

Lernerfolgskontrolle

„Biologika und Immuntherapie in Pneumologie, Dermatologie, HNO und Allergologie: Wie integriere ich sie in meine Praxis?“

7. November 2020

LÖSUNGSBOGEN

Frage 1

Welche Antwort ist falsch?

- Der Begriff Ekzem wird Synonym zu Dermatitis verwendet.
- Das atopische Ekzem ist im Kleinkindalter sehr häufig.
- Spongiose ist ein histologisches Merkmal für Ekzeme.
- Lichenifikation findet sich vor allem bei Patienten ohne Juckreiz.**
- Eine Pilzinfektion sollte bei Ekzemen ausgeschlossen werden.

Frage 2

Welche Effloreszenz ist für ein chronisches Ekzem nicht typisch?

- Hyperkeratose
- Erythem
- Schuppung
- Lichenifikation
- X Urtica**

Frage 3

Welche Aussage zur Therapie des atopischen Ekzems ist richtig?

- Ciclosporin ist die Therapie der ersten Wahl.
- Zur Basispflege gehören topische Glukokortikosteroide.
- Topische Calcineurininhibitoren eignen sich aufgrund des fehlenden Atrophierisikos für die Langzeittherapie in sensiblen Arealen.
- Aufgrund des Resistenzrisikos sollten antimikrobielle Therapieprinzipien nicht zum Einsatz kommen.
- X Der Einsatz topischer Glukokortikosteroide mit niedrigem therapeutischem Index ist zu bevorzugen.**

Frage 4

Für eine Hyposensibilisierung durch subkutane Injektion (SCIT) bei Patienten mit Asthma bronchiale wird empfohlen, sie

- nur in den ersten 5 Jahren mit Erfolg durchgeführt werden.
- nicht subkutan durchzuführen werden.
- nur mit Pollenallergenen durchgeführt werden.
- oftmals bereits durch zwei Allergenapplikationen zum Erfolg führen.

X nur durchgeführt werden, wenn die FEV1 über 70% bzw. der PEF über 80% liegen.

Frage 5

Eine 41-jährige Patientin mit Asthma seit dem 33. Lebensjahr steht unter Therapie mit Fluticasonpropionat 500 ug + Salmeterol 50 ug 2x tgl; Tiotropium Respimat 5 ug 1x tgl. Eosinophilenzahl: 480/uL; FVC 100%, FEV1 76% des Sollwertes nach Bronchodilatation. FeNO 18 ppb. Benützt 2 x/Woche Salbutamol wegen Atemnot. Keine Exazerbation im letzten Jahr. Welches Biologikum ist indiziert?

- Mepolizumab oder Benralizumab subcutan
- Reslizumab i.v.
- Dupilumab subcutan

X Keines der aufgezählten Präparate

Frage 6

24-jährige Asthmapatientin, 168 cm/60 kg seit Kindheit allergisches Asthma bekannt. Ganzjährige, saisonal betonte Symptomatik. Asthma ist nicht kontrolliert. Sensibilisierungen: Hausstaubmilbe (D. pter); Birke, Erle, Hasel, Beifuß, Gramineenpollen. Therapie: ICS/LABA in hoher Dosierung, Tiotropium Respimat 5ug, 5 mg Prednisolon tgl. Labor: IgE 5400, Eosinophile 380/uL. Spezifisches IgE pos. (Klasse 3-4) Lieschgras, Birke, D. pter. Welche Zusatztherapie ist indiziert?

- Omalizumab
- X Mepolizumab, Benralizumab oder Reslizumab (Anti IL5)**
- Systemisches Steroid erhöhen
- Keine der aufgezählten Therapien

Frage 7

Welche Aussage zur Behandlung der Chronischen Rhinosinusitis (CRS) während der Covid-19-Pandemie ist FALSCH?

- Systemische Kortikosteroide sollten nur bei Fehlen einer therapeutischen Alternative verschrieben werden.
- Intranasale Kortikosteroide sollten konsistent und regelmäßig in der individuell verschriebenen Dosis verabreicht werden.

X Die Nutzung von intranasalen Steroiden erhöht bei normaler Dosierung die Infektionswahrscheinlichkeit mit SARS-CoV-2.

- Eine Verschlechterung der CRS-Symptomatik kann zur Exazerbation eines vorbestehenden Asthma bronchiale beitragen.

Frage 8

Welche Aussage trifft für eine Biologika-Therapie bei Asthma zu?

- Biologika stehen in Stufe 2 der Asthma-Therapie
- X Eosinophilen-Werte gemäß Zulassungen liegen für Mepolizumab bei $\geq 150/\mu\text{L}$, Reslizumab $\geq 400/\mu\text{L}$ und Benralizumab $\geq 300/\mu\text{L}$**
- für die Therapie mit Omalizumab muss kein IgE-vermitteltes Asthma vorliegen
- mehrfach dokumentierte schwere Asthma-Exazerbationen trotz täglicher Therapie mit hochdosierten ICS, reduzierte Lungenfunktion mit $\text{FEV}_1 \leq 80$ Prozent sind für eine Indikationsstellung nicht erforderlich

Frage 9

Welche Antwort trifft nicht zu?

Biologika für T2-Entzündungen sind

Mepolizumab

Dupilumab

Tancrenumab

Benralizumab

Frage 10

Welche Aussage zur Biologika-Therapie bei CRSwNP trifft zu?

Die bestehenden Zulassungen gelten für Kinder ab 12 Jahren

Eine vorausgehende Nasennebenhöhlen-Operation ist nicht zwingende Voraussetzung zur Indikationsstellung

Eine Begleittherapie mit nasalen Glukokortikoiden sollte vor Beginn beendet werden

Das Therapieintervall sollte zum Behandlungsbeginn bei 4 bis 6 Wochen liegen

Frage 11

Welche Aussage zur Biologika-Therapie bei T2-Entzündungen ist falsch?

Mepolizumab adressiert IL-5

Reslizumab adressiert IL-5

Dupilumab adressiert IL-4 und IL-12

Omalizumab adressiert IgE