



Bitte
beantworten Sie
die CME-Fragen ab
jetzt online unter
[www.elsevier.de/
leitlinien-paediatrie](http://www.elsevier.de/leitlinien-paediatrie)

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 19. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel L Onkologie (L3) und S Kinderchirurgie (S36 und S110)

Es ist immer **nur eine Antwort pro Frage** zutreffend. **Einsendeschluss ist der 13.12.2010.**

Wenn Sie mindestens 70% der Fragen korrekt beantwortet haben, erhalten Sie **2 CME-Punkte**.

Bei richtiger Beantwortung von 100% der Fragen bekommen Sie **3 CME-Punkte**.

1. **Welche Aussage ist richtig? PNET gehören zur Familie der Ewing-Sarkome. Sie ...**
 - A ... zeichnen sich durch neuronale Differenzierung aus und sollten deshalb einem anderen Therapiekonzept zugeführt werden als klassische Ewing-Sarkome.
 - B ... treten bevorzugt im Zentralnervensystem auf.
 - C ... haben eine schlechtere Prognose als klassische Ewing-Sarkome.
 - D ... sind histopathologisch als hochmaligne (G3) klassifiziert.
 - E ... tragen nur selten die Ewing-spezifische Translokation t(11;22).
2. **Welche Aussage zur Diagnostik von Ewing-Sarkomen ist richtig?**
 - A Die Diagnose Ewing-Sarkom kann gestellt werden, wenn die klassischen radiologischen Zeichen vorliegen und das Biopsat einen typischen klein-blau rundzelligen Tumor zeigt.
 - B Die Positronen-Emissionstomographie ist als nicht-invasives diagnostisches Verfahren zur Erfassung von Metastasen evaluiert.
 - C Eine invasive Knochenmarkpunktion wird nur bei Patienten mit bildgebend nachgewiesener Fernmetastasierung durchgeführt.
 - D Das Ganzkörper-MRT ist eine ideale Staging-Methode, weil es weitere Schnittbilduntersuchungen erspart.
 - E Bei der Planung der Biopsie muss berücksichtigt werden, dass der Biopsiekanal als tumorkontaminiert gilt und bei der späteren Lokaltherapie mitrezeptiert und/oder mitbestrahlt werden muss.
3. **Welche Aussage zur Therapie von Ewing-Sarkomen ist richtig?**
 - A Lokalisierte, differenzierte Tumoren der Ewing-Familie sollten nur lokaltherapeutisch behandelt werden.
 - B Ewing-Sarkome zeichnen sich durch eine hohe Strahlensensibilität aus, so dass die Strahlentherapie die Lokaltherapie der Wahl ist.
 - C Die Prognose von Stadium-IV-Ewing-Sarkomen konnte durch den Einsatz der Hochdosistherapie mit nachfolgender autologer Stammzelltransfusion nachhaltig gebessert werden.
 - D Die operative Therapie sollte immer an einem spezialisierten Zentrum erfolgen.
 - E Ewing-Sarkome werden generell einer multimodalen Lokaltherapie, bestehend aus Operation und Strahlentherapie, zugeführt.
4. **Welche Aussage ist richtig?**
 - A Das Ewing-Sarkom ist typischerweise eine Erkrankung des Jugendalters.
 - B Die häufigste Lokalisation des Ewing-Sarkoms sind die langen Röhrenknochen.
 - C Pulmonale Metastasen sind der prognostisch ungünstigste Faktor.
 - D Bei ca. 20% der neu diagnostizierten Patienten ist das Ewing-Sarkom eine Systemerkrankung.
 - E Sofern unter Therapie alle Vorgaben der Therapieanweisungen einer kontrollierten Studie befolgt werden, ist das Risiko der Entwicklung von Spätfolgen zu vernachlässigen.

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 19. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel L Onkologie (L3) und S Kinderchirurgie (S36 und S110)

