



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

## **Ordinær eksamen, MEDSEM8R, grunnstudiet i medisin – høsten 2014**

**Fredag 9. januar 2015, kl. 9.00-14.00**

Oppgavesettet består av   6   sider

### **Viktige opplysninger:**

**Hjelpemidler: kalkulator av typen Citizen SR-270X**

**Vi ber dere begynne på et nytt ark mellom oppgave 4 og 5 da det er flere personer som skal rette de ulike oppgavene.**

### Oppgave 1

Når du kommer til fastlegekontoret en morgen møtes du på venterommet av Halvor. Han er en 25 år gammel mann du kun har sett sporadisk på fastlegekontoret til tross for at han har stått på listen din lenge. Stort sett tidligere frisk. Han fremstår nå svært stresset, sier han trenger hjelp umiddelbart. Sekretæren din har satt han opp som ø-hjelp og du tar han etter kort tid inn på kontoret.

Vel inne på kontoret forteller Halvor at han siste uken har hatt tre plutselige anfall med hjertebank og svimmelhet. Han beskriver disse episodene som svært skremmende. Han er svært redd for å få et nytt anfall, og redd for hva han kan finne på dersom han får et nytt anfall. Sier han må innlegges slik at noen kan ta vare på han.

- Etter å ha kartlagt tilstanden ytterligere finner du det mest sannsynlig at Halvor har hatt anfall med panikkangst. Beskriv andre typiske symptomer ved denne tilstanden?
- Mange med panikkangst har ledsagende agorafobi. Hva menes med agorafobi?
- Halvor ønsker innleggelse. Mener du som fastlege at det er indikasjon for dette? Begrunn svaret ditt.
- Hva menes med forventningsangst og unngåelsesatferd? Forklar sammenhengen mellom disse begrepene.
- Beskriv de vanligste behandlingsformer med dokumentert effekt på panikk lidelse.

## Oppgave 2

Conrad er en 22 år gammel mann som kommer i kontakt med deg som allmennlege. Han har en ADHD-diagnose og du har truffet ham mange ganger i løpet av hans oppvekst fordi han har hatt problemer med å følge med på skolen og har trent sykemeldinger. Han har fått Ritalin til hjelp for å kunne konsentrere seg, men dette har bare hjulpet ham litt og han droppet ut av videregående etter to år. Etter videregående har han bare hatt sporadiske jobber og du har sett ham mindre. Nå kommer han til deg fordi han har behov for å få hjelp til å sove. Du mistenker at han bruker medisiner til å ruse seg på og er skeptisk. Han ønsker å få utskrevet et benzodiazepin som heter klonazepam (Rivotril®), men du velger å gi ham en minstepakning på zopiklon (Imovane®).

- a) Hvilke hovedgrupper av legemidler har vi som kan misbrukes?
- b) Var det lurt å bytte ut klonazepam med zopiklon? Begrunn svaret.
- c) Finnes det noe spørreinstrument som du kan bruke for å få klarhet i om Conrad har et problem med misbruk av legemidler?

Du bestemmer deg for at du skal prøve å kontrollere hans evt. misbruk gjennom å sette som forutsetning for at han skal avgi månedlige urinprøver, som du sier må være rene for at du skal skrive ut legemidler til ham

- d) Hva er fordeler og ulemper med en slik tilnærming? Diskuter både tekniske og kommunikasjonsmessige aspekter.

## Oppgave 3

Roger (34) møter hos fastlegen og vil ha en legeattest for alternativ soning. Han er dømt for flere forhold: Bedrageri, vold og besittelse av kokain. Han mener at forsvareren gjorde en dårlig jobb og at han fikk for lang straff. Han fremhever at han lider av «klaustrofobi» og at han «får hetta av å være innesperret». Han ønsker å sone på en rusinstitusjon. I journalen finner fastlegen en epikrise fra A-senteret. Her beskrives det et mangeårig blandingsmisbruk (alkohol, cannabis, kokain, amfetamin) og en oppvekst med vold, barnevernsinstitusjoner og fosterhjem. Roger har vært ustabil i arbeidslivet. Mange og kortvarige arbeidsforhold og lange perioder med arbeidsløshet. Han er oppsagt flere ganger. Sist pga bedrageri. Han er også beskrevet som kranglevoren. Han har to barn fra tidligere forhold og ikke fulgt opp barna. Han er saksøkt for manglende barnebidrag og Krisesenteret har anmeldt ham for familievold. Roger er nå singel og legger til at «det er for mye mas med damer». Han er først og fremst bekymret for soningen.

