

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Auf Grund des Beschlusses des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vom 2. Juli 2005 kann das freiwillige Fortbildungszertifikat der BLÄK wie bisher weitergeführt werden; das heißt, Ärztinnen und Ärzte können auf Antrag das freiwillige Fortbildungszertifikat erhalten, wenn sie bei der BLÄK gemeldet sind und innerhalb von maximal drei Jahren mindestens 150 Fortbildungspunkte erwerben und dokumentieren (davon können zehn dieser geforderten Punkte pro Jahr durch Selbststudium erworben werden „Kategorie E“). Die hier erworbenen Punkte sind selbstverständlich auch anrechenbar für das Pflicht-Fortbildungszertifikat.

Weitere Punkte können durch strukturierte interaktive Fortbildung (Kategorie D) gesammelt werden, zum Beispiel erhalten Sie für das Durcharbeiten des Fachartikels „Neues zur Diagnostik und chirurgischen Therapie des Pankreaskarzinoms“ von Professor Dr. Michael Hermann Schoenberg und Dr. Frank Treitschke mit nachfolgend richtiger Beantwortung folgende Punkte (Lernerfolgskontrolle muss komplett beantwortet sein):

einen Punkt bei sieben richtigen Antworten
zwei Punkte bei zehn richtigen Antworten

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.blaek.de.

Unleserliche Fragebögen können nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist nur eine Antwort pro Frage richtig. Die richtigen Antworten erscheinen in der November-Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes.

1. Füllen Sie das Fragen-Antwortfeld aus.
2. Schicken Sie den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag an: Bayerische Landesärztekammer, Redaktion Bayerisches Ärzteblatt, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, oder faxen Sie ihn an die Nummer 089 4147-202.
3. Der Fragebogen wird nach Zertifizierung zurückgeschickt bzw. zurückgefaxt (Rücksendung erfolgt erst nach Einsendeschluss).

Einsendeschluss ist der 30. Oktober 2006.

1. Welche Aussage ist falsch?

- a) Das Pankreaskarzinom macht 3,5 Prozent aller Krebsneuerkrankungen aus.
- b) Das Pankreas malignom ist für 5 Prozent aller Krebstodesfälle verantwortlich.
- c) Das Pankreaskarzinom hat trotz aller Erfolge eine schlechte Prognose.
- d) Prognosefaktoren sind das Alter, das pTNM-Stadium und das Grading
- e) Die Inzidenz des Pankreaskarzinoms nimmt ab.

2. Welche Aussage zur Pathogenese des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- a) Bei der Anamneseerhebung ist die Frage nach Verwandten mit einem gesicherten Pankreaskarzinom zur Entdeckung von Pankreaskarzinomfamilien sehr wichtig.
- b) Die Dauer der chronischen Entzündung der Bauchspeicheldrüse bis zum Auftreten

eines bösartigen Pankreastumors ist nicht entscheidend.

- c) Das Risiko an einem Pankreaskarzinom zu erkranken wird durch Rauchen nicht erhöht.
- d) Die hereditäre Pankreatitis spielt bei der Pathogenese des Pankreaskarzinoms keine Rolle.
- e) Ein Pankreaskarzinom kann sich nur aus einer chronischen Pankreatitis äthyltoxischer Genese entwickeln.

3. Welches der folgenden Syndrome geht nicht mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Pankreaskarzinoms einher?

- a) Hereditäre Pankreatitis
- b) Peutz-Jeghers-Syndrom
- c) FAMMC-PC
- d) FAP
- e) FPC Syndrom

4. Welche Aussage zum Pankreaskarzinom ist richtig?

- a) Wird meist in einem frühen Stadium diagnostiziert.
- b) Ist bei Diagnosestellung in mehr als 70 % der Fälle resektabel.
- c) Es besteht eine perineurale Infiltration und eine frühe Metastasierung in Lymphknoten, Peritoneum und die Leber.
- d) Es dominiert ein azinärer Phänotyp.
- e) Das Pankreaskarzinom weist eine hohe Sensitivität für Chemo- und/oder Strahlentherapie auf.