5. **Welche Aussage ist bezüglich der Nachsorge von Ewing-Sarkom-Patienten richtig?**
- A In den ersten drei Jahren nach Diagnosestellung sollte nur ein Rezidivmonitoring erfolgen, da in dieser Zeit das Rezidivrisiko am höchsten ist.
- B Die Nachsorge sollte bis zu fünf Jahren nach Therapieende erfolgen, da nach Erreichen des 5-Jahres-Überleben Tumorrezidive und Organspätfolgen nicht mehr zu erwarten sind.
- C Kritische Organe, an denen Langzeit- und Spätfolgeschäden zu erwarten sind, sind Herz, Nieren und Gonaden.
- D Pädiatrische Patienten sollten gemäß den Empfehlungen der pädiatrisch-onkologischen Fachgesellschaft nachgesorgt werden, während bei Patienten über 18 Jahren eine weniger intensive Nachsorge ausreicht.
- E Die Positronen-Emissionstomographie ist ein evaluierter, fester Bestandteil der Ewing-Sarkom-Nachsorge, da sie die Möglichkeit bietet, einen vitalen Tumor von avitalem Narbengewebe zu unterscheiden.
6. **Welche Aussage bezüglich der Gradeinteilung ist richtig?**
- A Primär wird die Fläche meist unterschätzt und die Tiefe überschätzt.
- B Grad 2a ist gekennzeichnet durch eine fetzenförmige Epidermolyse, Blasenbildung und einen weißlichen, feuchten Wundgrund. Die Rekapillarisation ist gestört und die Hautanhangsgebilde sind partiell vorhanden. Der Schmerz ist mäßig.
- C Oft treten mehrere Stadien parallel mit fließenden Übergängen bei einem Patienten auf.
- D Schmerzen sind zur Unterscheidung der Verletzungstiefe Grad 2a und 2b im Kindesalter gut geeignet.
- E Blasenbildung ist ein typisches Zeichen für Grad 3.
7. **Welche der folgenden Aussagen ist richtig?**
- A Neben der Einleitung einer adäquaten Volumentherapie und Analgosedierung ist vor Ort mit einer antibiotischen Therapie zu beginnen.
- B Innerhalb der ersten 30 Minuten sollte mit kaltem Wasser (< 15 °C) vor Ort für 10–20 min gekühlt werden.
- C Während der Kühlung betroffener Areale ist die Körperkerntemperatur des Patienten nicht zu beachten.
- D Bei großflächigen Verletzungen über 15% KOF, bei Kleinkindern, Säuglingen, Neugeborenen, bei intubierten und beatmeten Patienten ist auf die Kühlbehandlung zu verzichten, da eine Hypothermie signifikant mit einer erhöhten Letalität einhergeht.
- E Peripher wirkende Analgetika zeigen in der Primärversorgung alleine eine ausreichende Analgesie und eine Kombination mit Opiaten ist nicht erforderlich.
8. **Welche der folgenden Aussagen ist richtig?**
- A Die Behandlungsrichtlinien richten sich nach Ausdehnung und Tiefe der Verletzungen.
- B Ein Kind unter einem Jahr mit einer Verbrühung Grad 2a von 6% KOF kann ambulant behandelt werden.
- C Das Ausmaß einer thermischen Verletzung spielt für die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist keine Rolle. Es ist alleine die Beurteilung der Tiefe entscheidend.
- D Zur exakten Beurteilung der Flächenausdehnung kann im Kleinkindesalter die 9er-Regel angewendet werden.
- E Die Flächenausdehnung kann mit der Handflächenregel abgeschätzt werden, dabei beträgt die Handfläche des Untersuchers mit Finger 1% KOF.
9. **Welche Aussage ist falsch?**
- A Bei Grad 2a wird eine operative tangentielle Exzision bis in punktuell blutende Dermisanteile durchgeführt.
- B Bei Verbrühungen oder Verbrennungen dritten Grades an den Extremitäten oder am Hals bzw. Rumpf, die mindestens $\frac{2}{3}$ der Zirkumferenz betreffen oder zirkulär sind, ist die Indikation zur Escharotomie zu überprüfen.
- C Bei zweitgradigen Verbrühungen kann die eindeutige Demarkierung, je nach Lokalisation, 2–3 Wochen abgewartet und bis dahin konservativ behandelt werden.
- D Bei der Escharotomie wird die verbrannte Haut mittels definierter Schnittführung durchtrennt.
- E Bei Verbrennungen Grad 2b und Grad 3 sollte noch am Aufnahmetag mit der Nekrektomie verbrannter Hautareale begonnen werden.
10. **Welche Aussage ist falsch?**
- A Auf Mesh-Transplantate sollte möglichst verzichtet werden, dies gilt besonders im Gesicht-/Halsbereich, am Dekolleté und an den Händen und Füßen.
- B Eine Spalthautentnahme am Kopf ist kosmetisch sehr günstig, die Transplantatdicke beträgt mindestens 0,2 cm.
- C Die Kompressionsgarnitur ist außer zur Körperpflege, Lymphdrainage und Narbenmassage kontinuierlich zu tragen.
- D Die Kompressionsbehandlung beginnt unmittelbar nach der vollständigen Abheilung.
- E Eine antibiotische Behandlung ist nur bei einer nachgewiesenen Infektion der Wundflächen oder sonstiger gesicherter Infektion anderer Organe gezielt, gemäß des Antibiotogramms nach Abstrich oder Probenentnahme durchzuführen.