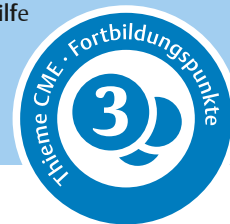


CME-Fragen bei CME.thieme.de



Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
Bitte informieren Sie sich über die genaue Gültigkeitsdauer unter <http://cme.thieme.de>
Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe>
finden Sie eine ausführliche Anleitung.

VNR 2760512017152372944



Frage 1

Welche Aussage zu zellulären Mechanismen der systolischen Herzinsuffizienz trifft nicht zu?

- A Erhöhte myokardiale Wandspannung erhöht die Ausschüttung von BNP aus dem Herzen.
- B Bei Herzinsuffizienz sind die linksventrikulären Füllungsdrücke erniedrigt.
- C Die verringerte renale Perfusion aktiviert das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System.
- D Die Aktivierung des sympathischen Nervensystems bei Herzinsuffizienz geht auf eine Reduktion des Blutdrucks zurück.
- E Bei etwa der Hälfte der Patienten mit einer Herzinsuffizienz liegt eine diastolische Herzinsuffizienz (HFpEF) vor.

Frage 2

Welche Aussage zu zellulären Mechanismen der systolischen Herzinsuffizienz trifft nicht zu?

- A Die natriuretischen Peptide wirken synergistisch zum Renin-Angiotensin-Aldosteron-System.
- B Die neuroendokrine Aktivierung provoziert kardiales Remodeling.
- C Die Antagonisierung der neuroendokrinen Aktivierung verbessert die Prognose bei systolischer Herzinsuffizienz.
- D Die kontraktile Dysfunktion geht auf Störungen der elektromechanischen Kopplung zurück.
- E Patienten mit Herzinsuffizienz haben ein energetisches Defizit des Herzmuskels.

Frage 3

Welche Aussage zu zellulären Mechanismen der systolischen Herzinsuffizienz trifft nicht zu?

- A Bei Herzinsuffizienz kommt es zu Veränderungen der Substratutilisation.
- B Oxidativer Stress kann zu Zelltod und Hypertrophie beitragen.
- C Das gesunde Herz konsumiert vor allem Glukose.
- D Bei Herzinsuffizienz verwendet das Herz mehr Ketonkörper und Aminosäuren.
- E Störungen des Intermediärstoffwechsels tragen zum linksventrikulären Remodeling bei.

Frage 4

Welche Aussage zur neuen Medikamentengruppe der ARNI ist richtig?

- A Typische unerwünschte Wirkungen sind krisenhafte Blutdruckanstiege.
- B Es handelt sich um die Kombination aus 2 Wirkstoffen.
- C Sie sind der erste Wirkstoff, für den in einer großen randomisierten Studie eine Mortalitätssenkung für Patienten mit HFpEF nachgewiesen werden konnte.
- D Therapieprinzip ist der schnellere Abbau der endogenen natriuretischen Peptide.
- E Bei Umstellung von einem ACE-Hemmer auf einen ARNI soll eine Therapiepause von mindestens 7 Tagen eingehalten werden.

Frage 5

Welche Aussage zur Therapie mit Ivabradin bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist falsch?

- A Ivabradin wirkt spezifisch am Sinusknoten.
- B Die zusätzliche Gabe von Ivabradin zu einer leitliniengerechten Herzinsuffizienztherapie führte in der SHIFT-Studie zu einer zusätzlichen Reduktion von Hospitalisierungen.
- C Bei Vorhofflimmern sollte Ivabradin zu einer Betablockertherapie erst bei einer Herzfrequenz > 75/min verabreicht werden.
- D Empfohlen wird Ivabradin nach den aktuellen Leitlinien ab einer LVEF ≤ 35 % nach Optimierung der medikamentösen Therapie.
- E Ivabradin stellt bei Patienten, bei denen eine Kontraindikation für die Gabe eines Betablockers besteht, eine Alternative zur Frequenzkontrolle und -reduktion dar.

Frage 6

Welche Antwort zu Eisenmangel bei chronischer Herzinsuffizienz ist falsch? Eisenmangel

- A ist eine häufige und schwerwiegende Komorbidität bei chronischer Herzinsuffizienz.
- B beeinflusst die körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten negativ.
- C korreliert mit dem Schweregrad der Herzinsuffizienz.

CME-Fragen bei CME.thieme.de

Fortsetzung ...

VNR 2760512017152372944



- D kann aufgrund von Inflammation, einer gestörten Eisenresorption oder durch Blutverluste bei Thrombozytenhemmung bzw. Antikoagulation entstehen.
- E beeinflusst nicht die Morbidität, Hospitalisierungsrate und -dauer der betroffenen Patienten.

Frage 7

Welche Antwort zum Management von Eisenmangel bei chronischer Herzinsuffizienz ist falsch?

- A Ein nachgewiesener Eisenmangel besteht bei Serum-Ferritin $< 100 \mu\text{g/l}$, oder Serum-Ferritin zwischen $100 \mu\text{g/l}$ bis $299 \mu\text{g/l}$ und $\text{TSAT} < 20 \%$.
- B Die ESC-Leitlinien empfehlen, erst bei stationärer Behandlung den Eisenstatus zu erheben.
- C Bei chronisch herzinsuffizienten Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) wird unabhängig vom Vorhandensein einer Anämie empfohlen, eine intravenöse Behandlung mit Eisencarboxymaltose in Erwägung zu ziehen, um die Symptome der Herzinsuffizienz, die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität zu verbessern.
- D Die orale Eisensubstitution ist wegen gastrointestinaler Unverträglichkeit und geringer Resorption häufig nicht effizient.
- E Parenteral zu verabreichende Eisensubstanzen sind indiziert, wenn eine Unverträglichkeit gegenüber oralen Produkten besteht oder der Patient eine orale Eiseneinnahme ablehnt, ein rasches Auffüllen der Eisenspeicher als günstig erachtet wird, eine orale Gabe nicht ausreichend wirksam war oder bei Tumorpatienten mit Chemotherapie- oder tumorbedingter Anämie.

Frage 8

Welche Therapie wird bei Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz und relevanter KHK nach den aktuellen Leitlinien empfohlen?

- A Koronare Bypassoperation zur Prognoseverbesserung
- B Nur optimale medikamentöse Therapie
- C Interventionelle Behandlung von 90%igen Stenosen
- D Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers
- E Implantation eines Herzohr-occluders

Frage 9

Welche Aussage trifft nicht zu? Sie denken an chirurgische Optionen für Herzinsuffizienz bei

- A Patienten mit Herzinsuffizienz und bypassfähiger KHK.
- B Patienten mit einer $\text{EF} \leq 30 \%$ ohne medikamentöse Therapie oder Abklärung von möglicher Devicetherapie.
- C Patienten mit Aortenstenose mit $\text{EF} \leq 30 \%$.
- D Patienten mit hochgradiger funktioneller Mitralinsuffizienz und schwerer Luftnot trotz optimaler medikamentöser Therapie.
- E Patienten mit hochgradiger Aortenklappenstenose und koronarer 2-Gefäß-Erkrankung bei einer $\text{EF} \leq 30 \%$.

Frage 10

Welche Aussage trifft nicht zu? Eine hochgradige Mitralklappeninsuffizienz bei terminal herzinsuffizienten Patienten

- A kann Ursache oder Folge der Herzinsuffizienz sein.
- B stellt immer ein OP Indikation dar.
- C kann die Herzinsuffizienz aggravieren.
- D ist entweder struktureller und funktioneller Genese.
- E kann auch interventionell behandelt werden.