- 1) Hva er de generelle diagnostiske kriteriene for en personlighetsforstyrrelse?
- 2) Hvilken personlighetsforstyrrelse passer med teksten ovenfor. Begrunn hvorfor.
- 3) Er personlighetsforstyrrelse en sykdom? Diskuter kort sykdomsbegrepet med referanse til 1) etiologi, 2) normalvariasjoner og 3) personlig ansvar.
- 4) Hva er tilknytningsmønster?
- 5) Beskriv hovedtyper av utrygge tilknytningsmønstre.
- 6) Breivik-saken aktualiserte spørsmålet om strafferettslig (u)tilregnelighet. I denne debatten refereres det til «det medisinske prinsipp» versus «det psykologiske prinsipp». Redegjør kort for viktigste forskjeller mellom disse prinsippene. Bruk gjerne et eksempel som illustrasjon.

#### Oppgave 4

Maren (15 år) kommer til deg som fastlege i følge med moren sin. Maren har akkurat begynt i 9. klasse på ungdomskolen. Hun har alltid vært flink på skolen. På fritiden spiller hun fotball. Maren trivdes på skolen frem til hun begynte på ungdomskolen, men etter det har hun ikke trivdes like godt. Fra juleferien 8. klasse har Maren vært mer opptatt av mat og vekt. Den seneste tiden har hun begynt å jogge daglig og vil ikke lenger spise måltidene med familien. Mor oppdaget i sommerferien at Maren hadde gått synlig ned i vekt, men Maren nekter å veie seg hjemme sammen med moren. Maren er 164 cm høy, og veide 57 kg i mai. Ved undersøkelse på ditt kontor nå i august veier Maren 46 kg.

1. Hvilke differensial diagnoser er de mest aktuelle å vurdere? Beskriv kort.
2. Hvilke typer av spiseforstyrrelser er mest vanlige? Hva er de viktigste kliniske kjennetegn ved disse?
3. Hvilke somatiske komplikasjoner kan pasienten få ved langvarig ubehandlet spiseforstyrrelser?
4. Nevn viktige elementer i behandling og oppfølging av en pasient med spiseforstyrrelser.

Oppgave 5

Svar kort.

1.

A) Hva er akkomodasjon?

B) Når en person blir 45-50 år, må de fleste begynne å bruke lesebriller. Dette slipper personer under 40 år. Hvorfor er det slik og hva kalles denne tilstanden?

C) Circa hvor stor er lysbrytningen i hornhinnen og hvor stor er den i linsen?

D) Hva er forskjellen på monofokale, bifokale og progressive brilleglass?

2.

A) Kan du nevne risikofaktorer for å utvikle katarakt?

B) Hva er etterstær og hvordan behandles dette?

C) Hva er vanligste komplikasjoner og problemer ved kontaktlinsebruk?

3. Mia (32 år) har Morbus Bekhterew og sliter med recidiverende iridocyclitt.

A) Hva er typiske symptomer på akutt iridocyclitt?

B) Hva er typiske funn ved akutt iridocyclitt?

C) Vanlig behandling er cortison øyedråper og pupilleutvidende øyedråper, f eksempel atropin. Hvordan virker disse to medikamenttypene?

D) Ved kronisk iridocyclitt sees ofte forandringer i øyet over tid, enten sekundært til lidelsen eller som bivirkning av øyedråper. Kan du nevne to typiske sekundære tilstander?

4. Peter (22 år) har de siste 1-2 år fått økende synsreduksjon på begge øyne. Han har vært til optiker flere ganger og fått stadig endret brillestyrke. Han er nå myop og har fått stor hornhineskjevhet på begge øyne og sentral fortykning. Han er ellers øyefrisk.

A) Hvilken sykdom er mest sannsynlig?

B) Nevn 2 ulike behandlinger foruten briller og linser.

5. Anna (75 år) kontrolleres for hypertensjon og diabetes type I. Hun våkner en morgen med hengende øyelokk og kommer til deg. Når du undersøker henne og løfter opp øyelokket ser hun plutselig dobbelt.

- A) Hvilken diagnose er mest synnsynlig?
- B) Hva er mulige årsaker til denne tilstanden?

6. Hvor i øyet sitter sannsynligvis den patologiske årsaken dersom en pasient klager over:

- A) Ruskfølelse
- B) Flytere ("bevegelige fluer") i synsfeltet
- C) Metamorfopsi (bildeforvringning som gjør at rette linjer ser bølgete ut)

7. Gunnar (37 år) kommer etter at han har fått en kølle inn i høyre øye under en innebandykamp. Han ser svært dårlig og har smerter. Du ser at det er blod i forkammeret og han klarer ikke å elevere høyre øye.

