

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

1. Für die AL Amyloidose gilt:

- A. Es handelt sich um intrazelluläre Ablagerungen von Amyloidfibrillen.
- B. Die kardiale Amyloidose ist Prognose bestimmend.**
- C. Eine Therapie ist nicht möglich
- D. Die Hochdosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation ist bei jedem Patienten die Methode der Wahl.

2. Eine interstitielle Nephritis im Rahmen entzündlich rheumatischer Erkrankungen:

- A. ist nie medikamentös induziert
- B. führt in der Regel zu einer terminalen Niereninsuffizienz
- C. kann bei verschiedenen rheumatischen Erkrankungen z.B. Sarkoidose oder Sjögren Syndrom vorkommen**
- D. geht, bedingt durch tubuläre Schädigungen, immer mit einer metabolischen Alkalose einher

3. Welche Aussage zu Empfehlungen nicht-medikamentöser Therapieansätze bei Hypertonikern trifft nicht zu?

- A. kochsalz-reduzierte Kost (<5g/d NaCl)
- B. Gewichtsreduktion bei übergewichtigen/adipösen Hypertonikern (Senkung um ca. 2 mmHg/kg Gewichtsabnahme)
- C. Reduktion des Alkoholkonsums auf <20-30g/d für Männer bzw. <10-20 g/d für Frauen
- D. obst- und gemüsereiche sowie fettreduzierte Kost
- E. Anaerober Kraftsport senkt besser den Bluthochdruck als aerobe Ausdauersportarten**

4. Sekundäre Hypertonie-Formen bieten die Möglichkeit einer kausale Therapie. Welche Aussage trifft?

- A. Eine hypokaliämische Hypertonie mit Hyperkaliurie und metabolischer Alkalose passt zum Bild eines Morbus Conn.**
- B. Zur Abklärung eines Phäochromozytoms wird der Aldosteron/Renin-Quotient bestimmt.
- C. Die Nierenarterienstenose bei jungen Frauen ist meist eine arteriosklerotisch bedingte Stenose.
- D. Eine fehlende nächtliche Blutdruckabsenkung in der 24-Stunden Blutdruckmessung ("non-dipper") ist typisch für das Vorliegen einer essentiellen Hypertonie.
- E. Die renovaskuläre Form der Hypertonie geht mit einer geringeren Renin-Sekretion und -Aktivität einher, was über eine reduzierte Angiotensin II-Bildung zur erhöhten Natrium- und Wasserausscheidung führt.

5. Welche Aussage zur medikamentösen antihypertensiven Therapie trifft zu?

- A. ACE-Hemmer und AT1-Blocker sind ideale Antihypertensiva in der Schwangerschaft.
- B. Beta-Blocker gehören gemäß der Empfehlung der Hochdruckliga nicht mehr zu den Antihypertensiva der 1. Wahl.
- C. Entscheidend für die Regression einer Linksherzhypertrophie ist die Wahl des Antihypertensivums und nicht das Ausmaß der Blutdrucksenkung.
- D. Die Inzidenz eines neu aufgetretenen Diabetes mellitus während einer antihypertensiven Behandlung mit Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Systems ist geringer als bei einer Therapie mit Diuretika oder Beta-Blockern.**
- E. Bei obstruktiven Atemwegserkrankungen sind Beta-Blocker ideale Antihypertensiva.

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

6. Welche Aussage zur arteriellen Hypertonie in der Schwangerschaft trifft zu.

- A In der Schwangerschaft kommt es während der ersten beiden Trimester zu einem Anstieg des arteriellen Blutdrucks, überwiegend durch einen erhöhten peripheren Widerstand durch endothelvermittelte Vasokonstriktion.
- B Normalerweise muss es während der Schwangerschaft zu einem Abfall der harnpflichtigen Substanzen im Serum (mittleres Kreatinin 0,5 mg/dl, mittlere Harnsäure < 4,0 mg/dl) und zu einem Anstieg der Kreatinin-Clearance kommen.**
- C Die schwangerschaftsunabhängige Hypertonie tritt mit einer Häufigkeit von ca. 15% deutlich häufiger als die schwangerschaftsinduzierte (Häufigkeit 1%) Hypertonie auf.
- D Manifestiert sich die art. Hypertonie nach der 20. SSW ohne Proteinurie spricht man von Präeklampsie (PE), bei Auftreten von cerebralen Krampfanfällen vom sog. HELLP-Syndrom.
- E sFlt-1 ist eine frei lösliche Splice-Variante des normalerweise zellständigen VEGF-Rezeptors und sorgt für eine gute Placentation.

