

Präoperative kardiovaskuläre Risikoeinschätzung

Eine und nur eine Antwort ist jeweils richtig!

- 1** Welche Aussage ist richtig? Als Operationen mit mittlerem kardialen Risiko sind einzustufen...

 - A Eingriffe an Aorta, Karotis und peripheren Gefäßen.
 - B Endoskopien.
 - C Katarakt-OP.
 - D Schilddrüsen-OP.
 - E Eingriffe mit primär geringem Risiko, welche jedoch als Notfalloperation erfolgen.
- 2** Schätzen Sie mit dem „Goldman-Index“ die Operationsletalität bei einem 72-jährigen Mann in reduziertem Allgemeinzustand mit chronischem Vorhofflimmern:

 - A unter 1%
 - B ca. 3%
 - C ca. 15%
 - D 16–30%
 - E mehr als 30%
- 3** Welche Aussage zur präoperativen Diagnostik ist falsch?

 - A Die Sensitivität einer Röntgen-Thoraxuntersuchung zur Diagnose einer Herzinsuffizienz ist relativ gering.
 - B Die ACC/AHA Guidelines zur perioperativen Risikoevaluation empfehlen ein EKG bei asymptotischen Männern mit ≥ 2 kardiovaskulären Risikofaktoren bereits ab 45 Jahren.
 - C Durch die Echokardiographie können mit besonders hoher Sensitivität und Spezifität Pumpfunktionsstörungen und Klappenvitien diagnostiziert werden.
 - D Eine normale Herzgröße im „Röntgenthorax“ schließt eine Herzinsuffizienz nicht aus.
 - E Die Beurteilung der Leistungseinschränkung durch Angina pectoris erfolgt nach der NYHA-Klassifikation.
- 4** Welche Aussage zum NT-proBNP trifft zu?

 - A NT-proBNP ist den Troponinen in der Diagnostik des Akuten Koronarsyndroms überlegen.
 - B Bei normalem Plasmaspiegel des NT-proBNP kann eine Herzinsuffizienz mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden.
 - C NT-proBNP hat niedrige Sensitivität aber hohen positiv prädiktiven Wert bei der Beurteilung der Herzinsuffizienz.
 - D NT-proBNP sollte routinemäßig bei allen Patienten über 60 Jahre präoperativ bestimmt werden.
 - E Schnelltests für NT-proBNP z.B. für die Notaufnahme sind noch nicht verfügbar.
- 5** Welche Aussage ist falsch?

 - A Die häufigsten Verfahren zur nicht-invasiven Ischämiediagnostik sind nach dem Belastungs-EKG Dobutamin-Stressechokardiographie und Dipyridamol-Thallium-Myokardszintigraphie.
 - B Die Echokardiographie erlaubt eine sichere Quantifizierung von Klappenvitien.
 - C Treten Symptome auf, ist die Lebenserwartung bei Aortenstenose bereits deutlich reduziert.
 - D Eine periinterventionelle Anhebung der Herzfrequenz bei Herzinsuffizienz ist gewünscht, da dies zu einer Steigerung des Herzzeitvolumens führt.
 - E Patienten mit Zeichen der manifesten Herzinsuffizienz haben eine bis zu 20%ige Letalität bei größeren nicht-kardialen Eingriffen.
- 6** Welche Aussage trifft zu?

 - A Die Indikation zur PTCA bzw. ACB vor einem nicht-kardialen operativen Eingriff ist generell großzügig zu stellen.
 - B Der Stellenwert einer prophylaktischen Bypass-Operation ist gesichert.
 - C Der ideale Zeitpunkt für eine Operation liegt unmittelbar nach einer Stentimplantation, da die Restenoserate hier am geringsten ist.
 - D Der ideale Zeitraum für eine Operation liegt etwa 30–60 Tage nach Stentimplantation, da Blutungsrisiko und Restenoserate eher gering sind.
 - E Der ideale Zeitpunkt für eine Operation liegt etwa 6 Monate nach Stentimplantation, da durch die nun vollständige Epithelialisierung des Stents die Restenosegefahr am geringsten ist und ASS dauerhaft abgesetzt werden kann.

Fortsetzung auf Rückseite



7 Welche Aussage zur medikamentösen Therapie trifft zu?

- A Eine eindeutige Reduktion des perioperativen Risikos bei Patienten mit KHK konnte bisher nur für β -Blocker gezeigt werden
- B Bradykardisierende und antihypertensive Medikamente sollten präoperativ möglichst ausgeschlossen werden, um operative Bradykardien und Hypotonien zu vermeiden.
- C Statine sind mit keinerlei perioperativer Risikoreduktion verbunden.
- D Kalziumantagonisten haben aufgrund ihrer bradykardisierenden Eigenschaften perioperativ ähnlich günstige protektive Effekte wie β -Blocker.
- E Nitrate haben perioperativ einen gesicherten Stellenwert bei koronarer Herzkrankheit.

