilke diagnoser er det rimelig å vurdere hos denne pasienten? Begrunn svaret ditt.
2. Beskriv noen sentrale prinsipper og elementer i psykodynamisk orientert psykoterapi.
3. Beskriv, gjerne med eksempler, hvilke fenomener vi forsøker å beskrive gjennom begrepene "overføring" og "motoverføring".

Oppgave 2

Nora (84) kommer til deg sammen med sin datter som forteller at moren har blitt tiltakende urolig, engstelig og plaget av søvnløshet i løpet av de siste 2-3 månedene. Hun har også vært mer trett, energiløs, har hatt konsentrasjonsvansker og vært mer glemsom. Det som imidlertid har gjort datteren økende bekymret er at mor virker konstant trist og ikke lenger reagerer på at familien prøver å muntre henne opp slik hun vanligvis gjør.

1. Hvilke 2 diagnoser er på grunnlag av det som står ovenfor mest aktuelle? Begrunn svaret.
2. Hvordan ville du utredet pasienten?

Nora kan fortelle at hun ikke ser noe lyspunkt i situasjonen og hun har tenkt at hun like gjerne kunne være død.

3. Beskriv hvordan du vil gå fram for å vurdere den aktuelle selvmordsrisikoen.
4. Hva er livstidsrisikoen for selvmord ved henholdsvis diagnosene alvorlig depresjon, bipolar lidelse og schizofreni?

Oppgave 3

Stine, 16 år, kommer til fastlegen etter at menstruasjonen har uteblitt de siste 3 månedene. Hun sier hun ikke kan være gravid, men lurer på om det har noe med vekten hennes å gjøre. Hun har også begynt å fryse mer enn hun pleier, og synes det er vanskelig å konsentrere seg. Hun føler heller ikke glede over ting som før har gjort henne glad, slik som reiser og gode karakterer. Det kommer frem at Stine har gått mye ned i vekt det siste året, veide før 60 kg, er ca. 170 cm høy. Hun har alltid hatt et anstrengt forhold til mat (kresen). Overspiser nå av og til. På fritiden danser hun, men mindre nå siden hun ikke kom inn på danselinjen på videregående skole. Det opplevde hun som et stort nederlag. Hadde jobbet kjempehardt siste året for å prøve å komme inn. Hun spiser sjelden middag med familien siden søsken og foreldre kommer så sent hjem fra jobb.

1. Hvilke andre anamnesticke opplysninger ville du prøvd å få frem? Fra hvem og hvordan? Hvilke undersøkelser eller prøver ville du igangsatt?
2. Når ville du evt. henvist videre for undersøkelse og behandling? Til hvem?
3. Hvis Stine har en spiseforstyrrelse, hva ville du informert henne om aktuell behandling?
4. Mor ringer dagen etter og vil vite din vurdering av Stine. Hva skal til for at du kan fortelle dette til mor? Hvilken lov sier noe om dette?

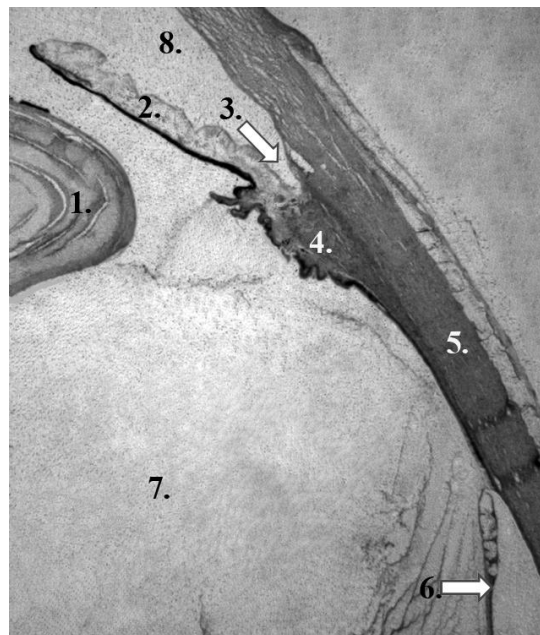
Oppgave 4

Ida, 38 år gammel, fra vestkanten i Oslo, hadde i studietiden problemer med alkoholmisbruk. Etter behandling har hun de siste fem årene vært rusfri og har avstått fra å drikke alkohol. Hun er nå på fest hos en ny venninne som tilbyr henne alkohol. Etter en viss tvil drikker hun vin sammen med de andre gjestene.