7. Die Evidenzlage zur medikamentösen antihypertensiven Therapie in der Schwangerschaft ist deutlich schwächer als bei der essentiellen Hypertonie. Welche Aussage ist richtig?

- A Aufgrund der Erfahrung, dass bei medikamentöser Therapie von milder bis moderater Hypertonie mit Zielblutdruckwerten < 140/90 mmHg fetale Komplikationen provoziert werden, wird in der Regel medikamentös erst bei Blutdruckwerten > 160/110 mmHg behandelt.**
- B Ideale Antihypertensiva in der Schwangerschaft sind ACE-Inhibitoren, AT-Rezeptorblocker und hoch dosierte Diuretika.
- C Gut etablierte Therapieansätze zur Vermeidung der Präeklampsie/ Eklampsie/ des HELLP-Syndroms sind Antioxidantien (Vit. C und E), Ca- und Zink-Supplementation.
- D Bei früher Präeklampsie (< 28. SSW) und bei anamnestisch bekannter Präeklampsie mit fetaler Wachstumsretardierung in früheren Schwangerschaften ist die niedrig dosierte Gabe von Acetylsalicylsäure (50-150 mg/d) ohne Nutzen.
- E Bei der Präeklampsie ist zur Vermeidung einer Eklampsie die Gabe von Magnesium sinnlos.

8. In Anlehnung an den Dialysestandard 2002 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie empfiehlt sich bei der Plasmapherese von Patienten mit thrombotischer Mikroangiopathie welches Vorgehen?

- A mindestens ein Plasma-Volumen gegen fresh frozen plasma (FFP)**
- B mindestens zwei Plasma-Volumen gegen fresh frozen plasma (FFP)
- C mindestens ein Plasma-Volumen gegen Albumin
- D unbedingter Einsatz von Kryopräzipitat-freien FFP mit reduziertem vWF-Multimer-, Fibrinogen- und Fibronectin-Gehalt
- E primärer Einsatz einer 2x täglichen Plasmapherese

9. Welche Aussage zur thrombotischen Mikroangiopathie (TMA) trifft zu?

- A Über 90% der TMAs nach Organtransplantation manifestieren sich erst nach dem 1. Jahr der Transplantation.
- B Bei systemischem Lupus findet sich bei 15-20% der Patienten eine TMA.
- C Eine TMA bei HIV Infektion stellt eine große Rarität dar.
- D Eine Plasmatherapie ist in der Regel bei Malignom-assoziierten TMAs erfolgreich.
- E Eine maligne Hypertonie weist histologisch TMA-typische Veränderungen auf.**

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

10. 35-jähriger Patient stellt sich bei seinem Hausarzt mit Luftnot, atemabhängigen Thoraxschmerzen und massiven Unterschenkel-Ödemen vor. Er berichtet, dass diese im Laufe von 2 Wochen aufgetreten seien. Laborwerte: Kreatinin i.S. 1.0 mg/dl, Eiweiß i.U. 15 g/d, Ablumin 1.9 g/dl
Welche Aussage ist falsch?
- A Eine Nierenbiopsie ist indiziert.
 - B Der Patient hat die klinischen Zeichen eines nephritischen Syndroms.**
 - C Man muss davon ausgehen, dass die Plasma-Cholesterol-Konzentration stark erhöht ist.
 - D Die Luftnot könnte Ausdruck einer Lungenembolie sein.
 - E Eine Antikoagulation ist indiziert.
11. Ein 75-jähriger Patient wird aufgenommen mit einem Kreatinin von 6.5 mg/dl und einem nephritischen Sediment. Der Patient klagt über einen Leistungsknick in den letzten 6 Wochen, ist aber ansonst weitgehend beschwerdefrei.
Welche Aussage ist korrekt?
- A Der Eiweiß-Kreatinin-Quotient im Urin beträgt bei diesem Patient mindestens 3.
 - B Eine Nierenbiopsie ist nur dann zwingend notwendig, wenn der Patient einen erhöhten anti-GMB-Titer hat.
 - C Eine Plasmapherese-Behandlung ist nicht sinnvoll, da der Patient offensichtlich keine Lungenblutung hat.
 - D Extrakapilläre Zellproliferationen (sog. Halbmonde) in der Nierenbiopsie sprechen für eine RPGN.**
 - E Ein nephritisches Sediment spricht primär dafür, dass sich die Nierenfunktion auch ohne Therapie rasch verbessert.
12. Welche Aussage(n) zum Rezidiv der FSGS nach Transplantation ist falsch:
- A Nach Transplantation ist in jedem Fall ein Rezidiv der FSGS zu erwarten.**
 - B Familiäre Formen der FSGS haben nach Transplantation ein niedrigeres Rezidivrisiko.
 - C Eine Proteinurie wird teilweise bereits innerhalb von Minuten nach Transplantation beobachtet.
 - D Eine mögliche Therapieform ist die Plasmapherese.
 - E Das Transplantatüberleben wird durch eine rezidivierende FSGS beeinträchtigt.
13. Beim 19-jährigen Mann werden eine Mikrohämaturie und eine Eiweißausscheidung von 1,5 g/d festgestellt. Die Kreatinin-Clearance beträgt 78 ml/min. Die Nierenbiopsie ergibt eine IgA-Nephropathie. Welches folgende therapeutische Vorgehen ist nach der gegenwärtigen Datenlage zu rechtfertigen?
- A Aggressive Diurese, salzarme Ernährung sowie Senkung des Cholesterins mit Statinen.
 - B Gabe von ACEI/ARB. Bei weiterer Verschlechterung der Nierenfunktion Gabe von Steroiden und Cyclophosphamid nach dem modifizierten Ponticelli-Schema.
 - C Einsatz von ACEI/ARB, bei fehlender Remission der Proteinurie oder Verschlechterung der Nierenfunktion Gabe von Steroide nach dem Pozzi-Schema.**
 - D Fischöl in einer Dosierung von 4 g/d, eventuell Kombination mit ACEI, falls eine komplette Remission der Proteinurie.

