

CME-Fragen zur „Fortbildungsreihe Urologie onLINE“

VNR:

Datum: 10.05.17

Thema: Inkontinenz

Referent: Prof. Dr. med. Daniela Schultz-Lampel

1. Für die Basisdiagnostik der Harninkontinenz gilt:
 - a. Der Patient muss seinen Medikamentenplan dabei haben.
 - b. Das Trink- und Miktionsprotokoll ist richtungsweisend.**
 - c. Fragebögen ersetzen das Arztgespräch.
 - d. Frauen müssen gynäkologisch untersucht werden.
 - e. Der Urin muss nur bei Infektanamnese untersucht werden

2. Bei der weiterführenden Diagnostik der Harninkontinenz gilt:
 - a. Die Bildgebung des unteren Harntraktes muss mit einem MCU erfolgen.
 - b. Die Perineal-/ Introitus-Sonographie ist nicht sinnvoll.
 - c. Eine urodynamische Untersuchung ist überflüssig.
 - d. Vor Inkontinenz-Operationen ist die Urodynamik empfehlenswert.**
 - e. Eine Urethrozytoskopie sollte möglichst vermieden werden.

3. Welche Aussage ist FALSCH? OAB-Symptome...
 - a. Können durch viele Erkrankungen ausgelöst werden.
 - b. Treten nach Östrogenentzug bei Mammakarzinom 14 x häufiger auf.
 - c. Finden sich bei bis zu 61% der Diabetiker.
 - d. Finden sich wegen der Polyneuropathie nie bei Diabetikern.**
 - e. Ohne zugrundeliegende Pathologie sind das OAB-Syndrom.

4. Für die anticholinerge (antimuskarinerge) Therapie bei OAB gilt:
 - a. Sie ist immer noch First-line-Therapie.**
 - b. Ältere Patienten sollten bevorzugt Oxybutynin erhalten.
 - c. Nach 2 Jahren nehmen noch 80% der Patienten ihre Medikation.
 - d. Die beste Therapietreue zeigen Lehrer.
 - e. Sind bei Myasthenia gravis unbedenklich.

5. Keine Therapieoption bei OAB ist:
 - a. Vaginale oder rektale Elektrostimulation
 - b. Perkutane Tibialis Nervenstimulation (PTNS)
 - c. Sakrale Neuromodulation (SNS)
 - d. Vorderwurzelstimulator nach Brindley**
 - e. Botulinumtoxin-A-Injektion in den Detrusor

6. Bei der Therapie mit Botulinumtoxin-A
 - a. Werden bei der i-OAB 200 E Botox in den Detrusor injiziert.
 - b. Muss in >50% der Patienten mit einem ISK gerechnet werden.
 - c. Führt ein notwendiger ISK am häufigsten zum Therapieabbruch.**
 - d. Wird im Langzeitverlauf der Effekt immer schlechter.
 - e. Bleiben im Langzeitverlauf weniger als 20% beim Botox.

7. Welche Aussage zur Therapie der Harninkontinenz ist RICHTIG?
 - a. Änderungen des Lebensstils sind leicht umsetzbar.
 - b. Bariatrische Operationen verbessern alle Inkontinenzformen.**
 - c. Die sakrale Neuromodulation (SNS) wird immer seltener eingesetzt.
 - d. Schwangerschaft bedeutet Deaktivierung der Neuromodulation.
 - e. Ein artifizieller Sphinkter ist bei Frauen keine Option.

8. Womit lassen sich urogenitaler Syndrome in der Menopause nicht verbessern?
- Lokale Östrogensalben
 - Vitamin D-Vaginalsuppositorien
 - Vaginale CO₂-Laser-Applikation
 - Orale Östrogene**
 - Vaginaler Östrogenring
9. Bei der Therapie der Harnbelastungsinkontinenz der Frau:
- Kann auf Beckenbodentraining verzichtet werden.
 - Ist Duloxetin hervorragend verträglich.
 - Sollte bei hohem Leidensdruck sofort operiert werden.
 - Sollte immer auch eine Deszensuskorrektur erfolgen.
 - Haben Rezidivoperationen schlechtere Erfolgsraten.**
10. Bei der operativen Therapie der Harnbelastungsinkontinenz der Frau:
- Sind suburethrale Band-Operationen Goldstandard.**
 - Ist das Perineal-Sono nicht zur Lagekontrolle der Bänder geeignet.
 - Beeinflusst eine Drangsymptomatik nicht den Operationserfolg.
 - Können Bänder keine Blasenentleerungsstörungen auslösen.
 - Werden keine adjustierbaren Bänder eingesetzt.