

Zertifizierte Fortbildung

Hier können Ärzte Punkte sammeln für

- a) das Pflicht-Fortbildungszertifikat für Vertragsärzte
b) freiwillige Fortbildungszertifikate, die von vielen Landesärztekammern angeboten werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen und faxen Sie den Bogen an die Redaktion **Hepatitis&more**. Sie erhalten umgehend Ihr Zertifikat.



**BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER**

Zertifizierte medizinische
Fortbildung in Zusammenarbeit
mit der bayerischen Landes-
ärztekammer

1. WELCHE AUSSAGE IST FALSCH?

- Die Leberzirrhose ist eine Präkanzerose für die Entstehung des HCC.
- Nahezu 80% der HCC entstehen auf dem Boden einer chronischen Hepatitis.
- Bei Leberzirrhose ist ein regelmäßiges HCC-Screening mittels Ultraschall und Alfa-Fetoprotein indiziert.
- Die Kontrastmittel-Sonographie ist ein gutes Screening-Verfahren.
- Das normale Screening-Intervall bei Leberzirrhose beträgt sechs Monate.

2. CHRONISCHE HEPATITIS B UND HCC. WELCHE AUSSAGEN SIND RICHTIG?

- a HBeAg-positive Patienten haben ein niedrigeres HCC-Risiko als HBeAg-negative Patienten.
b HBeAg-negative Patienten haben ein 6fach erhöhtes Risiko für ein HCC.
c Ab einer Viruslast von >10.000 Kopien/ml steigt das Risiko für ein HCC.
d Eine antivirale Therapie mit Nukleosiden senkt bei Hepatitis B-assoziiierter Leberzirrhose das Risiko eines HCC.
e Bei Hepatitis B-assoziiierter Leberzirrhose ist ein HCC-Screening alle drei Monate indiziert.
- keine a-d b-d b,c+e alle

3. CHRONISCHE HEPATITIS C UND HCC. WAS IST FALSCH?

- Patienten mit Leberzirrhose haben ein höheres Risiko als Patienten ohne Leberzirrhose.
- Bei Patienten mit Child-Pugh A Zirrhose beträgt die jährliche Inzidenz für ein HCC 1,5%.
- Eine erfolgreiche Therapie mit SVR senkt das Risiko für die Entstehung eines HCC.
- Auch Non-Responder bzw. Relapser profitierten von der Hepatitis C-Therapie im Hinblick auf die HCC-Inzidenz.
- Eine niedrig dosierte Dauer-Therapie mit pegyliertem Interferon über 3-5 Jahre senkt die HCC-Inzidenz nicht.

4. ZU DEN KLINISCHEN SYMPTOMEN DES HCC GEHÖRT NICHT ...

- Oberbauchschmerzen
- Aszites
- Müdigkeit
- Teerstuhl
- Gewichtsverlust

5. WELCHE ANTWORT ZUM AFP IST RICHTIG?

- Die Sensitivität ist hoch
- Ein erhöhter Wert bedeutet nicht immer HCC
- Ist als alleinige Maßnahme zum HCC-Screening ausreichend
- Wird aus degenerierenden Leberzellen freigesetzt
- Gibt Auskunft über die Tumorgroße

6. WELCHE AUSSAGE ZUR SONOGRAPHIE IST FALSCH?

- Im Ultraschall ist ein HCC stets echoarm
- Die Dopplersonographie erhöht die Treffsicherheit des Ultraschall in der Diagnostik des HCC
- Das Erkennen von kleinen HCC ist vor allem von der Erfahrung des Untersuchers abhängig

- HCC mit einem Durchmesser von mehr als 3 cm können mit hoher Genauigkeit sonographisch diagnostiziert werden
- Die Sensitivität der Sonographie in der HCC-Diagnostik hat sich trotz technischer Innovationen in den letzten Jahren nicht verbessert

7. WELCHE AUSSAGEN SIND RICHTIG? BEI DER DIAGNOSTIK DES HCC...

- a ist die Sensitivität der Computertomographie bei kleinen HCC (1 cm) gering.
b ist die dreiphasische spiralförmige computertomographische Erfassung des Leberparenchyms zur Darstellung vaskulärer Raumforderungen in der Leber die Standardmethode.
c hat die Kontrastmittel-MRT bei Leberzirrhose in der Diagnostik von HCC >1 cm eine hohe Sensitivität.
d haben CT und MRT mit Kontrastmittel die konventionelle und die CT-Angiographie abgelöst.
e die Kontrastmittelsonographie einen positiven Vorhersagewert von 96%.
- keine a,b+d a-d a,c+d alle

8. WELCHE AUSSAGE ZUR HISTOLOGISCHEN KLÄRUNG IST FALSCH?

- 90% der HCC lassen sich durch sonographisch gesteuerte Biopsien histologisch sichern.
- Zeigt die initiale Gewebeprobe keine malignen Zellen, lässt sich bei einem Drittel der Patienten durch eine Wiederholung eine Diagnose stellen.
- Ein falsch-negatives Ergebnis kann durch ein hochdifferenziertes HCC bedingt sein.
- Nur 10% aller Knoten, die sich in einer zirrhotischen Leber entwickeln, sind HCC.
- Das Risiko der perkutanen Biopsieentnahme ist gering.

9. WELCHE AUSSAGE ZU RAUMFORDERUNGEN IN EINER ZIRRHOTISCHEN LEBER IST FALSCH?

- Die meisten der >2 cm großen Knoten sind ein HCC.
- Die Hälfte aller Knoten <1 cm sind ein HCC.
- Eine Raumforderung <1 cm muss alle sechs Monate sonographisch kontrolliert werden.
- Raumforderungen mit einer Größe zwischen 1 und 2 cm müssen durch zwei verschiedene bildgebende Verfahren abgeklärt werden.
- Eine Raumforderung >2 cm mit den typischen HCC-Kriterien in der Bildgebung oder bei einem AFP-Wert von >400 ng/ml ist ein HCC.

10. BEIM HCC WIRD DAS STAGINGSYSTEM NACH OKUDA ET AL. AM HÄUFIGSTEN VERWANDT. WELCHER PARAMETER WIRD NICHT BERÜCKSICHTIGT?

- Tumorgroße
- Bilirubin
- Aszites
- Serumalbumin
- Karnofsky-Index