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster
Vom 26. bis 30.04.2010

14. Welche Primärerkrankungen können eine sekundäre MPGN auslösen?

- A Lupus erythematodes
- B Nierenzell-Karzinom
- C Hepatitis C
- D HUS
- E alle genannten

15. Was ist ein typisches histologisches Charakteristikum einer MPGN?

- A Glomeruläre Halbmonde
- B Doppelkonturierungen der GBM
- C Lineare Immunfluoreszenz
- D Interstitielle kleinzellige Infiltrate
- E Intraglomeruläre Fibrinthromben

16. Welche Aussage zum Alport Syndrom trifft nicht zu?

- A 80% der Fälle sind X-chromosomal vererbt
- B Weibliche Trägerinnen der Mutation entwickeln in 20-30% bis zu ihrem 60. Lebensjahr eine Niereninsuffizienz
- C Nach Nierentransplantation kommt es häufig zu einem Rezidiv der Grunderkrankung
- D Nach Nierentransplantation kommt es in 3-4% der Fälle zum Auftreten einer anti-GBM-Nephritis
- E Patienten mit dem Syndrom der dünnen Basalmembran können Karrier für das autosomal rezessive Alport Syndrom sein.

17. Die Standard-Induktionstherapie bei aktiver ANCA-assoziiierter Vaskulitis mit schwerer Nierenbeteiligung besteht in der Regel aus:

- A Einer Kombination von Glukokortikoiden und Methotrexat.
- B Einer Monotherapie mit hochdosierten Glukokortikoiden.
- C Einer Kombinationstherapie mit Hochdosis-Glukokortikoiden und Cyclophosphamid.
- D Der Gabe von Hochdosis-Glukokortikoiden in Kombination mit mehrmaligem Plasmaaustausch.
- E Keine, da diese Erkrankungen gewöhnlich einen selbst-limitierten Verlauf zeigen.

18. Welche Aussage zur Amyloidose trifft am ehesten zu?

- A Die autologe Stammzelltransplantation ist eine sinnvolle Therapieoption bei der AL Amyloidose
- B In einer kontrolliert randomisierten Studie mit Eprodisat konnte ein eindeutiger Benefit bei der AL Amyloidose nachgewiesen werden
- C Therapie der ersten Wahl bei AL Amyloidose ist Colchicin
- D Die AL Amyloidose ist in den meisten Fällen mit einem Plasmozytom vergesellschaftet
- E Eine kanadische Multi-Center-Studie zeigte einen klaren Benefit für die Therapie mit Plasmapherese

19. Für die die AA- Amyloidose gilt:

- A Die seltenste Ursache sind entzündlich rheumatische Erkrankungen
- B SAA Spiegel korrelieren mit outcome der Nierenmanifestation
- C Das nephrotische Syndrom ist die einzige renale Manifestation

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

- D Nach Nierentransplantation ist das Transplantatüberleben bei AA-Amyloidose besser als bei anderen renalen Grunderkrankungen
- E ist immer mit krisenhaften Blutdruckanstiegen assoziiert

20. Eine Abnahme der Muskelmasse ist eines der Kardinalkriterien für die Diagnose eines Protein-Energy-Wasting bei Dialysepatienten. Ab welchem Verlust an Muskelmasse besteht starker Anhalt für das Vorliegen eines PEW?

