

Lernerfolgskontrolle
HPV-Kurs 11.11.2017 Berlin

1. Wie sind die HPV Typen definiert?

1. über ihre Genomsequenzen
2. über ihre antigenen Eigenschaften
3. über die Gewebespezifität

2. Welche Aussage ist falsch?

Die Expression der HPV Gene E6 und E7...

1. ist essentiell für die Virusvermehrung.
2. ist ursächlich für maligne Transformation von Zellen.
3. führt immer zur Immunität gegen eine erneute Infektion

3. Wie hoch ist in Deutschland das Risiko einer sexuell aktiven Frau, im Lauf ihres Lebens eine genitale HPV-Infektion zu erwerben?

1. > 70 %
2. 30 – 40 %
3. 5 – 15 %
4. 1 – 2 %

4. Welche HPV-Typen findet man weltweit gesehen am häufigsten in Zervixkarzinomen?

1. HPV6 und HPV11
2. HPV16 und HPV18
3. HPV6 und HPV16
4. HPV16 und HPV40
5. HPV31 und HPV56

5. Welche der unten genannten Patientengruppen hat, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, das höchste Risiko für HPV-bedingte Analkarzinome und deren Vorstufen?

1. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1
2. Patienten nach Knochenmarks-Transplantation
3. Senioren über 80 Jahre
4. HIV-infizierte Patienten
5. Patienten mit Hämorrhoiden

6. Welche Aussage ist richtig?

1. Mehr als 90 % aller Vulvakarzinome sind durch HPV bedingt.
2. Die Superinfektion des Lichen Sklerosus mit HPV führt zur Entstehung von VIN.
3. Alle VIN sind mit HPV assoziiert.
4. HPV positive und HPV negative Plattenepithelkarzinome der Vulva unterscheiden sich in Epidemiologie, Klinik und Histopathologie.
5. Die Mehrzahl aller VIN ist HPV negativ.

7. Welche Aussage ist richtig?

Penile Intraepitheliale Neoplasien (PIN) und Peniskarzinome

1. sind weltweit einheitlich stets seltene Erkrankungen der Männer.
2. entstehen wie Zervixkarzinome stets auf dem Boden von HPV- High risk- Infektionen.
3. sollen stets histopathologisch abgeklärt werden.
4. metastasieren primär hämatogen und relativ spät lymphogen.
5. sollten stets durch frühzeitige Amputationsverfahren behandelt werden.

8. Was ist richtig?

1. Condylomata acuminata sind in 75 % mit den HPV-Low-Risk-Typen HPV16 und HPV11 assoziiert.
2. HPV16 und andere HPV-High-Risk-Typen sind in Condylomata acuminata nicht nachweisbar.
3. Entsprechend einer großen skandinavischen Studie an 70.000 Frauen erkranken ca. 10 % der Frauen bis zum 45. Lebensjahr an Condylomata acuminata.
4. Die Diagnostik der Condylomata acuminata besteht ausschließlich in der klinischen Inspektion. Eine histologische Diagnostik ist nicht erforderlich.

9. Was ist richtig?

Condylomata lata

1. sind eine in Mitteleuropa häufige sexuell übertragbare Krankheit.
2. müssen antibiotisch behandelt werden.
3. sind meist mit HPV 6 oder 11 assoziiert.
4. können mit Podophyllotoxin behandelt werden.
5. alle Aussagen sind richtig.

10. Was ist falsch?

Catechine topisch appliziert

1. wird 1 mal täglich lokal auf Genitalwarzen appliziert.
2. hat eine sehr niedrige Rezidivrate von 7,7 %.
3. wird z.B. aus Blättern des grünen Tee hergestellt.
4. soll nicht länger als 16 Wochen angewendet werden.
5. muss nach Applikation nicht abgewaschen werden.

11. Was ist richtig?

Pathognomonische versus graduierende kolposkopische Zeichen haben

1. höhere Sensitivität
2. höhere Spezifität
3. niedrigeren positiven Vorhersagewert
4. niedrigere positive Likelihood ratio

12. Was ist richtig?

Die Methode der Wahl für die chirurgische Behandlung von high grade CIN ist

1. Messerkonisation mit Sturmdorfnähten
2. Laservaporisation
3. Kryotherapie
4. Schlingenexzision unter Vergrößerungskontrolle
5. Lokale Therapie mit Imiquimod

13. Was ist richtig?

Eine Fertilitätserhaltung bei Frauen mit Zervixkarzinom kann erfolgen, wenn unter anderem

1. der Tumordurchmesser weniger als 3 cm beträgt
2. weniger als 3 Lymphknoten tumorbefallen sind
3. kein Adenokarzinom vorliegt
4. kein Tumornachweis in Blutgefäßen besteht (V0)
5. ein neuroendokrines Karzinom besteht

14. Was ist richtig?

Eine Radikale Hysterektomie und Lymphonodektomie bei Frauen mit Zervixkarzinom

1. sollte immer laparoskopisch und nervenschonend erfolgen
2. genügt im Stadium FIGO IIB als alleinige Therapie
3. sollte immer mit einer adjuvanten Radiochemotherapie kombiniert werden
4. erfordert im Durchschnitt die Gabe von 2 Blutkonserven und 2 Fresh Frozen Plasma

15. Welche Aussage ist korrekt?

Ein laparoskopisches Staging (inklusive Lymphonodektomie) vor der primären Therapie eines Zervixkarzinoms

1. ist mit einer signifikanten Morbidität verbunden und daher strikt abzulehnen.
2. führt zu einer erheblichen Verzögerung der primären Radiochemotherapie bei lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinomen.
3. hat bisher in keiner randomisierten Studie einen Überlebensvorteil für die Patientinnen gegenüber einem klinischen (einschließlich Bildgebung) Staging zeigen können.
4. ist in seiner Aussage hinsichtlich der weiteren Therapie schlechter als ein PET-CT.

