

Fragebogen

1 Wann sollte eine mikrobiologische Resistenztestung von *Helicobacter* vorgenommen werden?

- (A) schon vor der Primäreradikation, um der hohen Resistenzlage Rechnung zu tragen
- (B) bereits nach der ersten erfolglosen Eradikationstherapie
- (C) nach 2 erfolglosen Eradikationsversuchen
- (D) nach 3 erfolglosen Eradikationsversuchen
- (E) eine Resistenztestung ist nicht notwendig, vielmehr sollte sofort nach dem ersten erfolglosen Eradikationsversuch ein Wechsel auf andere Antibiotika erfolgen

2 Welche Aussage zur H.-pylori-Eradikation und seiner Bedeutung im Rahmen der Prävention des Magenkarzinoms trifft nicht zu?

- (A) Als Standardtherapie wird in Deutschland vorzugsweise eine Kombination aus Amoxicillin, Clarithromycin und einem Protonenpumpenhemmer verwendet (Tripeltherapie).
- (B) Ein generelles „Screen-and-Treat“ kann in Deutschland derzeit nicht empfohlen werden.
- (C) Patienten mit einem genau definierten Risikoprofil sollten auf das Vorliegen einer H.-pylori-Infektion getestet und gegebenenfalls eradiziert werden.
- (D) Eine erfolgreiche H.-pylori-Eradikation kann den Progress präneoplastischer Läsionen immer aufhalten.
- (E) Limitierende Faktoren bei der Eradikationstherapie sind vor allem die zunehmende Resistenzentwicklung und die Therapietreue des Patienten.

3 Welche Aussage zum genetischen Risikoprofil von Patienten mit Magenkarzinom trifft zu?

- (A) Hereditäre Faktoren sind für etwa 20 % der diffusen Magenkarzinome ursächlich verantwortlich.
- (B) Aufgrund des dominanten Erbgangs sollten Familienangehörige von Patienten mit Mutation des E-Cadherins immer einem genetischen Screening unterzogen werden.
- (C) Genetische Alterationen können auch ohne Keimbahnmutationen an der Karzinogenese beteiligt sein.
- (D) Hereditär bedingte Magenkarzinome sind in der Regel Adenokarzinome vom intestinalen Typ.
- (E) Die Entstehung hereditärer Magenkarzinome ist keinesfalls mit einer H.-pylori-Infektion assoziiert.

4 Welche Aussage zu serologischen Testverfahren zur Diagnostik des Magenkarzinoms ist richtig?

- (A) Zum „Gastropanel“ gehört die serologische Bestimmung von Gastrin 17, Pepsinogen und Antikörper gegen H. pylori.
- (B) Eine „serologische Biopsie“ ist heute das geeignete Verfahren zum Routinescreening für Magenkarzinome.
- (C) Bei H.-pylori-Infektion sollte immer ein zusätzliches serologisches Screening durchgeführt werden.
- (D) Im Falle einer atrophischen Gastritis sind serologische Untersuchungen ohne Informationsgehalt und nicht zu verwerten.
- (E) Serologische Testverfahren haben das Potenzial, ein endoskopisches Screening zu ersetzen.

5 Welche Therapie ist derzeit in Europa in Kombination mit der Resektion Standard für das lokal fortgeschrittene Magenkarzinom (cT3/4NxcM0)?

- (A) die primäre Resektion ohne weitere chemotherapeutische Maßnahmen
- (B) die neoadjuvante Radiochemotherapie
- (C) die perioperative Chemotherapie
- (D) die adjuvante Chemotherapie
- (E) die adjuvante Radiochemotherapie

6 Welche Aussage im Hinblick auf eine perioperative Chemotherapie bei Patienten mit Magenkarzinom trifft am ehesten zu?

- (A) Eine kombinierte Radiochemotherapie sollte immer mit in Erwägung gezogen werden.
- (B) Durch eine perioperative Chemotherapie wird generell – auch bei fortgeschrittenen Karzinomen (UICC Stadium III/IV) – eine kurative R0-Resektion ermöglicht.
- (C) Die geplanten drei prä- und drei postoperativen Zyklen müssen ohne Ausnahme komplett appliziert werden.
- (D) Eine perioperative Chemotherapie kann die mediane Überlebenszeit verlängern.
- (E) Nach Beginn einer perioperativen Chemotherapie ist eine operative Resektion des Malignoms nicht mehr notwendig.

7 Welche Art der Lymphadenektomie sollte beim Magenkarzinom ab einem Tumorstadium von T1sm am besten durchgeführt werden, da einzelne Subgruppen eindeutig davon profitieren?

- (A) keine Lymphadenektomie
- (B) D1-Lymphadenektomie
- (C) D2-Lymphadenektomie
- (D) D3-Lymphadenektomie
- (E) Sentinel-Lymphknoten-Mapping

8 Welche Methode zur Voraussage von Ansprechen und Prognose besitzt beim Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs bereits klinische Relevanz und wird im Rahmen von Studien frühzeitig zur Individualisierung der Therapie verwendet?

- (A) molekulare Marker
- (B) Endoskopie
- (C) Computertomografie
- (D) FDG-PET
- (E) klinische Symptomatik

9 Welche relevante Kernaussage der REAL-II-Studie trifft am wenigsten zu?

- (A) Oxaliplatin ist Cisplatin in Bezug auf das progressionsfreie Intervall und das mediane Überleben nicht unterlegen.
- (B) Das Toxizitätsprofil von Capecitabin und 5-Fluorouracil ist ähnlich.
- (C) Die jeweiligen Therapieschemata wurden in dieser Studie auch an Adenokarzinomen des Ösophagus untersucht.
- (D) Die besten Behandlungsergebnisse wurden bei Patienten gesehen, die mit einer Kombination aus Epirubicin, Oxaliplatin und Capecitabin behandelt wurden.
- (E) Unter Oxaliplatin zeigte sich eine deutlich höhere Rate an nephrotoxischen Nebenwirkungen als unter Cisplatin.

10 Welche Aussage zu neueren Substanzen/Schemata zur Therapie des Magenkarzinoms trifft am ehesten zu?

- (A) Cetuximab ist seit Kurzem für die First-line-Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms zugelassen.
- (B) Die Behandlung mit Docetaxel in Kombination mit Cisplatin und 5-FU gehört zu den nebenwirkungsärmsten Therapieoptionen.
- (C) S-1 ist ein neueres oral applizierbares Pyrimidinanalogon, welches vor allem in Großbritannien eingesetzt wird.
- (D) Durch eine Kombination von Capecitabin mit 5-Fluorouracil wird dessen Wirksamkeit noch gesteigert.
- (E) Als Alternative zu platinhaltigen Kombinationstherapien sind in Studien auch irinotecanhaltige Therapien mit gutem Ergebnis untersucht worden.

Antwortbogen Online-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>

Fragen zur Person

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

EFN-Nummer

Ich bin Mitglied der Ärztekammer

Jahr meiner Approbation

Ich befinde mich in Weiterbildung zum

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen)

Ich bin tätig als: Assistenzarzt Chefarzt Oberarzt Niedergelassener Arzt Sonstiges:

Lernerfolgskontrolle

(nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

1	A	B	C	D	E	6	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	7	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E	8	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E	9	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E	10	A	B	C	D	E

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe.

Ort/Datum

Unterschrift

Feld für CME-Wertmarke

Bitte hier Wertmarke aufkleben,
Abonnenten bitte Abonummer eintragen

Teilnahmebedingungen der zertifizierten Fortbildung

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern. Die CME-Beiträge der Zeitschrift **klinikarzt** wurden durch die Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Hierfür:

- müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet sein.
- muss die oben stehende Erklärung sowie die Evaluation vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- muss Ihre Abonnenummer im entsprechenden Feld des Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

Ihr Ergebnis

(wird vom Verlag ausgefüllt)

Sie haben von Fragen richtig beantwortet und somit bestanden und 3 Fortbildungspunkte erworben nicht bestanden.

Stuttgart, (Stempel/Unterschrift)

Didaktisch-methodische Evaluation

1 Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit

- häufig vor selten vor regelmäßig vor gar nicht vor

2 Bezüglich des Fortbildungsthemas gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages

- eine feste Gesamtstrategie keine Strategie noch offene Einzelprobleme:

3 Bezüglich des Fortbildungsthemas

- fühle ich mich nach dem Studium des Beitrages in meiner Strategie bestätigt
- habe ich meine Strategie geändert:
- habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet
- habe ich keine einheitliche Strategie ableiten können

4 Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas

- nicht erwähnt? Ja / Nein – wenn ja, welche:
- zu knapp abgehandelt? Ja / Nein – wenn ja, welche:
- überbewertet? Ja / Nein – wenn ja, welche:

5 Verständlichkeit der Beiträge

- Die Beiträge sind nur für Spezialisten verständlich Die Beiträge sind auch für Nicht-Spezialisten verständlich

6 Beantwortung der Fragen

- Die Fragen lassen sich aus dem Studium der Beiträge allein beantworten
- Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten

7 Die Aussagen der Beiträge benötigen eine ausführlichere Darstellung

- zusätzlicher Daten von Befunden bildgebender Verfahren die Darstellung ist ausreichend

8 Wieviel Zeit haben Sie für das Lesen der Beiträge und die Bearbeitung des Fragebogens benötigt?

- Minuten

CME-Wertmarken (für Teilnehmer, die den **klinikerarzt** nicht abonniert haben) können beim Verlag zu folgenden Bedingungen erworben werden: 6er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 63,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901916; 12er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 99,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901917. Bitte richten Sie Bestellungen an: Georg Thieme Verlag KG, Kundenservice, Postfach 301120, 70451 Stuttgart.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antwortbogen und einen an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den Georg Thieme Verlag KG, CME, Joachim Ortleb, Postfach 301120, 70451 Stuttgart. Einsendeschluss ist der **4. August 2009** (Datum des Poststempels). Die Zertifikate werden spätestens drei Wochen nach Erhalt des Antwortbogens versandt. Von telefonischen Anfragen bitten wir abzusehen.