8 Welche Aussage ist falsch?

- A Im Gegensatz zur KHK ist der Stellenwert einer perioperativen β -Blockertherapie bei chronischer Herzinsuffizienz derzeit noch unklar.
- B Bei dauerhaft antikoagulierten Patienten sollte der INR-Wert perioperativ möglichst unter 1,5 gesenkt werden, um relevante Blutungen zu vermeiden.
- C Bei Aorteninsuffizienz ist eine relative Tachykardie perioperativ oft gewünscht.
- D Bei Mitralstenose ist die Frequenzreduktion ein wichtiges therapeutisches Ziel.
- E Die Art der Endokarditisprophylaxe ist sowohl vom Herzfehler, als auch von der Art des operativen Eingriffes abhängig.

9 Als mögliche Indikation zur Aortenklappen-valvuloplastie gilt nicht:

- A Kardiogener Schock („Bridging“).
- B Risikoreduktion bei dringlichen nicht-kardialen Eingriffen.
- C Kombiniertes Aortenvitium mit höhergradiger Insuffizienz.
- D Kontraindikation für Klappenersatz.
- E Überbrückung bis zum postpartalen Klappenersatz bei Schwangerschaft.

10 Welche Aussage trifft zu?

- A Die Wiederherstellung des Sinusrhythmus ist einer medikamentösen Frequenzlimitierung bei Vorhofflimmern klar überlegen.
- B Die perioperative β -Blockertherapie bietet einen gewissen Schutz gegenüber Vorhofflimmern.
- C Ventrikuläre Arrhythmien erfordern perioperativ in den meisten Fällen eine medikamentöse Therapie.
- D Ein AV-Block I° ist eine gesicherte Indikation zur passageren Schrittmacherimplantation bei größeren Operationen.
- E Ein kompletter Linksschenkelblock ist eine gesicherte Indikation zur passageren Schrittmacherimplantation bei größeren Operationen.

11 Welche Entscheidung ist falsch?

- A Ein Patient ohne Risikofaktoren bzw. leerer Anamnese hinsichtlich einer KHK kann ohne weitere Testung einer Operation zugeführt werden.
- B Ein Patient mit Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz ohne Anamnese für eine KHK profitiert von einer perioperativen β -Blockertherapie.
- C Ein Patient mit mehr als drei Risikofaktoren für eine KHK sollte vor einer Operation mit hohem Risiko grundsätzlich einer Koronarangiographie zugeführt werden.
- D Auch vollständig revaskularisierte Patienten profitieren von einer perioperativen β -Blockertherapie.
- E Die Entscheidung zur Durchführung einer PTCA oder einer ACB (Aortokoronaren Bypass-Operation) richtet sich primär nach dem Koronarbefund und nicht danach, ob eine nicht-kardiale Operation geplant ist oder nicht.

Teilnahmebedingungen

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie drei Fortbildungspunkte im Rahmen des freiwilligen Fortbildungszertifikates. Hierfür

- müssen 10 der 11 Quiz-Fragen richtig beantwortet sein (bestanden hat auch, wer nicht weniger Fragen richtig beantwortet hat als der Durchschnitt aller Teilnehmer).
- müssen Seite 1 und Seite 2 des Evaluationsbogens vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- muss eine CME-Wertmarke im Feld D (Evaluationsbogen) aufgeklebt oder Ihre DMW-Abonnement-Nummer im Feld D eingetragen bzw. über das Internet eingegeben sein.

Datenschutz

Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung dieser Fortbildungseinheit verwendet. Es erfolgt keine Speicherung der Ergebnisse über die für die Bearbeitung der Fortbildungseinheit notwendige Zeit hinaus. Die Daten der Evaluation werden an die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zur wissenschaftlichen Auswertung übermittelt. Die Angaben zur Person dienen nur statistischen Zwecken und werden von den Adressangaben anonymisiert verarbeitet.

Einsendeschluss ist der 28.7.2004

(Datum des Poststempels bzw. Eingangsdatum der E-Mail). Die Zertifikate werden ab dem 4.8.2004 auf dem Postweg oder per E-Mail versandt. Von telefonischen Anfragen bitten wir abzu-sehen. Die richtige Auflösung des Quiz wird in der DMW Nr. 33/2004 (erscheint am 6.8.2004) veröffentlicht.