1. Er det, fra et medisinsk ståsted, tilrådelig for en tidligere alkoholmisbruker å ta et glass vin på fest? Begrunn svaret.
2. Forklar hovedtrekkene i oppbygningen av hjernens belønningssystem, og hva som har skjedd og nå trolig skjer med hjernens belønningssystem hos Ida.

Oppgave 5

1. Dette er et snitt av et humant øye. Sett navn på 1-8.



2. Wilhelm er turnuslege på den lokale helsestasjonen. Han har i dag 6 mnd. kontroller. En mamma forteller før undersøkelsen at de har sett hvit refleks på høyre øye på flere bilder av sin 6 måneder gamle sønn som du nå skal undersøke.

1. Hva skal Wilhelm undersøke?
2. Hva kan diagnosen være?
3. Hva er videre prosedyre?

3.

Ved direkte slag mot øyet er det en type fraktur som er vanligst.

1. Hvilke type fraktur er dette?
2. Hvilke symptomer/funn finner man ved denne frakturen?

4.

Martine er på 4 års kontroll ved helsestasjonen. Det blir testet visus som viser: o.d. 1,0 og o.s. 0,3. Legen som undersøker Martine henviser henne til øyelege. Der finner man at Martine er hypermetrop (+2) på det venstre øye. Martine får på seg en prøvebrille med +2 men får likevel bare 0,3 i visus på det venstre øyet.

1. Hva er årsaken til hennes svakere visus på det venstre øyet?
2. Hvordan kan det behandles?

5.

Henrik er russepresident og har dessverre glemt å ta av seg dagslinsene sine. Da han våkner ordentlig til 3. dagen etter russetreffet merker han først ubehag og noe irritasjon i det høyre øyet. Han fjerner linsene, men bare etter noen timer blir høyre øyet knallrødt, smertefullt og det renner. Øyelegen som undersøker ham finner: nedsatt syn, lysskyhet, rødt øye med et middels stort infiltrat i kornea samt lett hypopyon.

1. Hva er sannsynlig diagnose og har du et forslag til agens?
2. Hvordan behandles denne tilstanden?

6.

Beskriv et akutt trangvinkelanfall (akutt glaukom) med minst 4 sannsynlige symptomer og 4 sannsynlige kliniske funn.

7.

Frode er orienteringsløper og har løpt på et tre. Han har fått en grein midt i høyre øye og blir nå levert av ambulansen på legevakten hos deg. Greina står fremdeles i øyet.

1. Hva gjør du?
2. Hva blir trolig videre utredning og behandling?

8.

Nevn 3 symptomer og 3 funn som er typisk ved endokrin oftalmopati.

9.

Nevn navn, innervasjon og funksjon på 3 av musklene i øyelokkene.

10.

Du har nattevakt på legevakta en lørdagskveld. En 20 år gammel mann, tidligere frisk, har siste 2 dager hatt kløe og økende pussekresjon fra begge øyne. Det begynte først på høyre øye, så en dag senere fikk han symptomer fra venstre øye også. Det renner fra begge øyne. Du finner konjunktival injeksjon og puss men klar cornea og fredelige forhold i fremre segment for øvrig.

1. Mulige differensial diagnoser?
2. Hva gjør du?

Pasienten kommer tilbake på legevakta 3 dager senere. Han er ikke blitt bedre, heller verre. Han er hoven rundt begge øyne, og kraftig injisert bilateralt. Han klarer så vidt å åpne høyre øye som er det mest affiserte. Han føler at han ser tåkete. Det er sårt på øynene og han har svær chemose og små konjunktivale hemorragier på begge øyne. Han forteller at han også har hatt svie ved vannlating og noe genital utflod siste uker.

3. Hva er chemose?

4. Nevn 2 agens/sykdommer du nå må tenke på når det gjelder utredning og behandling.

11.

En kvinne kommer til deg i allmennpraksis fordi hun har hatt stadig økende lysglimt og «fluer» i synsfeltet siste 2 uker etter et kraftig knyttneveslag. Hun har tidligere samme dag vært til optiker som har tatt vidvinkelbilde av netthinnen og har beroliget henne med at optikeren ikke fant noe galt. Hun kommer nå til deg for å få sykemelding.

1. Hva mistenker du som årsak til pasientens symptomer og hva er den riktige avgjørelsen i en slik situasjon?

Hun kommer tilbake til deg 2 uker senere med en økende skygge som begynte nede og har øket oppover. Du finner nedsatt rødrefleks i øvre kvadranter.

2. Sannsynlig diagnose og hvor sitter patologien?

12.

Beskriv kort følgende øyefunn og nevnt 1 diagnose hvor disse øyefunnene kan opptre:

- a) Harde eksudater

b) Druser

c) Irisrubeose

Det medisinske fakultet, Oslo, 10. juni 2013

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning

Oppgave 1

1. Panikklidelse med agorafobi, Depresjon, Avhengig personlighetsforstyrrelse

Unnvikende personlighetsforstyrrelse

2. Pasientens symptomer og psykiske vansker sees på bakgrunn av pasientens aktuelle livssituasjon, men også i lys av pasientens livshistorie, særlig forholdene til foreldre og andre viktige omsorgspersoner. Deler av følelseslivet vårt er ubevisst, og kan bidra til utforming av symptomer og væremåter/personlighetstrekk. Terapien fokuserer på pasientens subjektive opplevelse og forståelse av sine vansker. Terapien fokuserer ikke bare på symptomer, men på hvordan pasientens vansker kommer til uttrykk i relasjoner til andre og til terapeuten.
3. Overføring: Pasienten «overfører» på forholdet til terapeuten konflikter, tanker og væremåter knyttet til tidlige omsorgspersoner. Motoverføring: Terapeutens reaksjoner på pasienten og pasientens overføring. Disse kan av og til være farget av terapeutens egne erfaringer eller "blinde flekker".

Oppgave 2

1. Hvilke 2 diagnoser er på grunnlag av det som står ovenfor mest aktuelle? Begrunn svaret. *Her er det depresjon og demens som er de mest aktuelle diagnosene. For diagnosen depresjon taler det relativt korte sykdomsforløpet samt det nedsatte stemningsleiet uten avledbarhet. Symptomer som uro, angst, søvnløshet, tretthet, energiløshet, konsentrasjonsvansker og glemsomhet ses imidlertid like hyppig ved demens, som er den mest aktuelle differensialdiagnosen.*
2. Hvordan ville du utredet pasienten? *Her vil utredningen konsentrere seg om å vurdere depresjonssymptomatologien mer inngående både diagnostisk og ved rating av depresjonsgrad (ved for eksempel å bruke MADRS). Depresjonsdiagnosen bygger både på sykehistorien og på symptomene. Utredningen vil også konsentrere seg om å avklare hvorvidt det er tegn til demens, ved for eksempel å bruke Mini Mental Status, og svikt i orienteringsevnen eller andre tegn til demens. Komparentopplysninger er viktige for utredning av både depresjon og demens hos denne pasienten.*
3. Beskriv hvordan du vil gå fram for å vurdere den aktuelle selvmordsrisikoen. *Her er det aktuelt å først samtale med Nora om hun har hatt selvmordstanker (i motsetning til bare passive tanker om å være død), eller selvmordsplaner og om hva hun i så fall har tenkt å gjøre (har hun tenkt på noen spesiell metode), når hun eventuelt har tenkt seg å gjøre det og om hun har gjort noen forberedelser til å dø (skrevet avskjedsbrev etc.). Dersom man får bekreftet selvmordstanker, er viktig å få tak i hvor lenge de har vart, om de har økt på og man bør spørre Nora om hvor nær hun er ved å gjøre alvor av selvmordstankene. Nora må spørres om hun har gjort noe forsøk på å ta sitt eget liv (nå eller tidligere). Datteren bør også aktivt involveres i denne vurderingen, men hvor aktivt avhenger både av Noras ønsker og hennes psykiske tilstand og hvor godt hun klarer å medvirke ved undersøkelsen.*
4. Hva er livstidsrisikoen for selvmord ved henholdsvis diagnosene alvorlig depresjon, bipolar lidelse og schizofreni? *Riktig svar er ca 5 % ved hver av diagnosene.*

