

**CME-Fragen zur „Fortbildungsreihe Urologie onLINE“**

VNR: 2760552017030720042

Datum: 10.01.18

Thema: Andrologie

Referent: Prof. Dr. Sabine Kliesch, Münster

Frage 1:

Ein seit zwei Jahren verheiratetes Paar (Mann 38, Frau 34 Jahre, gynäkologisch gesund) hat bislang keine Kinder. Welche Empfehlung ist richtig?

- a) Eine Untersuchung des Mannes ist noch nicht erforderlich.
- b) Eine Untersuchung des Mannes ohne Labortests ist ausreichend.
- c) Hoden- , Hormon- und Ejakulatuntersuchung sind sinnvoll.**
- d) Die Ejakulatuntersuchung ist ausreichend.
- e) Die körperliche Untersuchung ist verzichtbar.

Frage 2:

Vor einer Ejakulatuntersuchung zur Infertilitätsdiagnostik muss der Patient auf folgende Verhaltensregeln hingewiesen werden:

- a) Häufig wechselnde Zahl der Sexualpartner.
- b) Sexuelle Karenzzeit von 2 bis 7 Tagen vor der Untersuchung.**
- c) Einnahme von Antibiotika bis zur Untersuchung.
- d) Einnahme von Testosteronpräparaten bis zur Untersuchung.
- e) Häufige Ejakulationen bis 12 Stunden vor der Untersuchung.

Frage 3:

Im Rahmen der Infertilitätsdiagnostik erfolgt eine Medikamentenanamnese. Welche Information ist richtig?

- a) Testosteron führt nicht zu einer Suppression der Spermatogenese.
- b) Dopaminagonisten führen zu einer Prolaktinerhöhung.
- c) Rekombinantes FSH stimuliert die Spermatogenese.**
- d) Antibiotika verbessern grundsätzlich die Samenqualität.
- e) Cisplatin schädigt die Spermatogenese nicht.

Frage 4:

Die Entscheidung für ICSI-Behandlung wird meistens durch die Schwere der männlichen Infertilität mitbestimmt. In welchem Fall ist sie zu empfehlen?

- a) Normozoospermie ohne immunologische Störung.
- b) Vorhandensein von kryokonservierten testikulären Spermien.**
- c) Fehlender Eisprung der Frau bei Normozoospermie Mann.
- d) Erektile Dysfunktion des Mannes.
- e) Vorhandensein einer Varikozele testis.

Frage 5:

Die Fertilitätsstörung aufgrund eines sekundären Hypogonadismus ist durch welche Medikamentenkombination sehr gut behandelbar?

- a) Kombination der Gonadotropine LH und rekombinantes FSH.**
- b) Kombination von Testosteron und FSH.
- c) Kombination von Dihydrotestosteron, LH und FSH.

- d) Kombination von Dopaminagonisten mit Testosteron.
- e) Kombination von LH und Gonadotropin Releasing Hormon.

Frage 6:

Die Diagnose des Hypogonadismus des Mannes basiert auf klinischen Symptomen und Laborbefunden. Welche Befundkonstellation ist wegweisend?

- a) Müdigkeit und erniedrigtes Dihydrotestosteron.
- b) Libidoverlust und normales Gesamt- und freies Testosteron.
- c) Libidoverlust, Erektionsstörung, normales Testosteron.
- d) Libidoverlust, milde Anämie und verminderte Testosteronwerte.**
- e) Erektionsstörung, Osteoporose und normales Testosteron.

Frage 7:

Bei einem gesicherten Hypogonadismus ohne Kinderwunsch ist eine Testosterontherapie indiziert. Welche Testosterontherapie ist zu empfehlen?

- a) Wöchentliche Injektion von 250 mg Testosternenanthat.
- b) Injektion von 1500 bis 5000 IE hCG (LH) zweimal pro Woche.
- c) Anabole Steroide in aufsteigender Dosierung.
- d) Injektio von 1000 mg Testosteronundecanoat alle 6 Wochen.
- e) Tägliche Applikation von 1% oder 2%igem Testosterongel.**

Frage 8:

Die Testosterontherapie macht eine regelmäßige Kontrolle von Sicherheitsparametern erforderlich. Welche Untersuchungen sind jährlich zu empfehlen?

- a) Differentialblutbild, um eine Leukozytose zu erkennen.
- b) MRT der Prostata.
- c) Blutbild, PSA und rektale Palpation der Prostata.**
- d) DHEAS, 17-OHP und Estradiol.
- e) Knochendichtemessung.

Frage 9:

Vor Einleitung einer Testosterontherapie sind Kontraindikationen zu beachten. Welche der Erkrankungen stellt eine absolute Kontraindikation dar?

- a) Leichte BPS Symptomatik
- b) Schlafapnoe
- c) Anämie
- d) Unbehandeltes Prostatakarzinom**
- e) Gynäkomastie

Frage 10:

Eine ♂ Infertilität kann langfristig auch mit einer erhöhten Inzidenz anderer Erkrankungen assoziiert sein. Was ist richtig?

- a) Die Infertilität führt immer zum Keimzelltumor.
- b) Inzidenz des Diabetes mellitus ist erhöht.**
- c) Infertilität und Hypogonadismus schließen sich aus.
- d) Keine erhöhte Inzidenz für einen Hypogonadismus.
- e) Reduziertes Risiko für Prostatakarzinomerkrankungen.