



Nur je eine der fünf zur Beantwortung angebotenen Lösungen ist richtig. Für sieben oder mehr korrekt beantwortete Fragen erhalten Sie einen CME-Punkt.

CME-Fragen

1. Welche Überlebenszeiten werden in aktuellen Studien bei Patienten mit mKRK und RAS-Wildtyp in der palliativen Situation erreicht?

- A 12 Monate
- B 15 Monate
- C 20 Monate
- D 30 Monate
- E 45 Monate

2. Was ist keine Chemotherapie-Option für die Erstlinientherapie des mKRK?

- A FOLFOXIRI
- B CAPOX
- C FOLFIRI
- D Trifluridin/Tipiracil
- E FOLFOX

3. Was ist keine zugelassene Target-Therapieoption für die Therapie des mKRK?

- A Panitumumab
- B Regorafenib
- C Ramucirumab
- D Pembrolizumab
- E Aflibercept

4. Welche Aussage zur Lokalisation des Primärtumors beim KRK ist richtig?

- A Patienten mit rechtsseitigem Primärtumor haben eine deutlich schlechtere Prognose als Patienten mit linksseitigem Tumor.
- B In Studien zur Erstlinientherapie war die Kombination aus Anti-EGFR-Antikörper und Chemotherapie bei Patienten mit rechtsseitigem Primärtumor und RAS-Wildtyp der Bevacizumab-Chemotherapie-Kombination klar überlegen.
- C Das Colon transversum gehört per definitionem zum linken Colon.
- D Bei rechtsseitigen Tumoren sollte Cetuximab unabhängig vom RAS-Status eingesetzt werden.
- E In der FIRE-3- sowie in der PEAK-Studie konnte der Zusammenhang zwischen schlechterer Prognose und rechtsseitigem Tumor nicht gezeigt werden.

5. Welche Aussage trifft zu?

- A POLE-Mutationsanalysen werden vor der Erstlinientherapie des mKRK routinemäßig durchgeführt.
- B 85% der Fälle von mKRK sind Mikrosatelliten-instabil.
- C Bei hereditären Mikrosatelliten-instabilen Kolonkarzinomen sind regelhaft BRAF-Mutationen nachweisbar.
- D Von einer gegen HER2 gerichteten Therapie profitieren insbesondere Patienten mit rechtsseitigem Kolonkarzinom.
- E Patienten mit Mikrosatelliten-instabilem mKRK können von einer Immuntherapie, z. B. mit Pembrolizumab oder Nivolumab, profitieren.

6. Welche Aussage trifft zu?

- A In den letzten Jahrzehnten nimmt insbesondere bei den unter 55-Jährigen die Neuerkrankungsrate ab.
- B Durch das Koloskopie-Screening werden wahrscheinlich immer mehr fortgeschrittene Tumoren detektiert.
- C Bei den über 55-Jährigen ist die Neuerkrankungsrate in den letzten Jahren rückläufig.
- D Darmkrebs ist in Deutschland die häufigste krebssbedingte Todesursache beim Mann.
- E Der überwiegende Teil der Patienten mit kolorektalem Karzinom ist bereits bei Erstdiagnose metastasiert.

7. Bei der molekularen Analyse vor Einleitung einer EGFR-Antikörper-Therapie müssen zwingend folgende Gene untersucht werden:

- A KRAS Exon 2 und HER2.
- B KRAS Exon 2 und 3.
- C KRAS und NRAS, jeweils Exon 2 und BRAF
- D KRAS und NRAS, jeweils Exon 2, 3 und 4.
- E HER2 und BRAF.

8. Welche Aussage zur Zweitlinientherapie trifft zu?

- A Aflibercept ist sowohl mit FOLFIRI als auch mit FOLFOX in der Zweitlinie evaluiert und zugelassen.
- B Jenseits der Erstlinientherapie spielt die Tumorklassifikation keinerlei Rolle mehr.
- C Aflibercept, Bevacizumab und Ramucirumab zeigen in Kombination mit Chemotherapie erhebliche Wirksamkeitsunterschiede in randomisierten Zweitlinienstudien.

- D Die Hinzunahme von EGFR-Antikörpern zu einer Irinotecan-haltigen Chemotherapie in der Zweitlinie zeigt studienübergreifend immer einen Gesamtüberlebensvorteil.
- E Ramucirumab ist nur in Kombination mit FOLFIRI zugelassen.

9. Welche Aussage trifft nicht zu?

- A Regorafenib ist aktuell in Deutschland nicht im Handel.
- B TAS 102 weist ein weitgehend akzeptables (bis auf Hämatotoxizität) Nebenwirkungsspektrum auf.
- C Regorafenib und TAS 102 sind aufgrund eines signifikanten Überlebensvorteils in Deutschland zugelassen.
- D Aufgrund der besseren Evidenzlage sollte vor Einsatz von TAS 102 eine „Re-Challenge“ (Wiederaufnahme einer Substanz mit vorangegangener Progression unter Therapie) durchgeführt werden.
- E Das Nebenwirkungsspektrum von Regorafenib kann Fatigue, Hand-Fuß-Syndrom und Diarrhö beinhalten.

10. Welche Aussage trifft zu?

- A In der multimodalen Therapie von Lebermetastasen ist in Kombination mit Chemotherapie die SIRT der Radiofrequenzablation überlegen.
- B Auch bei technisch grenzwertig resezierbaren Metastasen sollte vor einer Chemotherapie ein maximales Tumor-Debulking erfolgen.
- C Bei Vorliegen von einzelnen extrahepatischen Manifestationen (z. B. solitäre Lungenmetastase) sind lokal-ablative Therapien obsolet.
- D Die Hinzunahme der Radiofrequenz-Ablation zur Erstlinientherapie bei irresektablen Lebermetastasen verbessert signifikant das Gesamtüberleben.
- E Bei initial technisch nicht resektablen Lebermetastasen ist unabhängig vom weiteren Verlauf unter Chemotherapie eine sekundäre Resektion nicht indiziert.

Antwortformular „Aktuelle Strategien zur Therapiestratifizierung beim metastasierten kolorektalem Karzinom“ von Sven Nilsson, Alexander Stein, Arndt Vogel

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	<input type="checkbox"/>									
B	<input type="checkbox"/>									
C	<input type="checkbox"/>									
D	<input type="checkbox"/>									
E	<input type="checkbox"/>									

Teilnahme per Brief

Fragebogen ausfüllen und mit einem frankierten Rückumschlag an:

Trillium GmbH
CME-Redaktion
Jesenwanger Str. 42 b
82284 Grafrath

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erkläre ich mein Einverständnis, dass Name, Anschrift und akademischer Grad zu Zwecken der Zusendung der Teilnahmebescheinigung und der anonymisierten Verarbeitung gespeichert werden.

Wichtiger Hinweis:

Eine Auswertung ist nur möglich, wenn Sie Ihre EFN auf dem Antwortformular angeben.

Teilnahmeschluss: 30.11.2018

Name, Vorname

Fachrichtung

Straße, Nr.

EFN

PLZ, Ort

Zuständige Landesärztekammer

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift