



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Kontinuasjoneksamen eksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – våren 2013

Onsdag 14. august 2013, kl. 9.00-14.00

Oppgavesettet består av 5 sider

Viktige opplysninger:

Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X

Oppgave 1.

Aktuelt:

Kvinne 33 år oppsøker deg som allmennpraktiserende lege med problemstillingen tilbakevendende depresjon.

Sosialt:

Pasienten har utdanning fra universitet, er i fast arbeid og har samboer.

Sykehistorie:

Siden 15-års alder hatt tilbakevendende depressive episoder. I perioden da hun var 16-19 år moderate symptomer på anoreksi og bulimi. Ikke mottatt behandling for dette. Siden 18-års alder opplevd periodevis stemningssvingninger i løpet av dagen / få dagers varighet. Når depressiv blir hun mer ustabil, svært pessimistisk og føler at det ikke er noen løsning i sikte.

Konsultert psykiater 10 år siden, fikk Remeron mot depresjon og brukte dette i flere år. Skiftet etter hvert til et SSRI. Pas hadde fortsatt depressive episoder 2-4 ganger i året til tross for bruk av antidepressiver. Siste 5 år episoder med oppstemthet, irritabilitet som varer fra dager til noen få uker. Opptre 2-3 ganger i året.

Personlighet:

Er impulsiv og emosjonell i sosiale sammenhenger. Når hun blir sliten eller skuffet over andre, kan hun utvikle svært sterke følelser og bli verbalt utagerende. Anfører selv at hun "mangler et filter mot omverdenen" som kunne dempet hennes intense opplevelser av personer og situasjoner rundt seg.

1. Hvilke diagnostiske overveielser gjør du deg på bakgrunn av denne historien?

Begrunn svaret

2. Hvilke spørsmål ville du stille for å komme nærmere en diagnostisk avklaring?
3. Hva slags behandling vil du foreslå for denne pasienten ut fra din tentative diagnostikk?
Du kan angi flere alternativer dersom du mener at det er relevant. Begrunn svaret.

Oppgave 2.

1. Beskriv kort 3 behandlingsmetoder som blir brukt ved depresjon.
2. Hvilke behandlingsmetoder har dokumentert effekt ved depresjon?
3. Nevn 5 risikofaktorer for suicid ved depresjon.

Oppgave 3.

Lars, 7 år, kommer til deg som er fastlege sammen med mor. Lars finner seg ikke til rette på skolen; han er urolig og klarer ikke konsentrere seg om skolearbeidet.

1. Du vurderer ulike tilstander som kan gi uro og konsentrasjonsvansker hos barn. Hva er karakteristisk for symptomene ved Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)?
2. Lars henvises til BUP og får diagnosen ADHD. Mor og far spør deg om årsaker til Lars' vansker. Hva vil du formidle til dem?
3. Hva er aktuell behandling for et barn med ADHD?

Oppgave 4.

1. Forklar begrepene toleranse og craving og mekanismene for hvordan de oppstår.
2. Hva er forskjellen på Subutex® og Suboxone® ? Hvilken klinisk betydning har denne forskjellen i behandling av misbrukere?
3. Hvilke symptomer sees ved delirium hos personer i alkohol-abstinens?
4. Foreslå to typer/klasser legemiddel som kan brukes i behandlingen av delirium hos personer med alkohol-abstinens, og gjør rede for den farmakologiske virkningsmekanismen for midlene.

Oppgave 5

1. Hva er afferent og efferent ledd i pupillens lysrefleks?

2.
 - a. Nevn 3 typiske papilleforandringer ved langt kommen glaukom.
 - b. Nevn 3 ulike typer av glaukom.

3. Du er turnuslege og blir oppsøkt på legevakt av Herr Olsen som er 42 år og har diabetes retinopati. Han forteller at når han våknet i dag morges var synet på hø. øye nedsatt, det var som å se gjennom en tåke, og han så noen mørke "tråder". I løpet av dagen ble synet dårligere, "tåken ble tettere". Du finner visus od. 0,2 og os 0.9+ og ser nedsatt rød refleks på hø. øyet men normal synsfelt ad modum Donders.
 - a. Hva er mest sannsynlig diagnose?
 - b. Hva er mest sannsynlig behandling?

4. Kristin er 19 år. Siste uken har hun merket at synet på ve- øyet er blitt dårligere. Hun har også smerter ved bevegelse av øyet og lett hodepine. Funn ved u.s.: visus od: 1,0, os: 0,2. redusert fargesyn. Afferent pupilledefekt. Normal oftalmoskopi.
 - a. Hvordan tester man for afferent pupilledefekt? Hvilke funn får man hvis pas. har afferent pupilledefekt?
 - b. Sannsynlig diagnose?

5. Forklar med stikkord følgende øyediagnoser og nevnt 1 symptom på diagnosen:
 - a. Ektropion
 - b. Makulaødem
 - c. Glasslegemeløsning

6. Elsa er 30 år og har i noen dager hatt plager med lysskyhet på sitt høyre øye. Du undersøker henne med oftalmoskopet og finner at det høyre øyet er rødt. Pupillen er liten. For noen år tilbake fikk hun diagnosen Bekhterevs sykdom. Hun forteller at hun også tidligere har hatt tilsvarende episoder som nå.
 - a. Sannsynlig diagnose?
 - b. Behandling?

7. En kvinne på 80 år som tidligere har sett brukbart på begge øynene, men har tidligere fått påvist ”forkalkninger i skarpsynsområdet” har siste 2-3 uker merket at skarpsynet på det hø. øyet har blitt betydelig dårligere og rette linjer har begynt å bli mye mer bølgede

- a. Hva er sannsynlig diagnose og finnes det noe behandling?
- b. Nevn 2 viktige oftalmologiske funn som skiller tørr – og våt AMD.

8. En 75 år gammel kvinne kommer til deg på legevakt. Hun har blitt operert for katarakt på sitt høyre øye for 6 dager tilbake. Siden i går har øyet blitt tiltakende rødt og vondt. Hun opplever også at synet på det aktuelle øyet har blitt redusert.

- a. Hvilken diagnose er det viktig å avkrefte?
- b. Hva gjør du og hvordan behandles denne tilstanden?

9. En 65 år gammel kvinne har kommet til mottaket der du er turnuslege. Hun har fått økende hodepine og dobbeltsyn. Du finner anisokori med størst pupille på hø. øyet, og det virker som hun også har vanskelig å bevege det hø. øyet og øyet blir stående noe ned og ut. Hun har også lettgradig ptose på hø. side.

- a. Sannsynlig oftalmologisk diagnose.
- b. Hvilken utredning vil du fortest mulig få gjort og hvorfor?

10. Hr. Hansen er 60 år gammel og har alltid hatt dårlig syn på sitt høyre øye. Ved hans første besøk hos øyelege som 20-åring fikk han briller. Når du undersøker ham ser du at det ene øyet skjeler innover og han ser betydelig dårligere på det høyre øyet (0.3) enn på det venstre (1.0-). Ut over dette er det normal øyestatus.

- a. Sannsynlig årsak til hans synsreduksjon?
- b. Hvilke tiltak burde man ha satt i verk den gangen Hansen var barn?

11. Fru Mehlum tar kontakt da hennes begge øyne har vært røde og klebrige i drøyt en uke. Hun plages også av lysskyhet og lett synsnedsettelse. Når du undersøker henne finner du stjerneformede infiltrater i begge hornhinner, det er klart sekret og hun forteller at det går forkjølelsesvirus i barnehagen der hun jobber.

- a. Hvilken mikroorganisme tror du er årsak til denne tilstanden?

b. Hvilken behandling ville du foreslå?

12. Din onkel ringer deg og fortviler fordi han har fått påvist makulahull på det høyre øyet hos øyelegen sin og ønsker noen råd.

a. Hva er symptomene ved makulahull, og er risikoen for å bli helt blind av makulahull stor?

b. Hva er behandlingen for makulahull?

13. En 35 år gammel kvinne kommer til deg på legevakt da hun har fått et cornealt fremmedlegeme på sitt høyre øye. Du fjerner fremmedlegemet, men etter noen dager blir øyet rødt. Ved undersøkelsen finner du et rødt øye og en grå flekk på hornhinnen. I tillegg er det lysvei i forkammeret.

a. Sannsynlig diagnose?

b. Hvilke tiltak bør iverksettes?

14. En 42 gammel mann tar kontakt med symptomer på redusert syn på ett øye i noen dager. Han er tidligere øyefrisk, men har hatt briller siden tenårene. Han beskriver sine symptomer som om en omvendt rullegardin har kommet nedenfra og opp de siste par døgn. Det siste døgnet har han ikke klart å lese med øyet.

a. Hvilken diagnose må man mistenke ved denne anamnesen, og hvorfor ser han så dårlig?

b. Trolig styrke på hans briller?

15. Fru Pettersen har merket at hun ikke får med seg ting til høyre i synsfeltet. Du undersøker henne og finner et hø. sidig synsutfall på begge øynene, dvs. nasalt synsutfall på venstre øyet og temporalt synsutfall på høyre øyet.

a. Hva kalles dette synsutfallet?

b. Hvor sitter skaden?

Det medisinske fakultet, Oslo, 4. juli 2013

Signatur leder av eksamenskommissjon

Sensorveiledning

Kontinuasjoneksamen eksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – våren 2013

Onsdag 14. august 2013, kl. 9.00-14.00

Oppgave 1.

Diff diagnoser:

Affektive lidelser: bipolar lidelse, mest sannsynlig type II, type I kan ikke utelukkes. Studentene må kunne stille relevante spørsmål som skiller bipolar I og II, slik som eks. har pasienten vært psykotisk oppstemt eller har hun vært innlagt i sykehus. Hvis innlagt, var det manisk fase eller depressive fase.

Personlighetsforstyrrelse:

Videre bør de kunne identifisere en komponent av emosjonell ustabil personlighet. De bør diskutere dette som mulig komorbid tilstand eller som del av en bipolar lidelse.

Tilstanden bør tuftes på hennes personlighetstrekk samt periode med spiseforstyrrelse i U-tiden.

Ved bipolar lidelse blir farmakologisk behandling primært stemningsstabiliserende, som forebyggende behandling mot nye episoder. Første valg litonit. Her kan flere typer medikamenter foreslås, slik som lamictal mot depresjon, orifiril eller antipsykotika mot hypomani/ mani.

Også kombinasjoner av legemidler vil være riktig svar, avhengig av om dette er relevante kombinasjoner.

Svært gode besvarelse vil også kunne peke ut lavdose antipsykotika som behandling for ustabile trekk eller diskutere synergi effekter av farmakologisk behandling mellom bipolar og ustabile trekk.

Forskjellige typer psykoterapi kan også diskuteres, f eks mentaliseringsbasert terapi, dialektisk adferdsterapi, kognitiv terapi, særlig ved mistanke om innslag av emosjonell ustabil personlighet. Psykoedukasjon viktig ved bipolar lidelse.

Oppgave 2.

1. Medikamentell behandling med antidepressiva, psykoterapi, ECT (Electrokonvulsive behandling), lysbehandling og innovative behandling (transkraniell magnetisk stimulering, vagal nervestimulering, deep brain stimulation (DBS))
2. Antidepressiva, Psykoterapi og ECT
3. Alvorlig eller langvarig depresjon, bipolar depresjon, samtidige psykotiske symptomer, høyt angstnivå, høy grad av opplevd håpløshet, uttalte søvnvansker, samtidig personlighetsproblematikk med impulsivitet og aggressivitet, samtidig rusmisbruk, samtidig somatisk sykdom, tidligere suicidal atferd, suicidal atferd hos familiemedlemmer

Oppgave 3.

1. Triade av symptomer; hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og impulsivitet. Symptomdebut før 6 -7 år, men ofte tidligere; før 5 år. Symptomene er jevnt tilsted; over tid og i ulike situasjoner. Symptomene utvikler seg gradvis/ blir gradvis mer synlige, ikke påvisbare utløsende faktorer og symptomer som brått tilkommer.
2. Genetiske studier indikerer en arvelighet på ca 75% ved ADHD. Polygen arvegang. Viktig å fremheve at genetiske faktorer spiller stor rolle, og at foreldrene ikke har skyld i barnets vansker. Samtidig må det understrekes at utvikling ikke er bestemt, tross genetiske faktorerens betydning. Tiltak og behandling er viktig for å bedre tilstanden og barnets utvikling. Hypoteser om patofysiologiske mekanismer kan også nevnes: Umodenhet/underaktivitet i fremre hjerneområder med betydning for evne til å styre oppmerksomhet og impulser. Dysfunksjon i hjernens signalstoffer (nevrottransmittorer); stoffene dopamin og serotonin er involvert.
3. Psykoedukasjon; informasjon om tilstanden til foreldre, skole og barnet selv. Viktig at foreldrene og skole har samme forståelse av barnets vansker og samarbeider godt. Tilrettelegging på skolen; forutsigbarhet, oversikt, undervisning i liten gruppe. Korte arbeidsøkter og hyppige pauser. Forutsigbarhet og oversikt hjemme og ved fritidsaktiviteter. Medikamentell behandling som har godkjent indikasjon ved ADHD:

1. valg: sentralstimulerende midler: Metylfenida, Amfetamin. 2. valg; Atomoksetine.

MST (Multi Systemisk Terapi) og PMT (Parent Management Training) spesielt ved samtidig atferdsforstyrrelse.

Støtte og hjelpetiltak f eks trygdeytelser og avlastning.

Oppgave 4.

1. Tolerans innebær att økad dos lækemedel (drog) krævs för att uppnå samma farmakologiska effekt som man tidigare uppnådde. Man talar om farmakokinetisk tolerans då dessa förändringar är av farmakokinetisk natur dvs. hur kroppen hanterar lækemedlet/drogen alltså förändring av upptag, metabolism eller utsönding av lækemedel/drog. Tolerans kan även vara farmakodynamisk natur dvs. förändringar av hur lækemedlet agerar i kroppen såsom förändringar hos receptorer/ion-kanaler, hur dessa signallerar och/eller fysiske förändringar hos hela nätverk av nervceller på det att drog-effekten försvagas vid upprepat bruk under lång tid.

Craving är en långvarigt bestående form av abstinens huvudsakligen av psykologisk natur som kan vara i många år och/eller før resten av livet. Man kan närmast likna craving vid associativ betingad inlärning då exempelvis vissa sensoriske stimuli som missbrukaren associerar med sitt drogmissbruk (t.ex. haschpipa, miljön för missbruk, observation av annan "påtäänd" missbrukare). Detta kan trigga ett starkt begär att återuppta missbruk även efter många år av nykterhet. Mycket talar för ett belønningssystemet i nerv-systemet "kidnappas" av drogen och byggs om (neuroplasticitet) så att drogen øvertar den roll som naturlige belønningar (t.ex. mat, vatten, sex) har i belønningssystemen.

2. Subutex® innehåller buprenorfin - partiell opioidagonist/-antagonist som bindes til μ - og k -reseptorene i hjernen. Suboxone® är ett kombinationspreparat som innehåller buprenorfin och nalokson (en opioid-antagonist). Den kliniske betydelsen är att Suboxone® minskar risken för felaktigt bruk/missbruk av preparatet. Båda preparaten ges under tungan (sublingualtabletter) och under dessa förhållanden tas nalokson väldigt dåligt opp över slemhinnan vilket innebær

båda preparaten har samme effekt (milt agonist-effekt mot opoida systemet). Vid felaktigt bruk - forsök till missbruk - dvs. man löser upp tabletten och injicerar så har Suboxone® obetydlig effekt eftersom nalokson initialt blockerar effekten av buprenorfin och man får inget rus ("high"), vilket man kan få vid injeksjon av Subutex®.

3. Delirium är ett akut konfusionstillstånd. Typiska symptom vid alkohol-abstinens-inducerad delirium berör motorik (t.ex. tremor), ofta hyperaktivitet, personlighetsförändringar, stark oro, hallucinationer och men även med somatiske symptom såsom feber, högt blodtryck och ökad puls. Diagnostiske kriterier för konfusion är 1: akut debut och flukturerande förlopp, 2: dålig oppmärksamhet, 3: disorganiserat tankemønster, 4: förändrad nivå av medvetande där 1+2+(3 eller 4) ska finnas närvarande.

4. Førstahandval är benzodiazepiner vilke allosterisk stimulerer GABA_A-receptoren og frekvensen varmed kloridjonkanalen er öppen og dermed åstadkommer ökad inhibition; En annen klasse preparat som kan användas er barbiturater (GABA_A-kanaler, vilke förlänger tiden som klorid-jonkanalen er öppen) og till denna klasse kan också klonetiazol räknas (Heminevrin; vars trolige mekanisme likner barbiturater). En tredje klasse kan representeras av anti-epileptika karbamazepin (påverkar voltage-dependent Na-channels när dessa er sterkt stimulerade, en «use-dependent effekt»). En fjärde klasse som möjligen kan användas er en låg dose av antipsykotika haloperidol (som blockerer Dopamin-2 receptorer), men det er ikke å anbefale det da det ökar risken for kramper.

Oppgave 5

1 Afferent: N. opticus Efferent: Parasympatiske fibre (N.oculomotorius) og sympatiske fibre.

2 a. Blek papille med dyp/vid ekskavasjon evt. randekskavasjon. Peripapillær atrofi. Nasalt forskutte kar. Papilleblødninger. Tydelig lamina cribrosa. b. Åpnevinkelglaukom, trangvinkelglaukom, normaltrykksglaukom, neovaskulært glaukom.

3. a. Corpusblødning/glasslegemeblødning b. Vitrektomi og laserbehandling (evt obsevasjon over en tid for å se om blødningen klarer opp) .

4. a. swinging flashlight test, lyser på frisk pupille, så syk pupille, ser at begge pupillene utvider seg. b. optikus nevritt/retrobulbær nevritt (mulig forårsaket av MS)
- 5 a. Ektropion: Øyelokket, oftest nedre, er slapt og ruller utover. Gir tåreflod.
b. Makulaødem: Ødem i skarpsynsområdet, ofte på bakgrunn av Våt AMD, Diabetes retinopati, Karokklusjon. Gir nedsatt skarpsyn og metamorfopsier/rette linjer blir bølgede.
c. Glasslegemeløsning: Glasslegemet løsner fra netthinnen. Kan gi kortvarige lysglimt og flytere/fluor i synsfeltet (ikke permanent skygge - dette tyder på netthinne-løsning).
6. a. Akutt iridocyklitt / fremre uveitt. B.Topikale steroider samt cycloplegica/utvidende øyedråper
7. a. Våt (neovaskulær) AMD, kan behandles med intravitreale injeksjoner av anti-VEGF (Avastin/Lucentis). b. Våt AMD: Blødninger, eksudater, ødem i makula.
8. a. Endoftalmitt b. Øyeblikkelig henvisning til øyeavdeling. Intravitreal antibiotika og prøvetaking.
9. a. Oculomotoriusparese. b. CT/CTAngio av hodet for å utelukke aneurisme /nevrologisk utredning.
10. a. Amblyopi pga skjeling. b Brillor og okklusjon.
11. a. Adenovirus. b. Ingen, leger seg oftest selv. Anbefaling av ikke å dele håndklær etc., evt. antibiotikadråper for å forhindre sekundærinfeksjon.
12. a. Nedsatt sentralvisus, metamorfopsier, nei liten risiko for å bli blind. b. opereres med vitrektomi (peeling av membran og innsetting av gass).
13. a Bakteriell keratitt b. Dyrkning, antibiotika dråper/salve topikalt på øyet.
14. a. Netthinneavløsning, makula involvert. b. Brillor med minusstyrke.
15. a. Høyre sidig homonym hemianopsi b. Tractus opticus på venstre side (dvs. skade av synsbanen bak chiasma på venstre side).