

1. Welche Antwort ist falsch?

PCO –Syndrom ist ein:

- 1) heterogenes Krankheitsbild.
- 2) betrifft 5-10% der Frauen im fruchtbaren Alter.
- 3) führt oft zur ungewollten Kinderlosigkeit.
- 4) kann sich durch eine Gewichtszunahme verschlechtern.
- 5) modernes Krankheitsbild bedingt durch unseren Wohlstand.

2. Typische Merkmale des PCO-Syndroms, die in den Rotterdamkriterien berücksichtigt werden sind:

- a) Akne
- b) Zyklusstörungen
- c) Hypertrichose im Gesichtsbereich
- d) Adipositas
- e) polycystische Ovarien

- 1) a+b sind richtig
- 2) a+b+c sind richtig
- 3) a+b+d+e sind richtig
- 4) a+b+e sind richtig
- 5) Alle Antworten sind richtig

3. Zur Differenzialdiagnose des PCO-Syndroms gehört nicht:

- 1) „late-onset“ Adrenogenitales Syndrom (non-classical congenital adrenal hyperplasia NCCAH)
- 2) Klassisches Adrenogenitales Syndrom (classical congenital adrenal hyperplasia CCAH)
- 3) POF (Premature Ovarian Failure)
- 4) Morbus Cushing
- 5) Hyperprolaktinämie

4. Für die Diagnose eines PCO-Syndroms bei den Jugendlichen trifft zu:

- 1) Ca 35% der Jugendlichen haben PCO-Syndrom
- 2) Akne korreliert sehr gut mit Hyperandrogenämie
- 3) Erfassung des Anti-Müller-Hormons ermöglicht die PCOS Diagnose durch praktische Ärzte
- 4) Hirsutismus korreliert nicht gut mit der Hyperandrogenämie
- 5) Alle 3 Hauptmerkmale nach Rotterdamkriterien müssen vorliegen, um die PCOS-Diagnose bei den Jugendlichen stellen zu können

5. Was sind die typischen Laborbefunde im Hormonstatus bei PCOS Patientinnen?

- 1) SHBG ist meistens besonders hoch
- 2) DHEAS ist meistens nicht erhöht
- 3) FSH/LH ist meistens ≥ 1
- 4) Gesamttestosteron liegt meistens $\geq 0,7$ ng/ml
- 5) Prolaktinwert liegt meistens > 50 ng/ml

6. Welche Aussage trifft zu? Autoimmunthyreoiditis:

- 1) ist bei PCOS Patientinnen älter als 30 Jahre oft zu beobachten.
- 2) bedarf keiner Behandlung.
- 3) wird möglicherweise durch eine Jodidgabe induziert.
- 4) Eine Therapie mit L-Thyroxin ist in der Schwangerschaft kontraindiziert.
- 5) Der Sollwert für TSH vor der Schwangerschaft liegt bei $> 2,5$

7. Orale Kontrazeptiva können beim PCO-Syndrom folgendes bewirken:

- 1) einen SHBG Abfall.
- 2) Blutdruckanstieg ist unter Mikropille ($EE_2 < 35\mu\text{g}$) nicht zu befürchten.
- 3) Anstieg vom HDL-Cholesterin und Abfall vom LDL-Cholesterin.
- 4) Besserung der Triglyceridwerte bei Risikopatientinnen.
- 5) Komplette Remission vom androgenetischen Effluvium.

8. Das Laparoskopische Ovarielle Drilling bei PCOS Patientinnen:

- 1) wirkt sich besonders positiv auf die kutanen Androgenisierungserscheinungen aus.
- 2) kann eine prämatüre Ovarialinsuffizienz als Folge haben.
- 3) reduziert nicht das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften.
- 4) bedarf immer eine Zusatzbehandlung mit Clomifen.
- 5) LOD Vorbehandlung bessert die Schwangerschaftsrate nach IVF und sollte immer empfohlen werden.

9. In der Aknebehandlung bei PCOS Patientinnen sind **nicht** ratsam:

- 6) Monophasische Pillen mit Cyproteronacetat.
- 7) Vitamin A Säure Präparate lokal oder systemisch.
- 8) Benzoylperoxid in Kombination mit einem OCP.
- 9) Vitamin A Säure in Kombination mit einem OCP.
- 10) Vitamin A Säure Tabletten in Kombination mit oralen Tetrazyklinen.

10. Was trifft für die Metabolische Komponenten des PCO-Syndroms und die Schwangerschaft zu?

- 11) Nur übergewichtige Frauen haben eine Insulinresistenz.
- 12) Dyslipidämie ist ebenfalls nur bei übergewichtigen Patientinnen zu beobachten.
- 13) Das Risiko für Gestationsdiabetes beträgt 40-50%.
- 14) An der ersten Stelle in der Behandlung einer gestörten Glukose Toleranz stehen Glitazone (Tiazolidindione).
- 15) In der Schwangerschaft haben PCOS Patientinnen im Vergleich zum Normalkollektiv keine zusätzliche Risiken.

Lösungen:

Frage 1	5
Frage 2	4
Frage 3	2
Frage 4	5
Frage 5	4
Frage 6	1
Frage 7	3
Frage 8	2
Frage 9	5
Frage 10	3