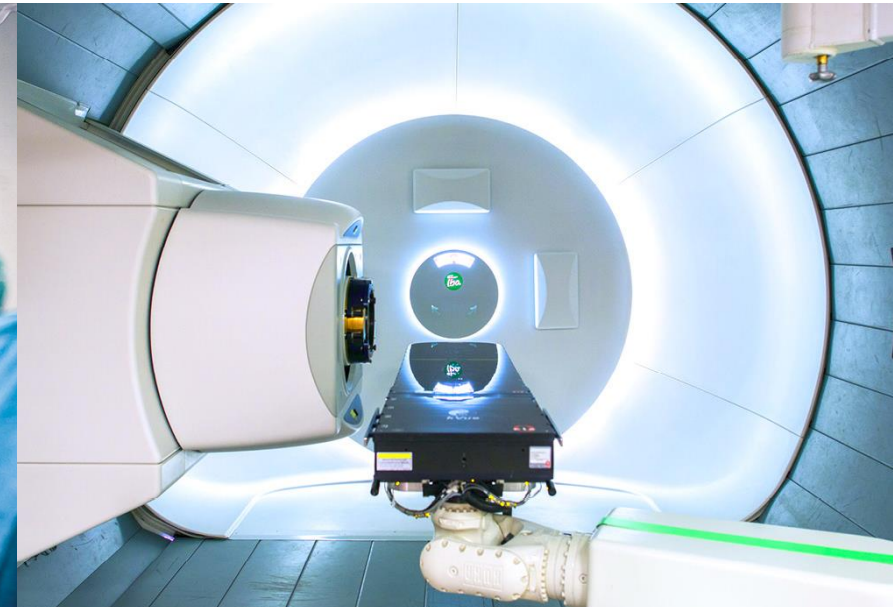


UROlogisch! 6/2021

Abklärung des unerfüllten Kinderwunsches

Multiple Choice Fragen (eine Antwort ist richtig)

VNR:



Name:

EFN-Nummer:

1. Welche Ursachen führen zur Einschränkung der Fruchtbarkeit?

Infektionen des Urogenitaltrakts

Hormonstörungen

Ein unbehandelter uni- oder bilateraler Maleszensus

Eine Einschränkung der Spermienbildung (z.B. nach Chemotherapie)

Alle der oben genannten

2. Was gehört nicht zur andrologische Basisdiagnostik bei der Therapie des kinderlosen Mannes?

Erhebung der (Paar)-Anamnese

Spermiogramm nach WHO 2010

SKIT-MRT

Genetische Diagnostik

Endokrinologische Abklärung

3. Wann soll eine andrologische Abklärung beim unerfüllten Kinderwunsch erfolgen?

Immer nach 3 Monaten.

Spätestens nach 4 Jahren bei ungeschütztem GV ohne Schwangerschaft.

Nach 18 Monaten wenn die Partnerin >35 Jahre alt ist.

Nach 6 Monaten bei Z.n. Mumpsorchitis.

Nach 12 Monaten bei auffälliger gynäkologischer Anamnese.

4. Welche Aussage ist richtig?

Bei der Azoospermie finden sich >39 Mill/Ejakulat.

Es sollen mindestens 2 Ejakulatuntersuchungen im Abstand von 6-12 Wochen erfolgen.

Eine Bestimmung des DNA-Fragmentationsindex (DFI) soll immer durchgeführt werden.

Die Teratozoospermie ist mit <40% an normal geformten Spermien definiert.

Der Normwert für die Verflüssigungszeit beim Spermiogramm beträgt <15 Minuten.

5. Wie ist der testikuläre Hypogonadismus definiert?

FSH erniedrigt, LH erniedrigt, Testosteron erniedrigt.

FSH erniedrigt, LH erniedrigt, Testosteron erhöht.

FSH erhöht, LH normal oder erhöht, Testosteron erniedrigt.

FSH erhöht, LH erniedrigt Testosteron erhöht.

Beta-HCG vermindert, Testosteron normal.

6. Welche Aussage ist falsch?

Eine genetische Abklärung ist bei weniger als 10 Mio. Spermien/ml im Ejakulat empfohlen.

Bei obstruktiver Azoospermie ist eine Analyse des CFTR-Gens indiziert.

Chromosomale Veränderungen finden sich bei ca. 20% der Patienten mit Azoospermie.

Bei gesichertem Meiosearrest der Spermatogenese soll das TAX13-Gen7 untersucht werden.

Bei nicht-obstruktiver Azoospermie ist eine Chromosomenanalyse empfohlen.

7. Wie wird der Hormonmangel bei unerfülltem Kinderwunsch medikamentös behandelt?

Eine regelmäßige Therapie mit Testosteron 200mg/Tag für 6 Monate.

Eine s.c. Gabe von 1500-5000 IE 3x/Woche beim sekundären Hypogonadismus.

Eine i.v. Gabe von 5000 IE FSH beim primären Hypogonadismus.

Ein off-label use mit Anastrozol beim sekundären Hypogonadismus ist empfohlen.

Eine s.c. Gabe von 7500 IE FSH beim primären Hypogonadismus.

8. Welche Aussage bezüglich der Behandlungsindikationen bei Infertilität ist richtig?

Eine andrologische Behandlung soll immer nach assistierter Befruchtung erfolgen.

Eine Varikozelentherapie erfolgt in ca. 2% der Fälle vor einer ART.

Medikamentöse Behandlungen bei Ejakulationsstörungen finden sich bei 5% der Patienten mit unerfülltem Kinderwunsch.

Eine antibiotische Behandlung bei Entzündungen der Samenwege erfolgt bei ca. 1% der Patienten.

Eine Vasovasostomie ist bei 20% der Patienten vor einer assistierten Befruchtung empfohlen.

9. Welche Aussage zur operativen Therapieoptionen stimmt?

Eine Vasovasostomie sollte immer bei Nicht-obstruktive Azoospermie (NOA) durchgeführt werden.

Eine TESE ist nur bei ca. 40% der Patienten mit obstruktiver Azoospermie (OA) erfolgreich.

Die Vasovasostomie ist bei Patienten mit obstruktiver Azoospermie (OA) bis zu 85% erfolgreich.

Eine TESE ist zu 100% erfolgreich bei Patienten mit nicht-obstruktiver Azoospermie (NOA).

Die epididymale Spermienextraktion soll immer bei Patienten mit NOA erfolgen.

10. Welche Aussage ist richtig?

Die Auswahl der ART hängt nur von weiblichen Vorbefunden ab.

Bei Normozoospermie ist eine Fremdsamenspende empfohlen.

Die Auswahl der ART hängt immer von den Vorbefunden beider Partner ab.

Bei OAT Syndrom soll keine ART erfolgen.

Die ART umfasst IVF, IVU, CT.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme