

CME-Fragen zur „Fortbildungsreihe Urologie onLINE“

VNR:

Datum: 12.04.17

Thema: Nierentumor

Referent: Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm, Jena

1. Welche Aussage zur operativen Therapie des Nierenzellkarzinoms ist lt. S3-Leitlinie FALSCH?
 - a. Es ist die einzige kurative Therapieoption
 - b. Bei laparoskop. Tumornephrektomie ist Blutverlust höher
 - c. Offene Tumornephrektomie: längerer Klinikaufenthalt
 - d. Standardtherapie: Offene Nierenteilresektion
 - e. Nierenteilresekt. kann bei Erfahrung minimal-invasiv sein

2. Welche Aussage zur adjuvanten Therapie mit VEGF-Rezeptor TKI nach kurativer intendierter Resektion eines Nierenzellkarzinoms ist RICHTIG?
 - a. Bei Adjuvanten Setting: VEGF-Rezeptor TKI gut verträglich
 - b. Adjuvante Therapie für High-Risk Tumoren empfohlen
 - c. Adjuvante Therapie wird allgemein empfohlen
 - d. Sutent adjuvant verlängert krankheitsfreies Überleben
 - e. Sutent adjuvant verlängert das Gesamtüberleben

3. Welche Aussage zur zytoreduktiven Tumornephrektomie (zTN) ist FALSCH?
 - a. Mehr Komplikationen gegenüber nicht-metastasiertem RCC
 - b. Signifikanter Überlebensvorteil in Kombination mit IFN
 - c. zTN: Überlebensvorteil der auch in der TKI-Ära
 - d. zTN+VEGFR-TKI: Vorteil vor allem bei hohem Risiko (Heng)
 - e. zTN+VEGFR-TKI: sign. Vorteil bei low/intermed. Risiko

4. Zu den Heng-Kriterien (IMDC) gehört NICHT:
 - a. Karnofsky Performance Status
 - b. Hämoglobin
 - c. Korrigiertes Serum-Kalzium
 - d. Thrombozyten und Neutrophilen-Anzahl
 - e. LDH

5. Welche Aussage zur Erstlinientherapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms nach S3-Leitlinie ist FALSCH?
 - a. Verabreichung VEGF-Rezeptor TKI: regelmäßige RR-Kontrollen
 - b. Low/intermed. Risiko nach MSKCC: Pazopanib
 - c. Low/Intermed. Risiko nach MSKCC: Sunitinib
 - d. Low/Intermed. Risiko nach MSKCC: Bevacizumab+Interferon
 - e. Ungünstiges Risiko nach MSKCC: Everolimus

6. Welche Aussage zur Zweitlinientherapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms nach S3-Leitlinie ist FALSCH?
 - a. Nach VEGF basierter Therapie: Cabozantinib (soll)
 - b. Nach VEGF basierter Therapie: Nivolumab (soll)
 - c. Nach VEGF basierter Therapie: Lenvatinib+Everolimus (soll)
 - d. Nach Sunitinib/Zytokinen: Axitinib (kann)
 - e. Nach Zytokinen: Sorafenib/Pazopanib (kann)

7. Folgende Aussage zum „onkologischen Outcome“ einer Therapie mit Nivolumab nach 1 oder 2 vorausgegangenen antiangiogenetischen Therapien ist FALSCH?
- a. Die objektive Ansprechrate liegt bei 25 %
 - b. PFS gegenüber Everolimus auf 8,8 Mon. verdoppelt**
 - c. Die mediane Überlebenszeit liegt etwas über 2 Jahren
 - d. Bei Therapie kommt es zu Verbesserung der Lebensqualität
 - e. Grad 3/4 Nebenwirkungen bei ca. 1 von 5 Patienten
8. Welche Aussage zum Ansprechen auf die Therapie mit Nivolumab ist FALSCH?
- a. Etwa ein Drittel der Patienten ist primär progredient
 - b. Es werden gelegentlich Pseudoprogessionen beobachtet
 - c. Remissionen treten meist innerhalb von 16 Wochen auf
 - d. Immer sofortiger Therapiewechsel bei Grad 4 Nebenwirkungen**
 - e. Stabile Erkrankung: Therapie fortsetzen
9. An welchem Organsystem treten am häufigsten immunvermittelte Toxizitäten unter Nivolumab auf?
- a. Haut**
 - b. Magen/Darmtrakt
 - c. Lunge
 - d. Niere
 - e. Endokrinium
10. Welche Aussage zur immunvermittelten Diarrhoe/Colitis ist FALSCH?
- a. Mikrobiolog. Stuhluntersuchung ist nicht erforderlich**
 - b. Colitis-Zeichen: Abd.Schmerzen, rekt. Blut-/Schleimabgang
 - c. Ab Stuhlfrequenz von 4-6/Tag: Nivolumab pausieren
 - d. Diarrhoe/Colitis Grad 3 trotz Nivo-Pause: Corticosteroide
 - e. Keine Besserung bei Colitis trotz Cortison: Infliximab