Oppgave 3

1. Hvilke andre anamnesticke opplysninger ville du prøvd å få frem?
 - Når begynte vekttapet? Vekten på det laveste og nå? Hva spiser hun nå? Oppkast? Avføringsmidler? Diuretika? Obstipasjon? Hvor ofte overspiser hun? Hvor mye? Hva utløser det? Hva tenker hun om kroppen sin og vekten sin nå? Ønsker hun hjelp til å gå opp i vekt?
 - Hvordan har hun det hjemme? Hvem bor hun sammen med? Er det mye mas og konflikter omkring spising og vekt? Andre med lignende problemer i nærmeste familie? Er de friske? Kommer de godt overens? Spesielle belastninger på familien nå eller tidligere?
 - Svangerskap, fødsel og tidlig utvikling normal? Skolefaglige vansker? Forhold til venner? Mobbing? Nære venner nå? Kommentarer om vekt? Press fra trener eller andre i dansemiljøet? Hvor mye trener hun nå?
 - Humøret nå? Trist og lei? Selvskading? Selvmordstanker eller –planer? Fra hvem og hvordan?
 - Intervju med jenta i første omgang.
 - Evt. tillatelse til å snakke med foreldre.
 - Ta henne tilbake til ny time hvor du har avsatt bedre tid.
- Hvilke undersøkelser eller prøver ville du igangsatt?
 - Vekt / høyde. Blodtrykk / puls. Hud (farge, temperatur, behåring).
 - Blodprøver: Hb, SR/CRP, tyreoidfunksjon, vitaminer, mineraler, elektrolytter, serumprotein og lever- og nyrefunksjon, hormonstatus.
2. Når ville du evt. henvist videre for undersøkelse og behandling? Til hvem?
 - Henvisning til BUP (barne- og ungdomspsykiatri) poliklinikk hvis hun fortsetter å gå ned i vekt til tross for informasjon, forsøk på avtale om næringsinntak og vektkontroll, tilbud om samtaler som du som fastlege, ev. sammen med helsesøster eller psykiatrisk sykepleier kan gi
 - Innleggelse i BUP bør vurderes ved • hurtig vekttap • dårlig allmenntilstand • nådd fastsatt nedre vektgrense • komorbide tilstander som alvorlig depresjon, obs: suicidalitet • behov for avlastning hos omsorgspersonene, eller når omsorgspersonene ser alvorlig i situasjonen.
 - I somatisk avdeling når den somatiske tilstanden tilsier innleggelse.
3. Hvis Stine har en spiseforstyrrelse, hva ville du informert henne om behandling som kan bli aktuell for dette?
 - Kostliste, samtaler og vektkontroll hos fastlege eller helsesøster. Tiltak i forhold til eventuelle andre problemer som overspising, overtrening, depresjon, suicidalitet etc.
 - Evt. viderehenvisning til BUP ved svært alvorlig eller videre vekttap.
 - Informasjon og samtaler med foreldre og evt andre nære personer.
4. Hvordan inndeles spiseforstyrrelser, hva kreves for de ulike diagnosene, og hva er de vanligste komorbide tilstandene ved spiseforstyrrelser?
 - Anorexia nervosa: Vekt minst 15% av normal kroppsvekt eller medført BMI<17,5. Unngår fetende mat, overdreven trening, vektregulerende midler, forstyrret kroppsoppfatning, amenorre, evt forsinket pubertet.
 - Bulimia nervosa: Episoder med overspising av store mengder mat, tiltak for å motvirke effekten av matinntaket (brekninger, avføringsmidler, diuretika, sulteperioder), frykt for overvekt og angir ønsket kroppsvekt langt under det normale). Ofte forutgått av anorexia nervosa.

- Komorbiditet: Depresjon, selvskading/suicidalitet, personlighetsavvik.
5. Mor ringer dagen etter og vi vite dine vurdering av Stine. Hva skal til for at du kan fortelle dette til mor? Hvilken lov sier noe om dette?
- Du må ha jentas tillatelse siden hun er over 16 år. Avtale med henne hva du evt. informerer om. Helsepersonell loven (Kapittel 5). Hvis tilstanden krever det (for eksempel suicidalfare, livstruende vekttap) kan man også informere uten samtykke for at foreldre skal kunne ivareta sitt foreldreansvar (Pasientrettighets § 3-3.loven).

Oppgave 4

1. Det er ikke tilrådelig for en tidligere alkoholmisbruker å drikke en gang en liten mengde alkohol. Det innebærer en betydelig forhøyet risiko for tilbakefall.
2. Vid långvarigt missbruk sker bestående förändringar i hjärnans belöningssystem vilka mycket påminner om mekanismerna vid minne- och inläring. Studenten bör känna till att det primära belöningssystemet består av dopaminerga mesolimbiska nervbanor från ventral tegmental nuclei (VTA) i hjärnstammen till nucleus accumbens. Det är bra om de även känner till att belöningssystemet vid långvarigt och gjenntatt bruk av droger är mer omfattande och involverar t.ex. amygdala, hippocampus samt olika regioner i prefrontal cortex. Mycket talar för att belöningssystemet i hjärnan ”kidnappas” av drogen och byggs om på det att drogen övertar den roll som naturliga belöningar (t.ex. mat, vatten, sex) har i belöningssystemen. Precis som vid associativ inläring lär man sig förknippa situationer då man drogkar med andra sensoriska stimuli. I detta fall är det rätt troligt att Ida’s missbruk har skett i miljöer och situationer som liknar den som hon nu befinner sig i, och detta kan då ”prima” gamla minnen av missbruk med avsevärt ökad risk för återfall. Fenomenet kallas craving - en långvarigt bestående form av abstinens huvudsakligen av psykologisk natur som kan vara i många år och/eller för resten av livet.

