

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

## CME-Fragen

### 1. Biliäre Tumoren

- A treten meist in jüngerem Alter auf,
- B sind nicht mit bekannten Risikofaktoren assoziiert,
- C kommen bevorzugt bei Frauen vor,
- D gehen in der Regel auf eine genetische Prädisposition zurück,
- E sind häufiger in höherem Alter, nach Virushepatitiden, primärer sklerosierender Cholangitis und Gallensteinen.

### 2. Eine adjuvante Therapie

- A ist bei Gallenwegstumoren niemals indiziert,
- B mit Capecitabin über acht Zyklen verbesserte in der BILCAP-Studie das Gesamtüberleben signifikant,
- C mit Capecitabin sollte trotz des formal negativen Ergebnisses der BILCAP-Studie dem Patienten angeboten werden,
- D sollte aus einer Gemcitabin-Monotherapie bestehen,
- E sollte aus der Kombination aus Gemcitabin und Cisplatin bestehen.

### 3. In der fortgeschrittenen, nicht operablen Situation bei biliären Tumoren

- A enthalten die derzeitigen Standards meist Gemcitabin oder Capecitabin und ein Platinsalz,
- B gibt es keine sinnvollen therapeutischen Optionen mehr,
- C sind derzeitige Standardtherapien immer Monotherapien,
- D sind Dreierkombinationen nicht anwendbar,
- E ist Platin unverzichtbar.

### 4. In der Zweitlinientherapie biliärer Tumoren

- A gibt es keine validen Therapieoptionen mehr,
- B bringt eine FOLFOX-Therapie keine Verbesserung für die Patienten,
- C sollten alle Patienten mit dem Standard mFOLFOX behandelt werden,
- D wird eine einheitliche Standardtherapie gesucht, die bei allen Tumoren gleich wirksam ist,
- E werden molekulare Biomarker des Tumors in Zukunft eine wesentliche Rolle spielen, weil die biliären Tumoren genetisch sehr heterogen sind.

### 5. Tumorgewebe von biliären Tumoren

- A spielt für die therapeutische Strategie keine Rolle,
- B wird höchstens bei stark vorbehandelten Patienten benötigt, um eventuell noch eine Salvage-Therapie zu finden,
- C muss lediglich mit klassischer Pathologie untersucht werden, um die histologische Herkunft zu sichern,
- D sollte in ausreichender Menge gesichert werden, um frühzeitig molekulare Analysen mit dem Ziel einer präzisionsonkologischen Behandlung zu ermöglichen,
- E ist molekular so homogen, dass eine molekularpathologische Untersuchung nicht lohnt.

### 6. Bei der molekularbiologischen Untersuchung biliärer Tumoren findet man

- A in etwa der Hälfte der Fälle Mutationen des V600-Lokus des BRAF-Gens,
- B zahlreiche genetische Veränderungen, für die es auf Proteinebene zielgerichtete und wirksame Medikamente gibt.
- C zahlreiche Mutationen, die aber in aller Regel keine therapeutischen Konsequenzen nahelegen,
- D aktivierende EGFR-Mutationen, die sich mit EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitoren behandeln lassen,
- E kaum genetische Veränderungen.

### 7. Veränderungen von HER2/neu

- A treten ausschließlich beim Mammakarzinom auf,
- B kommen auch bei biliären Tumoren vor, implizieren hier aber keine sinnvollen therapeutischen Konsequenzen,
- C bestehen bei biliären Tumoren vor allem in Genamplifikationen,
- D bestehen bei biliären Tumoren aus Genamplifikationen ebenso wie aus Mutationen,
- E haben in Basket-Studien bei verschiedenen Tumorentitäten nicht auf eine duale HER2-Blockade angesprochen.

### 8. Mutationen des V600-Lokus im BRAF-Gen

- A können bei kombinierter Behandlung mit einem BRAF- und einem MEK-Inhibitor zu hohen Ansprechraten und einem medianen Gesamtüberleben von fast einem Jahr führen,
- B stellen die häufigste genetische Veränderung bei biliären Tumoren dar,
- C treten nur bei gastrointestinalen Tumoren auf,
- D sollten bei biliären Tumoren mit einem BRAF-Inhibitor in Monotherapie behandelt werden,
- E bilden die Voraussetzung für eine Triplet-Therapie aus EGFR-Antikörper, BRAF- und MEK-Inhibitor.

### 9. Genetische Veränderungen von Rezeptoren des Fibroblasten-Wachstumsfaktors (FGFR)

- A bestehen in biliären Tumoren ausschließlich in Translokationen,
- B lassen sich zielgerichtet therapieren, aber mit extrem hoher Toxizität,
- C werden in Zukunft therapeutisch bei biliären Tumoren keine Rolle spielen,
- D sind behandelbar, wobei aber regelmäßig Resistenzen auftreten, die in eine therapeutische Sackgasse führen,
- E lassen sich bei biliären Tumoren mit FGFR-Inhibitoren behandeln, die zu hohen Krankheitskontrollraten führen.

### 10. Fusionen der NTRK-Gene

- A stellen eine seltene genetische Veränderung dar, die in Kürze entitätsübergreifend therapierbar sein wird,
- B sind so selten, dass sie mangels aussagekräftiger Studienergebnisse nie zu therapeutischen Konsequenzen führen werden,
- C führen nicht zu einem Ansprechen auf Medikamente wie Larotrectinib,
- D sind eine für gastrointestinale Tumoren spezifische Veränderung,
- E kommen lediglich bei Speicheldrüsenkarzinomen vor.

## Antwortformular „Aktuelle Ansätze in der Systemtherapie fortgeschrittener biliärer Tumoren“ von Anna Saborowski und 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

(\* alternativ senden wir die Teilnahmebescheinigung auch gerne an Ihre E-Mail-Adresse:)

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: 30.09.2020

Name, Vorname

Fachrichtung

Straße, Nr.

EFN

PLZ, Ort

Zuständige Landesärztekammer

Datum, Unterschrift