

**CME-Fragen zur „Fortbildungsreihe Urologie onLINE“**

VNR:

Datum: 09.08.17

Thema: Peniskarzinom

Referent: Prof. Dr. med. Peter Schneede

1. Die WHO unterscheidet 2016 in der Klassifikation erstmalig Peniskarzinome:
  - a. Nach Aggressivität aufgrund HPV-Typ
  - b. Nach Genese mit/ohne HPV-Assoziation
  - c. Nach therapeutischer HPV-Impfbarkeit
  - d. Nach HPV-Typen verschiedener Kontinente
  - e. Nach High risk- und Low risk-HPV-Typen
  
2. Was charakterisiert Peniskarzinome epidemiologisch im weltweiten Vergleich?
  - a. Inzidenzen und Prävalenzen sind vergleichbar hoch.
  - b. Sie sind in Entwicklungsländern seltener.
  - c. Sie sind auf der nördlichen Erdhalbkugel häufiger.
  - d. Sie sind ab dem 60. Lbj. weltweit am häufigsten.
  - e. Sie sind in Südamerika altersunabhängig
  
3. Zum Schutz vor Peniskarzinomen kann hierzulande empfohlen werden:
  - a. Die Beschneidung aller männlichen Erwachsenen.
  - b. Die HPV-Impfung männlicher Kinder und Jugendlicher.
  - c. Die altersunabhängige Beschneidung aller Phimosen.
  - d. Die Fortführung etablierter Krebsvorsorgeprogramme.
  - e. Die Vermeidung bestimmter Sexualverhaltensweisen.
  
4. Verlässliche Aussagen zum Peniskarzinom sind dem Pathologen allgemein möglich zum:
  - a. T-Stadium am R0-Amputationspräparat.
  - b. Grading am Standard-HE-Schnittpräparat.
  - c. Lymphknotenstatus am Sentinel-Lymphknoten.
  - d. Befund lymphovaskulärer Invasion am Schnellschnitt.
  - e. Sicherheitsresektionsrand am Tumoreilexizidat.
  
5. Als eindeutig negativen Prognosefaktor des Peniskarzinoms werten Pathologen:
  - a. P16 INK 4a Transformationsmarker
  - b. Ki-67 Proliferationsmarker
  - c. P53 Zellzyklusregulatormarker
  - d. HPV-Subtypisierungsbefunde
  - e. Extranodalen Lymphknotenbefall
  
6. Wie können Radiologen beim Peniskarzinom die Primärdiagnostik verbessern?
  - a. Mit CT-Becken/Abdomen zum allgemeinen Primär-Staging.
  - b. Mit MRT-Penis bei geplanter Penis-Teilamputation.
  - c. Mit FDG-PET-CT bei nicht tastbaren Lymphknoten.
  - d. Mit PET-CT bei gesicherten Lymphknotenfiliae.
  - e. Mit CT-Thorax/Abdomen bei palpablen Lymphknoten.

7. Die Behandlungsstrategie beim Peniskarzinom folgt heute dem Grundsatz:

- a. Soviel Sicherheitsabstand wie möglich (mind. 2cm).
- b. So wenig Sicherheitsabstand wie möglich (höchst. 3mm).
- c. Immer Primäre Tumorfreiheit erreichen (R0).
- d. Immer lokale Tumorezidive vermeiden.
- e. Organ-/Funktionserhalt sind nachrangig.

8. Die EAU-Leitlinie zum Peniskarzinom empfiehlt therapeutisch:

- a. 5-FU/Imiquimod zur Primärtherapie aller Penistumore.
- b. Neoadjuvante Chemotherapie bei allen Penistumoren.
- c. Amputationsverfahren bei allen metastasierten Tumoren.
- d. Organerhaltende Chirurgie aller oberflächlicher Tumore.
- e. Penis-Teilamputationen aller invasiver Glanstumore.

9. Beim Lymphknotenmanagement empfiehlt die EAU-Leitlinie:

- a. Nicht palpable Lymphknoten gelten primär als tumorfrei.
- b. Nicht palpable Lymphknoten sind nur zu kontrollieren.
- c. Palpable Lymphknoten gelten primär als metastasensuskpekt.
- d. Exulzierierende Lymphknoten sind kurativ resezierbar.
- e. Inguinale und pelvine Lymphknoten gleichzeitig resezieren.

10. In der organerhaltenden Penistumorchirurgie gelten heute anerkannt:

- a. Laserkoagulationen oberflächlicher Glans-Tumore.
- b. Laservaporisation von Buschke-Löwenstein-Tumoren.
- c. Glans resurfacing bei pT3-Meatus-Tumoren.
- d. Glansektomie bei CIS-Befund am Sulcus coronarius.
- e. Parachute-Technik bei Penis-Totalamputation.