ØYEDEL: Oppgave 5

Oppgave 1.

1. Linsen, phako
2. Iris / regnbuehinnen
3. Kammervinkelen
4. Musculus ciliaris
5. Sklera / senehinnen
6. Netthinnen / retina
7. Corpus vitreum / glasslegemet
8. Forkammeret, Cam. anterior

Oppgave 2.

1. Undersøke blick-kontakt, motilitet, pupiller (evt tegn til skjeling) og særs viktig her rødreleks.
2. Tumor (retinoblastom mest sannsynlig hvis tumor), kan også være katarakt (grå stær).
3. Henviser til nærmeste øyelege/øyeavdeling.

Oppgave 3.

1. Orbita gulv fraktur / blow out fraktur.
2. Smerter, hevelse og hematom er vanlig. Dobbeltsyn særlig ved blick oppad er viktig å undersøke på. Dobbeltsyn og innskrenket bevegelse kan skyldes at M.rectus inf. er inneklemt i bruddspalten. Dersom større deler av orbitainnholdet er prolappert inn i sinus maxillaris vil det også foreligge en enoftalmus. Viktig å undersøke stilling, leie og bevegelse (foreligger ikke dobbeltsyn hvis synet er blitt betydelig nedsatt på det skadede øyet). Også viktig å teste visus for å se på optikusfunksjonen.

Oppgave 4.

1. Martine er amblyop på det venstre øyet, forårsaket av hennes anisometri.
2. Behandling: briller og lappebehandling.

Oppgave 5.

1. Keratitt, alvorligheten kan tyde på Pseudomonas (ikke trekk hvis ikke agens er korrekt).
2. Prøvetaking og repeterende antibiotika øyedråper/salve.

Oppgave 6.

Anfall av forhøyet intraokulært trykk grunnet lukket kammervinkel

Symptomer: sterk hodepine, kvalme og oppkast, intense smerter i øyet, tåkesyn/ haloer rundt gjenstander pga corneaødem,

Funn: Palpatorisk hard bulbus, lysstiv semidilatert pupille, injisert conjunctiva, ødem i kornea, trang/opphevet kammervinkel.

Oppgave 7.

1. Gi smertestillende, ikke røre greina og sende han til nærmeste øyeavdeling.
2. På øyeavdelingen vil det bli tatt rtg-bilder/CT orbita og operativ fjerning av fremmedlegeme samt påstartet antibiotikabehandling.

Oppgave 8.

Symptomer: smerter, nedsatt visus (skade /strangulasjon av N. Opticus pga hevelse i muskulaturen rundt nerven), dobbeltsyn (nedsatt bevegelighet), tørre øyne.

Funn: Exophthalmus, øyelokksretraksjon (stirrende blikk), konjunktivalchemose, røde tørre øyne, nedsatt bevegelighet.

Oppgave 9.

M.Orbicularis oculi, N.Facialis, lukkemuskel.

M.Levator palpebrae, N.Oculomotorius, øyelokksåpner.

M.Tarsalis / Müllers muskel, sympatikus, øyelokksåpner.

Oppgave 10.

1. Konjunktivitt; viral eller bakteriell, allergisk konjunktivitt noe mindre sannsynlig pga puss.
2. Prøvetaking og AB dråper og salve (Kloramfenikol eller Fucithalmic mest brukt).
3. Ødem i konjunktiva
4. Chlamydia og gonoré som opphav til konjunktivitten.

Oppgave 11.

1. Retinal rift. Henvis som ø-hjelp til øyelege, vidvinkelfotografi hos optiker er ikke tilstrekkelig til å utelukke retinal rift i netthinnen.
2. Netthinneløsning (amotio retina) i øvre kvadranter av netthinnen.

Oppgave 12.

- 1) Harde eksudater: Utfelling av lipoproteiner i netthinnen, ofte i makula. Diabetesretinopati, Våt AMD, Hypertensiv retinopati.
- 2) Druser: Avleiringer (proteiner og lipider) under netthinnen. Tørr AMD.
- 3) Irisrubeose: Nydannelse av patologiske kar i iris/regnbuehinnen. Proliferativ diabetesretinopati, Blodåreokklusjoner (sentralarterie/vene okklusjon, gren arterie/veneokklusjon, neovaskulært glaukom)

