

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 2760512017152372894



Frage 1

Welche der folgenden Entitäten gehört nicht zu den Sarkomen?

- A Low-Grade ESS
- B High-Grade ESS
- C Undifferenzierte Uterine Sarkome
- D Leiomyosarkome
- E Karzinom Sarkome

Frage 2

Welche diagnostische Bildgebung sollte initial favorisiert werden?

- A Ultraschall
- B CT
- C MRT
- D PET-CT
- E PET-MR

Frage 3

Welche der folgenden Entitäten hat prinzipiell eine eher günstigere Prognose?

- A Karzinom Sarkome
- B Low-Grade ESS
- C High-Grade ESS
- D Undifferenzierte Uterine Sarkome
- E Leiomyosarkome

Frage 4

Was ist die Therapie der Wahl bei einer VIN 1/LSIL?

- A Die komplette Vulvektomie, unabhängig vom Beschwerdebild der Patientin
- B Die lokale Exzision mit adjuvanter Radiochemotherapie
- C Bei asymptomatischer Patientin sollte eine Laserevaporisation erfolgen.
- D Bei symptomatischer Patientin ist die lokale Therapie mit Panthenol indiziert.
- E Bei asymptomatischer Patientin sind regelmäßige Kontrollen ausreichend.

Frage 5

Welche Aussage zur Lymphonodektomie ist richtig?

- A Die pelvine Lymphonodektomie ist ab einer Infiltrationstiefe von 1 mm empfohlen.
- B Bei pathologisch unauffälligen pelvinen Lymphknoten kann von einer Bestrahlung der pelvinen Lymphknoten abgesehen werden.
- C Es sollten entweder die inguinalen oder die femoralen Lymphknoten reseziert werden.
- D Ab Stadium II C ist eine systematische Lymphonodektomie indiziert.
- E Das Risiko eines Lymphödems nach Lymphonodektomie besteht nicht.

Frage 6

Welcher Anteil der Patientinnen mit Erstdiagnose eines gynäkologischen Malignoms in Deutschland wird jährlich in zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren behandelt?

- A 17,8%
- B 63,1%
- C 28,4%
- D 43,6%
- E 11,7%

Frage 7

Welche Aussage zum Zertifizierungssystem ist falsch?

- A Zertifizierung fördert die zentralisierte Versorgung gynäkologischer Krebspatientinnen
- B Zertifizierung dient der Sicherung der Leitlinien-Adhärenz in den Zentren
- C Zertifizierung beeinflusst das Outcome gynäkologischer Krebspatientinnen nicht
- D In den Zertifizierungsanforderungen ist die Strukturqualität des Zentrums definiert
- E Zertifizierte Zentren sind interdisziplinäre und multiprofessionelle Netzwerke

CME-Fragen bei CME.thieme.de

Fortsetzung ...

VNR 2760512017152372894



Frage 8

Welche Aussage zum Zertifizierungssystem ist falsch?

- A Die psychosoziale Versorgung der Patientinnen ist zentraler Bestandteil des Zertifizierungssystems
- B Qualitätsindikatoren bilden die Umsetzung der Leitlinien-Empfehlungen ab
- C Zertifizierungsergebnisse werden Zentrums-spezifisch veröffentlicht
- D Die Auswertungen der Kennzahlen werden auch an die Leitlinien-Kommissionen zurückgespiegelt
- E Die Zusammenarbeit des Gynäkologischen Krebszentrums mit Dysplasie-Sprechstunden bzw. -Einheiten ist obligat nachzuweisen

Frage 9

Welche Antwort ist falsch? Neu in der aktualisierten Version der S3-Leitlinie Maligne Ovarialtumore ist u.a. folgendes:

- A Die fehlende Evidenz für ein Screening beim Ovarialkarzinom in der Normalbevölkerung bleibt unverändert.
- B Seit 2014 existiert auf Basis der S3-Leitlinie die Patientinnenleitlinie „Eierstockkrebs, ein Ratgeber für Patientinnen“, welche nun auch im Kapitel „Aufklärung über die Behandlung“ als zusätzliche Informations- und Aufklärungsquelle aufgenommen wurde.
- C Aufgrund neuerer Daten und Diskussionen kann davon ausgegangen werden, dass eine absolute Altersgrenze für eine prophylaktische Operation nicht formuliert werden kann
- D Mit Einführen einer neuen WHO-Klassifikation der Tumoren der weiblichen Reproduktionsorgane im Jahre 2014 werden Ovarial-, Tuben- und Karzinome des Peritoneums zusammengefasst und nun gemeinsam klassifiziert.
- E Mit der Zusammenfassung der Tumoren der weiblichen Reproduktionsorgane in der neuen WHO-Klassifikation wird die Lokalisation des Tumorursprungs nicht mehr angegeben.

Frage 10

Welche Antwort zur Rezidivtherapie und Nachsorge bei Malignen Ovarialtumoren ist laut der aktualisierten Version der S3-Leitlinie Maligne Ovarialtumore falsch?

- A In der aktualisierten Fassung der Leitlinie werden die Therapieentscheidungsprozesse unter Beachtung der aktuellen Studienlage, sowie Aspekte der der Patientenpräferenz, Mutationsstatus und Vortherapien skizziert.
- B Patientinnen mit einem high-grade serösen Ovarialkarzinomrezidiv, die auf eine platinhaltige Chemotherapie angesprochen haben, kann eine Erhaltungstherapie mit Olaparib angeboten werden.
- C Für eine Tumortestung muss keine Biopsie des Rezidivs erfolgen, diese kann auch am Tumormaterial von der Primäroperation durchgeführt werden.
- D Die Empfehlung zur Hormontherapie nach behandeltem Ovarialkarzinom wurde aufgrund einer 2015 publizierten randomisierten Phase-III-Studie überarbeitet, es besteht eine strikte Empfehlung.
- E In der neuen Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der Tatsache, dass auch später noch Langzeitnebenwirkungen, Symptome und ein Bedarf an psychologischer Unterstützung bei den Patientinnen vorliegen können, daher Hilfestellungen auch nach den 5 Jahren der klassischen Nachsorge individualisiert angeboten werden sollten.