



Bitte  
beantworten Sie  
die CME-Fragen ab  
jetzt online unter  
[www.elsevier.de/  
therapie-  
handbuch](http://www.elsevier.de/therapie-handbuch)

## Therapie-Handbuch – CME-Fragen zur 16. Nachlieferung

### Fragen zu Kapitel 5 Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen (§ 7.1)

Es ist immer nur eine Antwort zutreffend. **Einsendeschluss ist der 15.12.2012.**

Wenn Sie mindestens 70% der Fragen korrekt beantwortet haben, erhalten Sie 2 CME-Punkte. Bei richtiger Beantwortung von 100% der Fragen bekommen Sie 3 CME-Punkte.

1. **Für die aktuelle Generation der HIV-Suchtests trifft zu:**
  - A) Sowohl HIV-Antigen als auch Anti-HIV-Antikörper werden erkannt.
  - B) Es handelt sich um Nukleinsäureamplifikationsverfahren, z.B. PCR.
  - C) Das diagnostische Fenster liegt bei max. 7 Tagen.
  - D) Aufgrund der hohen Spezifität gilt bei einem positiven Ergebnis die HIV-Infektion als gesichert.
  - E) Auch bei einem negativem Ergebnis 4 Monate nach der möglichen Exposition besteht eine klinisch relevante Wahrscheinlichkeit von > 10%, dass eine HIV-Infektion stattgefunden hat.
2. **Nach der CDC-Klassifikation von 1993:**
  - A) beschreibt „AIDS“ nur das Stadium C3.
  - B) ergibt sich das Stadium der HIV-Erkrankung aus der aktuellen Zahl der CD4-positiven Helferzellen und dem Vorliegen AIDS-definierender Erkrankungen.
  - C) gilt das Auftreten opportunistischer Infektionen nur bei einer Zahl der CD4-positiven Helferzellen von unter 200/µl als AIDS-definierend.
  - D) ist ein Herpes Zoster eine zwar HIV-assoziierte (AIDS related complex), aber nicht AIDS-definierende Erkrankung.
  - E) wird „AIDS“ definiert als das Absinken der CD4-positiven Helferzellen auf < 200/µl.
3. **Grundsätzlich gilt für die Ersttherapie der HIV-Infektion:**
  - A) Der erst seit 2008 verfügbare Integrasehemmer Raltegravir sollte aufgrund mangelnder Langzeitdaten noch nicht primär eingesetzt werden.
  - B) Der Therapiebeginn sollte erst bei Absinken der CD4-positiven Helferzellen < 200/µl erfolgen, um unnötige medikamentenassoziierte Nebenwirkungen zu vermeiden.
  - C) Die Empfehlung zum Zeitpunkt des Therapiestarts der HIV-Infektion berücksichtigt u.a. die Entwicklung des Immunstatus des Patienten, sein Alter, die Viruslast, mögliche Begleiterkrankungen, sowie (trotz der hohen Therapiekosten) den Wunsch des Patienten.
  - D) Üblicherweise reicht eine Fixkombination aus 2 NRTI aus.
  - E) Um ein Fortschreiten des Immundefekts zu vermeiden, sollte nach Sicherung der Diagnose einer HIV-Infektion baldmöglichst mit einer Mehrfach-Kombinations-Therapie begonnen werden (hit hard and early).
4. **Keine empfehlenswerte Medikamentenkombination zum Therapiestart ist:**
  - A) 3TC (Epivir®) + FTC (Emtriva®) + EFV (Sustiva®) + RTV (Norvir®)
  - B) 3TC + ABC (in Kivexa®) + DRV (Prezista®) + RTV (Norvir®)
  - C) 3TC + ABC (in Kivexa®) + EFV (Sustiva®)
  - D) RAL (Isentress®) + TDF + FTC (in Truvada®)
  - E) TDF + FTC (in Truvada®) + ATV (Reyataz®) + RTV (Norvir®).
5. **Für NRTI im Rahmen einer antiretroviralen Kombinationstherapie gilt:**
  - A) Aufgrund der im Vergleich mit Lamivudin kürzeren Halbwertszeit eignet sich Emtricitabin nicht für die einmal tägliche Gabe.
  - B) Aufgrund der im Vergleich zu Zidovudin überlegenen Liquorgängigkeit von Didanosin sollte letzteres bei nachgewiesener Viruslast im ZNS bevorzugt eingesetzt werden.
  - C) Bei Auftreten einer Lipodystrophie unter Tenofovir sollte ein Wechsel auf Stavudin erwogen werden.
  - D) Bei Auftreten einer Makrozytose (MCV > 100 fl) sollte Zidovudin abgesetzt werden.
  - E) Im Falle einer Hypersensitivitätsreaktion muss Abacavir sofort abgesetzt werden, und eine Reexposition des Patienten gegenüber Abacavir darf unter keinen Umständen erfolgen, da tödliche Komplikationen beschrieben worden sind.
6. **Für NNRTI im Rahmen einer antiretroviralen Kombinationstherapie gilt:**
  - A) Aufgrund der ausgeprägten Kreuzresistenz in der Gruppe der NNRTI kommen nach Entwicklung der K103N-Mutation unter Nevirapin als weitere Therapieoption weder Efavirenz noch Etravirin in Betracht.
  - B) Aufgrund des erhöhten Risikos für hepatische Nebenwirkungen sollte Nevirapin zum Therapiestart nicht bei Helferzellzahlen von > 250/µl bei Frauen und > 400/µl bei Männern eingesetzt werden.
  - C) Efavirenz ist aufgrund der minimalen Plazentagängigkeit auch zur Therapie während der Schwangerschaft geeignet.
  - D) Im Vergleich zu NRTI weisen die NNRTI eine kürzere Halbwertszeit auf.
  - E) NNRTI eignen sich besonders zur Therapie einer Infektion mit HIV-2 und HIV-1, Subtyp O.