- A) Hva mistenker du som årsak til nedsatt bevegelse av høyre bulbus og hva gjør du med pasienten?
- B) Hvorfor ser han ikke dobbelt?

8. Gudrun (44 år) har kollidert i et veikryss. Hun har merket et slags svakt økende tåkesyn siste månedene til høyre (i vikepliktsonen). Du finner bortfall av synsfeltet til høyre for midtlinjen, dvs temporalt synsfeltutfall høyre øye og nasalt synsfeltutfall venstre øye.

- A) Hva kalles dette synsfeltutfallet?
- B) Hvor sitter årsaken?

9. Paulus (72 år) kommer til deg på legevakt. Han går regelmessig til øyeavdelingen for å få injeksjon i øyet på grunn av våt AMD. Siste injeksjon var for 5 dager siden. Siste døgnet har øyet blitt rødere og hun har fått tåkesyn. Øyet gjør også mer vondt.

- A) Hvilken behandling har han mest sannsynlig fått på øyeavdelingen? Hvilken diagnose mistenker du?
- B) Hva gjør du og hvordan behandles denne tilstanden?

10. Elsa (56 år) har i noen måneder vært plaget med renning fra høyre øyet og tendens til øyekatarr, men Kloramfenikol dråper har hjulpet. Siste 3 dagene har hun fått feber og området under høyre øye inn mot nesen hovnet opp og blitt rødt. ”Det ser ikke pent ut”, sier du og trykker på huden og hun skriker til av smerte.

A) Hva er mest sannsynlig diagnose?

B) Hvordan vil du behandle?

11. Karin (60 år) tar kontakt med kløende, sviende blemmer i høyre del av pannen. Du mistenker herpes zoster ophthalmicus.

A) Hvilket klinisk tegn i huden indikerer at øyet kan ta skade av denne tilstanden?

B) Hvilke problemer i øyet kan oppstå av denne sykdommen?

12. Nina (39 år) våkner en søndagsmorgen og kan ikke se med venstre øye. Hun kommer seg til legen og du finner visus og håndbevegelser, et blekt øye med nedsatt direkte pupillereaksjon og flammeformede blødninger i fundus.

A) Hva er sannsynlig diagnose?

B) Hvilke råd vil du gi?

C) 6 måneder senere kommer hun med et smertefullt venstre øye. Det ser at øyet er lett injisert, har irisrubeose og du måler høyt trykk (42 mmHg). Hva kan årsaken være? Kan det være sammenheng med den første episoden?

D) Hvordan vil du behandle?

13. Karl (38 år) er myop (-6 D) og siste ukene har han merket litt flimring og sorte prikker og etterhvert lysglimt i synet på det venstre øyet. Han kommer seg til øyelege som finner en bueformet rift perifert i retina. Det utføres laserbehandling samme dag og han drar hjem.

A) Hva er årsaken til riften?

B) Hvorfor er hensikten med laserbehandlingen?

14. Janne (42 år) har Graves sykdom og hyperthyrose og har nettopp fått påvist endokrin eksoftalmus.

A) Nevn 3 øyefunn som er vanlige ved denne tilstanden.

B) Nevn 2 aktuelle behandlinger for øyesymptomer ved denne tilstanden.

## Sensorveiledning:

### Oppgave 1

- a) Symptomer som kan ses ved panikkanfall:
- hjertebank
  - dyspne/hyperventilering
  - brystmerter/trykk i bryst
  - munntørrhet
  - svettetokter
  - svimmelhet
  - kvalme/diare
  - prikking eller nummenhetsfølelse
  - frysninger og hetetokter
  - skjelvinger eller risting
  - uvirkelighetsfølelse
  - frykt for å dø eller bli gal
- b) Agorafobi er frykt for åpne plasser eller sosiale situasjoner med mange mennesker til stede. En person med agorafobi har angst når han er borte fra hjemmet, oppholder seg i større folkemengder eller befinner seg på steder med mange mennesker til stede.
- c) Innleggelse er ikke indisert. Hovedfokus i behandling av panikkangst retter seg mot at pasienten selv gjenvinner kontroll over panikkanfallene. En innleggelse ville hatt motsatt effekt.
- d) Forventningsangst er redsel for å få nye anfall med angst. Pga av denne redselen velger mange pasienter aktivt å unngå situasjoner eller opplevelser som de vet kan utløse angstanfall. Dette kalles unngåelsesatferd.
- e) - Medikamentell behandling(SSRI).  
- Kognitiv atferdsterapi; eksponeringsterapi og samtaleterapi med utgangspunkt i angstsirkelen.