- A 5 % Verlust innerhalb von 3 Monaten
- B 5 % Verlust innerhalb von 6 Monaten
- C 5 % Verlust innerhalb von 9 Monaten
- D 5 % Verlust innerhalb von 12 Monaten

21. Zur Pneumokokkenimpfung ist folgende Aussage richtig:

- A Bei Patienten mit rezidivierenden pulmonalen Infektionen kann die Impfung nachgewiesenermaßen die Hospitalisierungsrate vermindern.
- B In Europa sind die 7-valenten Impfstoffe den 23-valenten vorzuziehen.
- C Die Immunogenität des Impfstoffs ist hoch, Ansprechraten bei Dialysepatienten liegen bei 90%.
- D Die Impfung erfolgt mit 3 Injektionen im Monatsabstand.
- E Alle zugelassenen Impfstoffe sind gleich gut wirksam.

22. Beim Auftreten einer Beuteltrübung

- A liegt immer eine Bauchfellentzündung vor
- B kann zunächst zugewartet und der nächste Auslauf abgewartet werden
- C sollte der Patient unmittelbar mit der Einnahme von Antibiotika beginnen
- D liegt, solange keine Schmerzen bestehen auch keine Bauchfellentzündung vor
- E hat der Patient unmittelbar Kontakt mit seinem Dialysezentrum aufzunehmen.

23. Welche Aussage über Prothesenshunts trifft zu?

- A Patienten mit Prothesenshunts haben keine höhere Mortalität als Patienten mit nativen AV-Fisteln
- B Patienten mit Prothesenshunts haben höhere Infektionsraten als Patienten mit nativer AV-Fistel
- C Patienten mit Prothesenshunts haben höhere Komplikations- und Infektionsraten als Patienten mit getunnelten zentralen venösen Kathetern
- D Patienten mit Prothesenshunts haben höhere Komplikationsraten als Patienten mit Vena basilica Oberarmshunts, der sekundär vorverlagert wurde
- E In Deutschland gibt es anteilig mehr Patienten mit Prothesenshunts als in den USA

24. Prüfen Sie die folgenden Aussagen zum Natriumstoffwechsel. Welche Aussage ist richtig:

- A Hohe Alkoholspiegel machen müde, weil Alkohol ein effektives Osmolyt ist.
- B Niedrige Serum-Proteinspiegel können eine Hyponatriämie vortäuschen.
- C Echte Hyponatriämien gehen mit verminderter Serum-Osmolalität einher.
- D Wenn bei Patienten mit SIADH nach therapeutischer Flüssigkeitsrestriktion die [Na+K] Konzentration im Urin größer ist als die Serum [Na] Konzentration, dann wird sich die Hyponatriämie vermutlich bessern.
- D Hohe Serum-K Spiegel führen zu verminderter Aldosteronfreisetzung.

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

25. Aussagen zum akuten Nierenversagen (ANV). Welche Aussage ist falsch?

- A Die rasche Detektion des prärenalen und postrenalen ANV mit dessen Korrektur ist obligat, da diese in ein irreversibles renales ANV übergehen können.
- B Im Rahmen der diagnostischen Abklärung des ANV dient die Urindiagnostik u.a. der Erkennung von Krankheitsbildern wie der rapid-progressiven Glomerulonephritis.
- C Die Urinindizes zur Differenzierung zwischen prärenalem und ischämischem, renalem ANV werden grundsätzlich nur durch die Tubulusfunktion oder –schädigung beeinflusst.**
- D Risikofaktoren des ANV sind schnell durch Anamnese, klinische und laborchemische Untersuchungen zu detektieren und in der Mehrzahl modifizierbar.
- E Die tubulären und vaskulären Nierenschäden im Rahmen des ANV sind häufig nicht reversible und können zur Entwicklung einer chronischen Niereninsuffizienz führen.

26. Zur Prophylaxe eines Kontrastmittels Induzierten Nierenversagens ist geeignet:

- A i.v.-Gabe von 500 ml Mannitol
- B low dose - Dopamin i.v.
- C Infusion physiologischer Kochsalzlösung**
- D ACE-Hemmer
- E Diuretika i.v.

27. Welche der folgenden immunsuppressiv wirkenden Medikamente ist am wenigsten nephrotoxisch?

- A Mycophenolat mofetil**
- B Cyclosporin
- C Everolimus
- D Tacrolimus
- E Rapamycin

28. Welche Aussage über das Risiko der Entwicklung eines Post-Transplantations-Diabetes ist nicht richtig?

- A Eine Tacrolimus-basierte Immunsuppression ist risikoreicher als eine Cyclosporin -basierte Immunsuppression
- B Ältere Patienten haben ein höheres Risiko als jüngere Patienten.
- C Eine chronische Hepatitis C - Infektion ist mit einem erhöhten Risiko verbunden
- D Hohe Steroid-Dosen sind mit einem erhöhten Risiko verbunden
- E Die Transplantation eines EBV-positiven Transplantates auf einen EBV-negativen Empfänger erhöht das Risiko.**

29. Eine typische Ursache für eine verspätete Funktionsaufnahme ist nicht:

- A Lange warme Ischämiezeit
- B Lange kalte Ischämiezeit
- C Hohes Alter des Spenders
- D Therapie mit CNI-Inhibitoren (z. B. Cyclosporin)
- E De-novo Nierenerkrankung im Transplantat**

30. Keine typische Infektion nach Nierentransplantation ist:

- A Polyomanephropathie
- B CMV-Pneumonie

Anonymer Selbsttest

zum

5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster

Vom 26. bis 30.04.2010

- C Pneumozystis carinii Pneumonie
- D Varizella zoster Erkrankung
- E Rhinitis durch Rhinoviren

31. Bitte bewerten sie welche Antwort richtig ist: Der CMV-Infekt

- A tritt typischerweise nach den ersten 6 Monaten nach Nierentransplantation auf
- B eine CMV-Prophylaxe lohnt sich auch dann, wenn Spender und Empfänger erologisch CMV negativ sind
- C eine CMV Infektion ist ein Risikofaktor für Organabstossungen
- D eine CMV Reaktivierung (positive pp65 Antigenämie oder positive CMV PCR) muss immer medikamentös behandelt werden
- E eine negative CMV PCR und pp65 Antigenämie schließt eine relevante Organbeteiligung immer aus

32. Eine Aussage trifft nicht zu:

- A Hauttumore und Lymphome sind die häufigsten Malignome nach Nierentransplantation
- B Lymphome nach Transplantation (PTLD) sind meist B-Zellymphome und treten gehäuft bei Kindern und EBV-Primärinfektion durch das Transplantat auf
- C Eine Induktionstherapie mit Interleukin 2-Rez-AK vervierfacht das Lymphomrisiko
- D Therapeutische Ansätze bei PTLD sind die Reduktion der Immunsuppression und die Gabe von CD20-AK (Rituximab)
- E Koloncarcinome haben nach Nierentransplantation eine ungünstigere Prognose als im Normalkollektiv

33. Bei einer im Langzeit Verlauf nach Nierentransplantation spät auftretenden chronischen Transplantatdysfunktion kommen typischerweise folgende Differentialdiagnosen in Frage: Welche Aussage trifft zu?

- A Ureternekrose mit Urinom oder Hämatom
- B Akzellerierte Rejektion
- C Hypertensive Nephrosklerose bei schlecht eingestellter Hypertonie oder Nierenarterienstenose
- D Postischämische akute Tubulus Nekrose (ATN)
- E Hyperakute und Akute Antikörpervermittelte Abstoßung (AMR)

34. Ein 35-jähriger Mann mit membranöser Glomerulonephritis hat seit 6 Monaten eine Proteinurie von 8,5 g/Tag und ein Albumin i.S von 1,8 g/dl Welche Aussage trifft zu?

- A Die renale Prognose ist gut
- B Der Patient sollte nach dem Ponticelli-Schema oder mit Cyclosporin-A behandelt werden
- C Eine initiale Behandlung mit Rituximab ist indiziert
- D Nach einer partiellen Remission wird die renale Prognose nicht signifikant verbessert
- E Eine Antikoagulation ist nicht sinnvoll

Anonymer Selbsttest
zum
5. Intensivkurs Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Münster
Vom 26. bis 30.04.2010

35. Bei welchen ANCA assoziierten klinischen Symptomen ist eine Plasmapherese indiziert?

Eine Aussage trifft nicht zu:

- A initiale Dialysepflichtigkeit
- B pulmonale Hämorrhagie
- C Gaumenulzeration**
- D gleichzeitiger Nachweis von anti-GBM-AK i.S.

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!