

# CME

## Quiz-Fragen

U. Laufs

### Teilnahmebedingungen

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie drei Fortbildungspunkte. Hierfür

- **müssen 7 der 10 Quiz-Fragen** richtig beantwortet sein.
- **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.**

### **Einsendeschluss ist der 17.3.2007**

*(Datum des Poststempels bzw. Datum der Online-Teilnahme). Die Teilnahme-Bescheinigungen für auf dem Postweg eingesandte Antwortbogen werden innerhalb von 3 Wochen nach Eingang im Verlag versandt. Online-Teilnehmer erhalten eine direkte Rückmeldung mit der Möglichkeit, ein Teilnahme-Zertifikat auszudrucken. Von telefonischen Anfragen bitten wir abzusehen.*

## Stabile koronare Herzerkrankung

### Eine und nur eine Antwort ist jeweils richtig!

- 1** Welches der folgenden Verfahren ist zur **Ischämie-Diagnostik** bei Patienten mit **stabiler KHK** geeignet?
  - A Ruhe-Echokardiographie
  - B Ruhe-EKG
  - C Langzeit-EKG
  - D Troponin T im Serum
  - E Dobutamin-Stress-Magnetresonanztomographie (DSMR)
- 2** Welche Aussage zum **Belastungs-EKG** ist richtig?
  - A Ein Belastungs-EKG ist insbesondere bei Patienten mit einer hohen Vortestwahrscheinlichkeit hilfreich.
  - B Die Sensitivität von Belastungs-EKG-Untersuchungen beträgt etwa 85%.
  - C Die Spezifität schwankt zwischen 50 und 65 %; der positive prädiktive Wert liegt bei 60%.
  - D Ein negatives Belastungs-EKG schließt eine koronare Herzerkrankung weitgehend aus.
  - E Die alters- und geschlechtsspezifische Belastungsstufe wird nur bei etwa einem Drittel der Patienten erreicht
- 3** Welche Aussage ist **nicht** richtig?
  - A Eine Röntgenaufnahme des Thorax ist bei Patienten mit unklarem Thoraxschmerz indiziert.
  - B Eine Röntgenaufnahme des Thorax ist bei Patienten mit klinischen Zeichen oder Symptomen einer Linksherzinsuffizienz indiziert.
  - C Eine Röntgenaufnahme des Thorax ist bei Patienten mit bekannter KHK (Z.n. Stent-Implantation) und typischer Angina pectoris indiziert.
  - D Das Langzeit-EKG ist für eine Ischämiediagnostik nicht indiziert.
  - E Ein Langzeit-EKG kann bei Verdacht auf arrhythmiebedingte Angina pectoris bzw. bei Verdacht auf Prinzmetal-Angina indiziert sein.
- 4** Welche Aussage zur **Koronarangiographie** ist **nicht** richtig?
  - A Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit persistierender stabiler Angina pectoris unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie empfohlen werden.
  - B Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit instabiler Angina pectoris unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie empfohlen werden.
  - C Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit KHK 4-6 Monate nach einer Intervention (CABG oder PCI) empfohlen werden.
  - D Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischer Ischämiediagnostik unabhängig von der Schwere der Angina pectoris empfohlen werden.
  - E Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz bei unbekanntem Koronarstatus empfohlen werden.

Fortsetzung auf Rückseite

**5** Welche Aussage zu Betarezeptorenblockern ist **nicht** richtig?

- A Sie vermindern bei langfristiger Gabe Angina pectoris Symptome und verbessern die Belastungstoleranz.
- B Studien zeigen, dass alle Patienten mit KHK auch ohne Bluthochdruck, Herzinsuffizienz oder Myokardinfarkt von Betablockern in Bezug auf ihre Letalität profitieren.
- C Zur Behandlung der KHK sollten nur  $\beta_1$ -selektive Rezeptorenblocker eingesetzt werden.
- D Die Dosierung sollte auf eine Reduktion der Herzfrequenz in Ruhe auf 55–60 pro Minute titriert werden.
- E  $\beta_1$ -selektive Rezeptorenblocker sind bei Patienten mit KHK und Diabetes mellitus oder COPD nicht kontraindiziert.

**6** Welche Aussage zu den Nitraten ist richtig?

- A Es liegen gute Belege für eine Reduktion klinischer Endpunkte (kardiovaskuläre Morbidität und Letalität) durch Nitrate vor.
- B Schnellwirkende Nitrate sind zur Anfallskupierung das Mittel der 2. Wahl.
- C Es besteht eine synergistische antianginöse Wirkung in Kombination mit Betarezeptorenblockern.
- D Bei Anwendung von Nitratpflastern ist kein Nitrat-freies Intervall erforderlich.
- E Molsidomin eignet sich nur zur Anfallskupierung, nicht dagegen zur Angina-pectoris-Prophylaxe.

**7** Welche Aussage zur KHK Prävention ist **nicht** richtig?

- A Die Wirksamkeit von Nikotin in verschiedenen Darreichungsformen hinsichtlich der Verbesserung der Abstinenzrate ist nachgewiesen.
- B Die Wirksamkeit von Nikotin in verschiedenen Darreichungsformen hinsichtlich der Morbidität der KHK ist nachgewiesen.
- C Das Verhältnis von Bauch- zu Hüftumfang korreliert besser mit dem Herzinfarktrisiko als der Body-Mass-Index.
- D Es wird eine Ernährung empfohlen, die reich an Früchten und mehrfach ungesättigten Fettsäuren ist.
- E Empfohlen wird ein regelmäßiges aerobes Ausdauertraining bei 40–60% der maximalen Leistungsfähigkeit.

**8** Welche Aussage zu Patienten mit manifester KHK ist richtig?

- A Es wird die Grippeimpfung empfohlen.
- B Moderater Alkoholgenuss wird in folgender Menge empfohlen: Männer 60 g/d, Frauen 30 g/d
- C Bier enthält 6–11 g Alkohol /100 ml.
- D Patienten mit Depression sowie fehlendem sozialem und emotionalem Rückhalt sind durch ein höheres genetisches Risiko für arteriosklerotische Komplikationen gekennzeichnet.
- E Es werden unterstützende psychotherapeutische Maßnahmen nach der Blalock-Taussig-Methode empfohlen.

**9** Was ist zur KHK-Prophylaxe sinnvoll?

- A Vitamin C (anti-oxidative Wirkung)
- B Vitamin B<sub>6</sub>, Vitamin B<sub>12</sub> und Folsäure (bei erhöhtem Homozystein-Spiegel)
- C Hormonersatztherapie (für Frauen in der Menopause)
- D Phytotherapie (z.B. bei Tietze-Syndrom)
- E keine der genannten Substanzen

**10** Welche Aussage zur Lipid-Therapie bei manifester KHK ist **nicht** richtig?

- A Bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung wird eine Senkung des LDL-Cholesterins unter 100 mg/dl empfohlen.
- B Die Anpassung der Ernährung ist alleine nicht ausreichend.
- C Die absolute Risikoreduktion durch Statine hängt vom globalen Risiko eines Patienten ab.
- D Patienten mit KHK und LDL-Ausgangswerten < 100 mg/dl (unter Ernährungstherapie) benötigen kein Statin.
- E Der Einfluss von Ezetimib auf klinische Endpunkte ist noch nicht bekannt.