16. Was trifft für die HPV-getriebene Karzinogenese im Kopf-Hals-Bereich zu?

1. Heterogene genetische Alterationen sind kennzeichnend.
2. Der Verlust der Zellzykluskontrolle erfolgt häufig durch Mutation des Tumorsuppressorproteins p16.
3. Etabliert ist die Therapie mittels „targeted therapy“.
4. Die Integration der Virus-DNA in das Genom des Wirtes ist wichtig.
5. Die HPV-Onkoproteine E6 bzw. E7 fungieren als Katalysator für p53 und Rb.

17. Was trifft für HPV-positive Kopf-Hals-Karzinome zu?

1. Haben eine schlechtere Prognose als HPV-negative Karzinome.
2. Der Verlust der Zellzykluskontrolle erfolgt häufig durch Mutation des Tumorsuppressorproteins p16.
3. Brauchen nur mit alleiniger Radiotherapie behandelt zu werden.
4. Haben eine ansteigende Inzidenz.
5. Haben selten Halsmetastasen.

18. Was ist richtig?

Die HPV-Vakzine

1. schützt gegen HPV-induzierte Neoplasien und nicht ausschließlich gegen Zervixkarzinome
2. soll auch in der Schwangerschaft angewendet werden
3. ist nicht indiziert gegen VAIN und VIN
4. hat noch keine europäische Zulassung erhalten
5. schützt nur bei Impfung vor dem 17. Lebensjahr

19. Was ist das prophylaktische Wirkprinzip der HPV-Impfung?

1. Adjuvantien
2. Wild-typ Virus
3. Interferone
4. T-Lymphozyten
5. Induktion von neutralisierenden Antikörpern und Memory-Zellen

20. Welche Aussage ist falsch?

Die Impfscheidung zur HPV-Impfung von Jugendlichen.....

1. hängt wesentlich von der ärztlichen Empfehlung ab.
2. ist anhängig vom Bildungsgrad der Eltern.
3. hängt von der Einschätzung der sexuellen Reife der Kinder/Jugendlichen durch deren Eltern ab.
4. findet meist erst nach den ersten sexuellen Kontakten statt.

21. Welche Aussage ist richtig?

Die HPV-Impfquote in Praxen ist unter den heutigen Bedingungen zu steigern durch.....

1. die Einführung eines Recallsystems, Remindersystems und/oder Benutzung einer Praxis-APP.

2. eine neu eingeführte STIKO-Empfehlung zur HPV-Impfung für das Säuglings/Kleinkindalter, da in diesem Alter Arzt-Patienten-Kontakte besonders häufig sind.
3. eine direkte und schnelle Impfung, auch schon beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt, aufgrund des hohen und positiv besetzten Bekanntheitsgrades der HPV-Impfung.
4. das Belassen der „Brückenvorsorgen“ U10 und U11 außerhalb der Regelversorgung der Krankenkassen.

22. Das Pap-Screening

1. kann unter optimalen Bedingungen praktisch jedes Zervixkarzinom vermeiden
2. wurde vor über 100 Jahren beschrieben
3. ist wohl die erfolgreichste Krebsvorsorgeuntersuchung weltweit
4. ist unempfindlich für Entnahmefehler
5. überträgt beim konventionellen Verfahren fast alle entnommenen Zellen auf den Objektträger

23. Welche Aussage trifft nicht zu?

LBC (Dünnschichtzytologie)

1. war in keiner Studie sensitiver für CIN 2+ als konventionelle Zytologie
2. erreicht in der Regel eine bessere technische Qualität des Abstrichs
3. ist eine optimale Plattform für weitere Untersuchungen
4. ist Standard in der Zytologie u. a. in den USA

24.) Eine HPV-HR-Testung ist sinnvoll bei

1. Pap II p/g ab dem 25. Lebensjahr
2. Pap IVa
3. unauffälliger Zytologie ab 30. Lebensjahr jährlich
4. unauffälliger Zytologie ab 20. Lebensjahr alle 5 Jahre

25. Expression des p16-Proteins

1. ist ein Marker für transformierende HPV-Infektionen
2. wird ausschließlich in HPV16-positiven Läsionen beobachtet
3. kann in allen HPV-positiven Läsionen des Zervixepithels nachgewiesen werden
4. kann aufgrund der niedrigen Expressionslevel immunzytochemisch grundsätzlich nicht in CIN-Läsionen nachgewiesen werden

26. Der gleichzeitige Nachweis der beiden Biomarker p16 und Ki-67 in derselben Zelle

1. kann auch in metaplastischen Läsionen der Zervix beobachtet werden
2. ist ein Marker für Läsionen der Zervix, die sich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zurückbilden
3. erhöht die Subjektivität in der Interpretation von Abstrichzytologien
4. ist ein Hinweis auf eine Deregulation der Zellzykluskontrolle in der jeweiligen Zelle

27. Welche Aussage trifft zu?

Ila nach Münchner Nomenklatur III bedeutet:

1. Atrophie
2. unauffälliges Zellbild, z.B. bei Patientin mit Z. n. Konisation (CIN III, R1)
3. Suffix a bedeutet hier „Ausnahme“
4. auffällige Zytologie bei unauffälliger Anamnese

28. Eine leichte Dysplasie entspricht nach Münchner Nomenklatur III der folgenden

Bezeichnung:

1. IVa-p
2. IIID1
3. IIID2
4. IIp