### Oppgave 2

a: Her bør både benzodiazepiner, benzodiazepinlignende sovemidler, barbiturater, opioider og sentralstimulerende midler angis, helst med eksempler. Bruk av generiske navn er best

b: Svaret her er et klart ja. Fordi klonazepam er et antiepileptikum som kan misbrukes, mens zopiklon har et langt lavere misbrukspotensial

c: Her bør kandidaten i hvert fall nevne det instrumentet som står i boka (DUDIT) og evt. CAGE

d: Urinprøver signaliserer mistro, men kan være til hjelp. Fanger ikke opp alle rusmidler, bare noen. En gang i mnd. er for sjelden til å dekke opp for evt. misbruk. Kanskje det også kan diskuteres andre forhold som kan bidra til kontroll med bruken

### Oppgave 3

1.

- 1) Tydelig disharmoniske holdninger og atferd som vanligvis omfatter flere funksjonsområder så som følelser, oppmerksomhet, impuls kontroll, måter å oppfatte og tenke på og måter å forholde seg til andre på
- 2) Det avvikende atferdsmønsteret er vedvarende og langvarig og begrenses ikke til episoder med psykisk lidelse
- 3) Det avvikende atferdsmønsteret er omfattende og klart maladaptivt i forhold til et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner
- 4) Manifestasjoner nevnt ovenfor debutterer alltid i løpet av barne- eller ungdomstid og fortsetter inn i voksenalder
- 5) Forstyrrelsen fører til betydelig personlig lidelse, men det kan ofte først bli tydelig sent i forløpet
- 6) Forstyrrelsen er vanligvis, men ikke alltid, forbundet med betydelige problemer i forhold til yrkesmessige og sosiale funksjoner

2.

Dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse (PF)

3.

Personlighetsforstyrrelse er ingen sykdom («disease») i klassisk medisinsk forstand. Kategorien er ikke definert ut fra kjent etiologi, men ut fra grad av samsvar med en prototyp (definert ved kriterier). Alternativt hevder noen den kan defineres som ekstreme varianter av normalvariasjon av personlighetsegenskaper.

Sykdomsforståelsen av PF har betydning for samfunnets syn på personlig ansvar. Det å ha en PF fritar ikke for personlig ansvar for egne (eksempelvis straffbare) handlinger.

4.

Tilknytningsmønster er betegnelsen på det biologiske emosjonelle båndet mellom foreldre og avkom hos pattedyr.



5.

- 1) Engstelig-ambivalent (overinvolvert)
- 2) Engstelig-unnvikende (distanserende)
- 3) Disorganisert (mangler strategi for å håndtere nærhet, blir kaotisk, overveldet).

6.

Det medisinske prinsipp: At (u)tilregnelighet tilskrives medisinsk diagnose.

Det psykologiske prinsipp: Utilregnelighet krever at det er en psykologisk forståelig/begrunnbar sammenheng mellom sinnslidelsen og handlingen.

Eksempel: Kioskinnbrudd foretatt av schizofren person: Utilregnelig ifølge det medisinske prinsipp. Tilregnelig ifølge det psykologiske prinsipp, men mindre kiosken eller innbruddet er begrunnet ut fra bestemte vrangforestillinger.

#### Oppgave 4

1.

- Psykiatriske differensial diagnoser
  - Anorexia Nervosa
  - Bulimia Nervosa
  - Depresjon
  - Tvangslidelser
  - Angstlidelser
  - Rusmisbruk
- Somatiske differensial diagnoser
  - Endokrine
    - Thyreotoksikose
    - Binyrebarksvikt
    - Hypofysesvikt
  - Gastrointestinale
    - Malabsorpsjonstilstander
  - Svulster og infeksjoner
    - Cancer
    - Kronisk infeksjon

2.