## Therapie-Handbuch – CME-Fragen zur 16. Nachlieferung

### Fragen zu Kapitel 5 Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen (§ 7.1)

7. **Für PI im Rahmen einer antiretroviralen Kombinationstherapie gilt:**
- A) Aufgrund des geringen Wechselwirkungspotentials eignen sich PI besonders für Patienten mit Medikamenten, die stark durch das hepatische Cytochrom-P450-System metabolisiert werden, wie etwa Rifampicin oder H1-Rezeptorantagonisten.
  - B) Der häufigste Klasseneffekt der PI ist das Auftreten eines Exanthems in den ersten Wochen.
  - C) Der negative Einfluss auf das Lipidprofil ist unter Atazanavir oder Darunavir weniger ausgeprägt als unter Lopinavir oder Tipranavir.
  - D) Indinavir und Nelfinavir eignen sich aufgrund des einfachen Einnahmeschemas besonders für den Therapiestart.
  - E) Ritonavir eignet sich aufgrund seiner ausgeprägten antiretroviralen Wirkung bereits in niedrigen Dosen zum Einsatz im Rahmen einer Medikamentenkombination.
8. **Für neuere Substanzen im Rahmen einer antiretroviralen Kombinationstherapie gilt:**
- A) Enfuvirtid ist durch die einfache Anwendung besonders zum Therapiestart geeignet.
  - B) Maraviroc wird je nach Körpergewicht in Dosierungen von  $2 \times 150\text{--}600$  mg/d angewendet.
  - C) Maraviroc wirkt ausschließlich gegen CCR5-trope HIV-Viren.
  - D) Raltegravir weist eine hohe Resistenzbarriere auf. Allerdings ist ein im Vergleich zu anderen Substanzen eher langsamer Abfall der Viruslast zu beobachten.
  - E) Vor dem Einsatz von Raltegravir muss zwingend eine Empfindlichkeitstestung des Virus erfolgen.
9. **Für Tumorerkrankungen im Rahmen einer HIV-Infektion gilt:**
- A) Aufgrund der infektionsbedingten Immunsuppression können nur dosisreduzierte Chemotherapieschemata angewendet werden.
  - B) Das Kaposi-Sarkom erfordert oft eine Polychemotherapie.
  - C) Das Kaposi-Sarkom ist EBV-assoziiert.
  - D) Der Einsatz von Rituximab zur Behandlung eines NHL sollte bei CD4-positiven Helferzellen von  $> 50/\mu\text{l}$  erwogen werden.
  - E) Die Inzidenz von ZNS-Lymphomen liegt bei Patienten mit HIV-Infektion allenfalls leicht über der der Normalbevölkerung.
10. **Für opportunistische Infektionen im Rahmen einer HIV-Infektion gilt:**
- A) Die 3-mal wöchentliche Gabe von Co-trimoxazol forte ist die Therapie der ersten Wahl bei der Isosporabellinfektion mit gastrointestinalen Symptomen.
  - B) Die hochdosierte Gabe von Co-trimoxazol i.v. ist die Therapie der ersten Wahl bei der schweren Pneumocystis-jiroveci-Pneumonie.
  - C) Die Therapie der CMV-Ösophagitis sollte primär mit Valaciclovir erfolgen.
  - D) Fälle von Histoplasmose treten v.a. im Südwesten Deutschlands auf.
  - E) Für die Pneumocystis-jiroveci-Pneumonie ist eine starke Schleimproduktion charakteristisch.