5. Welche Aussage ist falsch? PanIN und IPMN sind

- a) intraduktale Zellläsionen
- b) bestehen überwiegend aus säulenartig angeordneten Muzin produzierenden Zellen
- c) zeigen eine große Bandbreite zytologischer Atypien und Veränderungen in der Zellarchitektur
- d) sind Vorläufer des invasiven Adenokarzinom des Pankreas
- e) machen beide klinische Symptome

6. Welche Aussage ist falsch? Zur Beurteilung der Resektabilität eines Pankreaskarzinoms ist folgendes Verfahren geeignet:

- a) Computertomographie
- b) Kernspintomographie
- c) FDG-PET
- d) Endosonographie
- e) NMR-Angiographie

7. Für die Diagnostik und das Staging des Pankreaskarzinoms trifft nicht zu?

- a) Die Detektionsrate des Pankreaskarzinoms im Spiral-CT liegt bei etwa 76 bis 92 Prozent.
- b) Die Beurteilung der Gefäßinfiltration ist in der MDTC in mehr als 95 Prozent richtig.
- c) Das MRT ist in der Beurteilung der Resektabilität dem MDCT gleichwertig.
- d) Das MRT ist in der Differenzialdiagnostik für zystische Pankreastumore dem MDCT überlegen.
- e) Die CT-gesteuerte Biopsie ist unsicher und ineffektiv.

8. Welche Aussage zur chirurgischen Therapie des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- a) In chirurgischen Zentren ist die Mortalität niedrig und das Überleben der Patienten höher als in Low-Volume-Zentren.
- b) Die pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion ist der klassischen Whipple'schen Operation nicht gleichwertig.
- c) Die ausgedehnte Lymphknotendisektion verbessert das Überleben nach Pankreaskopfresektion.
- d) Das Überleben der Patienten ist nach R1-Resektion nicht besser als nach R2-Resektion.
- e) Bei Vorliegen einer Gefäßinfiltration liegt stets ein nicht resektabler Pankreastumor vor.

9. Welche Aussage trifft zu?

- a) Bei Vorliegen von Lymphknotenmetastasen besteht keine Indikation zur Resektion des Primärtumors.
- b) Wurde ein fortgeschrittenes nicht resektables Pankreaskarzinom diagnostiziert, sollte die Indikation zur Anlage eines Dop-

pelbypasses (Gallenwege, Magen) überprüft werden.

- c) Das Vorliegen einer singulären Lebermetastase stellt immer eine Kontraindikation zur Entfernung des Primärtumors dar.
- d) Die diagnostische Laparoskopie liefert zusätzliche Informationen zur Beurteilung der Resektabilität.
- e) Im Falle eines Pankreaskarzinomrezidivs besteht stets keine chirurgische Therapieoption.

10. Welche Aussage ist falsch? Für die Prognose des Pankreaskarzinoms gilt:

- a) Die mediane Überlebenszeit ist nach Tumorsektion besser als ohne Operation.
- b) Prognosefaktoren sind der R-Status, das Tumorstadium und das Tumoringradung.
- c) Mikroskopische Tumorreste im Resektionsrand (R1) verkürzen die Lebenserwartung.
- d) Die Prognose ist nach R1-Resektion nicht besser als nach R2-Resektion
- e) Eine adjuvante Chemotherapie verbessert die mediane Überlebenszeit.

Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c	d	e
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				

Zertifizierung

Ihre Antworten schicken Sie bitte an: Bayerische Landesärztekammer, Redaktion Bayerisches Ärzteblatt, Mühlbaurstr. 16, 81677 München, oder faxen Sie an die Nummer 089 4147-202

Veranstaltungsnummer: 2760900872551073034

Platz für Ihren Barcodeaufkleber

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

.....
Name

.....
Berufsbezeichnung, Titel

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort Fax

.....
Ort, Datum Unterschrift

Die Richtigkeit von mindestens sieben Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt.

Bayerische Landesärztekammer, München

Datum Unterschrift