- Anorexia nervosa er karakterisert ved bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Kroppsvekten holdes minst 15 % under forventet vekt eller BMI på  $\leq 17,5$ . (Hos barn og ungdom brukes vekstkurver for å vurdere vekt.) Vekttapet er selvfremkalt ved at "fetende mat" unngås. Ett eller flere av det følgende kan være tilstede: Selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven trening, bruk av appetittdependerende midler eller diuretika. Forstyrret kroppssoppfatning der frykten for å bli overvektig er påtrengende og individet pålegger seg selv en lav vektgrense.
- Bulimia nervosa er karakterisert ved gjentatte anfall av overspising, etterfulgt av kompenserende atferd. Pasienten har en vedvarende opptatthet av spising og uimotståelig trang til mat, som gjør at de har episoder med overspising der store matmengder blir konsumert over kort tid. Pasienten forsøker å oppveie den "fetende" virkningen av mat på en eller flere av følgende måter: selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sulteperioder, bruk av appetittdependerende midler, tyreoidpreparater og diuretika. Pasienten har en sykkelig frykt for overvekt og setter sin egen vektgrense langt under den legen oppfatter som optimal. Det kan foreligge en tidligere sykdomsepisode med anorexia nervosa. Pasienten er ofte normalvektig.

3.

- Kardiovaskulære komplikasjoner
- Hypokalemi
- Forstyrrelser i mage-tarm motilitet
- Mangel på vitaminer og mineraler
- Leukopeni
- Forandringer i sentralnervesystemet
- Endokrine forstyrrelser –
- Osteoporose
- Redusert høydetilvekst
- Re-ernæringssyndrom

4.

- Kognitiv adferdsterapi
- Familieterapi
- Medikamentell behandling
- Samtaler med ernæringsfysiolog
- Somatisk oppfølging

**Oppgave 5**

1.

A) Øyets evne til å forandre (øke) brytningen ved å endre linsens form.

B) Linsen blir stiv, mister akkomodasjon. Presbyopi.

C) Ca 43 D i hornhinnen og 20 D i linsen.

D) Monofokale: lik brytning i hele glasset. Bifokale: to styrker i glasset med lesefelt nedad.  
Progressive: Økende brytning nedover i glasset.

2.

A) Høy alder, diabetes, stråling inkl. UV-lys, arv, traume og øyeoperasjon, uveitt, corticosteroider, røyking, dårlig kosthold og metabolske sykdommer.

B) Fordunkling av bakre linsekapsel. Fjernes med laser.

C) Hornhinnesar (erosjoner), keratitt, karinnvekst/neovaskularisering, conjunctivitt / irritert øye

3.

A) Lysskyhet, tåkesyn, ømhet, smerter

B) Injeksjon (ciliær), lysvei, miose, evt synekier, hypopyon

C) Antiinflammatorisk og hindre synekier (og lindrer irisspasme)

D) Glaukom og katarakt

4.

A) Keratokonus

B) Collagen cross-linking, intrastromale ringer (INTACS), hornhinnetransplantasjon

5

A) Oculomotoriusparese

B) I dette tilfellet trolig vaskulær årsak pga diabetes med mikroangiopati. Andre årsaker kan være aneurisme, traume, borreliainfeksjon, tumor i hjenestammen.

6.

A) Øyets overflate, dvs cornea eller conjunctiva

B) Corpus vitreum / glasslegemet

C) Macula / fovea

7.

A) Fraktur i orbitagulvet med inneklemming av musculus rectus inferior. Må bestille CT/MR. Hastetilstand, må reponeres / opereres.

B) Han ser dårlig på skadet øye.

8.

A) Høyresidig homonym hemianopsi

B) Tractus opticus venstre side

9.

A) Anti-VEGF-behandling (Avastin/Lucentis). Endoftalmitt.

B) Henviser til nærmeste øyeavdeling som øyeblikkelig hjelp. Behandles med prøvetaking og injeksjon av antibiotika intraokulært, evt også vitrektomi.

10

A) Dacryocystitt

B) Systemisk antibiotikabehandling. Eventuelt insisjon av tåresekk.

11

- A) Blemmer på nesetippen (Hutchinsons tegn)
- B) Corneaskade med synsnedsettelse, iritt, høyt trykk.

12.

- A) Sentralveneokklusjon
- B) Undersøke trombosedens pga alder
- C) Neovaskulært glaukom. Ischemi.
- D) Trykksenkende, antiinflammatorisk og laser for å begrense ischemi

13.

- A) Degenerasjon og sammenfall av corpus vitreum med traksjon på netthinnen.
- B) Feste netthinnen rundt riften for å unngå netthinneavløsning.

14.

- A) Øyelokksødem, hyperemi, chemose, keratoconjunctivitt, proptose, opticusnevropati, redusert fargesyn, retraksjon av øyelokk, redusert visus, diplopi.
- B) Corticosteroider systemisk, stråling, avlastende operasjon av benede strukturer for å avlaste trykk, tåresubstitutt, øyelokksplastikk.