

CME-Fragen bei CME.thieme.de



Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
Bitte informieren Sie sich über die genaue Gültigkeitsdauer unter <http://cme.thieme.de>
Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe>
finden Sie eine ausführliche Anleitung.

VNR 2760512017152372936



Frage 1

Welche Aussage für die operative Nierenteilresektion trifft nicht zu?

- A Der Nierenteilresektion sollte, wann immer technisch möglich, der Vorzug vor der radikalen Nephrektomie gegeben werden.
- B Die postoperative GFR ist in der Langzeitbeobachtung nach einer radikalen Nephrektomie genauso stabil, wie nach einer Nierenteilresektion.
- C Die Nierenteilresektion kann auch minimalinvasiv durchgeführt werden.
- D Bei der minimalinvasiven Nierenteilresektion muss während der Exzision des Tumors häufig eine warme Ischämie angelegt werden.
- E Die Nierenteilresektion kann die Ausbildung eines Urinoms als Komplikation zur Folge haben.

Frage 2

Welche Aussage für die Radiofrequenzablation (RFA) eines Nierentumors trifft zu?

- A Die RFA ist der operativen Nierenteilresektion hinsichtlich onkologischer Langzeitdaten überlegen.
- B Die RFA kann die Ausbildung eines Urinoms als Komplikation zur Folge haben.
- C Die RFA wird als Standardbehandlung für junge, gesunde Patienten mit Nierentumor empfohlen.
- D Bei einer RFA kann ausschließlich per CT vorgegangen werden.
- E Bei der RFA wird als Energie die Radiotherapie verwendet.

Frage 3

Welche der folgenden Aussagen zum Peniskarzinom ist richtig?

- A Organerhalt spielt bei Patienten mit Peniskarzinom keine Rolle.
- B Ein Organerhalt sollte in jedem Fall angestrebt werden.
- C Die operative Versorgung des Primärtumors erfolgt unabhängig vom Stadium.
- D Die Laserablation stellt eine gute Therapieoption für T1-Tumoren dar.
- E Eine topische Chemotherapie erzielt eine Heilung bei fast 100% der Patienten mit Carcinoma in situ.

Frage 4

Welche der folgenden Aussagen zur Therapie des Peniskarzinoms ist falsch?

- A Tumorfreie Schnittränder sind der Schlüssel für einen erfolgreichen Organerhalt.
- B Die Schnittränder können intraoperativ mittels Schnellschnitt untersucht werden.
- C Ein Sicherheitsabstand von mindestens 10 mm ist für alle Tumorstadien anzustreben.
- D Der empfohlene Sicherheitsabstand für T1-Tumoren liegt bei mindestens 3 mm, für T3-Tumoren bei 10 mm.
- E Die empfohlenen Sicherheitsabstände konnten in den aktuellen Leitlinien deutlich reduziert werden.

Frage 5

Welche der folgenden Techniken ist nicht für eine fokale Therapie bei Prostatakrebs geeignet?

- A Kryotherapie
- B Radikale Prostatektomie
- C Hochintensiver fokussierter Ultraschall
- D HEMI-Ablation mittels eines injizierbaren Padeliporfins
- E Seeds

Frage 6

Welche Parameter sind für die Kontrolle der Effektivität einer fokalen Therapie bei Prostatakrebs einsetzbar?

- A PSA-Nadir
- B PSA-Verdopplungszeit
- C MRT allein
- D Standard-TRUS-Biopsien (6- bis 12-fach)
- E Fusionsbiopsien aus dem behandelten Areal + Standardbiopsien

CME-Fragen bei CME.thieme.de

Fortsetzung ...

VNR 2760512017152372936



Frage 7

Welche Aussage zur Früherkennung bei Prostatakrebs ist richtig?

- A PSA entdeckt jeden gefährlichen Tumor.
- B PSA entdeckt nur relevante Tumore.
- C Die Sterblichkeit an Prostatakrebs hat sich trotz PSA-gestützter Früherkennung kaum verändert.
- D Die Studien PLCO und ERSPC haben zu einer Intensivierung der Früherkennung geführt.
- E Auch mit mpMRT ist eine Prostatabiopsie stets unverzichtbar.

Frage 8

Welche Aussage ist richtig? Das "high-risk"-Nicht-Seminom im klinischen Stadium I ...

- A ist definiert durch einen hohen Anteil an Embryonalzellkarzinom (> 50 %) im Primärtumorpräparat.
- B sollte mit 2 Zyklen PEB (Cisplatin, Etoposid, Bleomycin) behandelt werden.
- C hat unbehandelt ein Rezidivrisiko von ca. 45 %.
- D darf nicht mit einer Surveillance-Strategie behandelt werden.
- E hat ein krankheitsspezifisches 5-Jahres-Überleben von 80–85 %.

Frage 9

Welche Aussage ist richtig? Patienten mit einem Seminom im klinischen Stadium I ...

- A haben ein Rezidivrisiko von ca. 30 %.
- B können ihr Rezidivrisiko durch eine Carboplatin-Monotherapie um 90 % senken.
- C lassen sich anhand des Vorliegens einer lymphovaskulären Invasion in eine „low risk“- und eine „high risk“-Gruppe aufteilen.
- D sollten aufgrund des Sekundärmalignomrisikos nur in Ausnahmefällen mit einer Radiatio behandelt werden.
- E sollten bezüglich der Möglichkeit einer adjuvanten Therapie ohne Rücksicht auf ihre individuellen Präferenzen beraten werden.

Frage 10

Welche Aussage zur Therapie des muskelinvasiven Harnblasenkarzinoms ist falsch?

- A Die kurativ intendierte Standardtherapie des nicht-metastasierten, muskelinvasiven Harnblasenkarzinoms ist die radikale Zystektomie mit bilateraler pelviner Lymphadenektomie.
- B Aus Sorge vor einer postoperativen Einschränkung der Lebensqualität infolge sexueller Funktionsstörungen, Inkontinenz oder der potenziellen Notwendigkeit einer Urostomaanlage, fragen Patienten heutzutage oftmals nach Alternativoptionen zur radikalen Zystektomie.
- C Als Alternativoptionen zur radikalen Zystektomie stehen die multimodale bzw. trimodale Therapie, bestehend aus einer extensiven transurethralen Resektion (TUR-B) mit nachfolgender Radio- und Chemotherapie sowie die partielle Zystektomie (Harnblasenteilresektion) mit bilateraler pelviner Lymphadenektomie im Vordergrund.
- D Hinsichtlich der onkologischen Ergebnisse ist die multimodale Therapie der alleinigen Radiotherapie signifikant unterlegen.
- E Rezidive sind in der Mehrzahl nicht invasiv und können somit durch transurethrale Resektion mit ggf. nachfolgender Instillationstherapie beherrscht werden.