



wspiera



Zapraszamy do udziału w programie edukacyjnym *Onkologiczne Forum Edukacyjne!*

Onkologiczne Forum Edukacyjne jest programem, który umożliwia lekarzom onkologom i hematologom oraz osobom specjalizującym się w tych dziedzinach zapoznanie się z najnowszymi doniesieniami naukowymi, a także zdobycie wymaganych punktów edukacyjnych poprzez uczestnictwo w różnych formach kształcenia.

Program uzyskał akredytację Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiej Unii Onkologii, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, a także Izby Lekarskiej. Nad zapewnieniem wysokiej jakości merytorycznej programu czuwają jego koordynatorzy – konsultanci krajowi:

- dr hab. n. med. Mariusz Bidziński,
- prof. dr hab. n. med. Wiesław Jędrzejczak,
- prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski,
- prof. dr hab. n. med. Marian Reinfuss.

Jedną z proponowanych przez nas form doskonalenia zawodowego jest program oparty na rozwiązywaniu zadań testowych przygotowanych przez wybitne polskie autorytety z dziedziny onkologii i hematologii (na podstawie schematu, który służy do przygotowywania pytań specjalizacyjnych).

W ramach części testowej *Onkologicznego Forum Edukacyjnego* można zdobyć 100 punktów edukacyjnych.

W bieżącym numerze *Współczesnej Onkologii* publikujemy już IV zestaw pytań testowych. Pytania zostały pogrupowane wg dziedzin – onkologia, ginekologia onkologiczna, hematologia i transfuzjologia. Do każdego zestawu pytań podajemy również bibliografię, która może pomóc przy udzielaniu prawidłowych odpowiedzi.

Rozwiązanie testu prosimy przestać **na załączonej karcie odpowiedzi** do 31 grudnia 2006 r. (decyduje data stempla pocztowego). Po tym terminie podamy poprawne odpowiedzi oraz opublikujemy kolejny zestaw pytań.

Udział w testowym programie edukacyjnym zostanie potwierdzony wymaganym przez izby lekarskie zaświadczeniem o liczbie zdobytych punktów. Każdy uczestnik ma możliwość sprawdzania na bieżąco liczby uzyskanych punktów na stronie www.chemioterapia.pl/forum po zalogowaniu się za pomocą swojego indywidualnego kodu dostępu. Na stronie tej publikowane są również aktualności z dziedziny onkologii, doniesienia medyczne, informacje o zjazdach, sprawozdania i wywiady.

Życzymy powodzenia!

Poprawne odpowiedzi do zestawu III

Onkologia ogólna:

O-31. C; O-32. A; O-33. B; O-34. E; O-35. C; O-36. D; O-37. A; O-38. E; O-39. B; O-40. E; O-41. E; O-42. B; O-43. E; O-44. C; O-45. E.

Ginekologia onkologiczna:

GO-21. D; GO-22. C; GO-23. D; GO-24. B; GO-25. B; GO-26. D; GO-27. B; GO-28. A; GO-29. C; GO-30. D.

Hematologia i transfuzjologia:

H-21. A; H-22. C; H-23. C; H-24. B; H-25. C; H-26. A; H-27. C; H-28. C; H-29. B; H-30. C..

Pytania do zestawu nr 4

Pytania z dziedziny onkologii ogólnej

Kod: O-46

U 53-letniego mężczyzny skarżącego się na ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej i brak energii rozpoznano szpiczaka mnogiego IgG w stopniu IIA. W badaniach dodatkowych stwierdzono: niedokrwistość – Hb 9,6 g/dl, białko monoklonalne M 4,2 g/dl w surowicy, beta-2-mikroglobulina 5,0 mcg/ml. Poziomy wapnia, kreatyniny, LDH i albumin w normie. W szpiku 45% plazmacytów, w badaniu FISH nie stwierdzono delecji chromosomu 13. Badanie RTG kości ujawniło 5 ognisk osteolitycznych. Stan sprawności 1 wg ECOG.

Choremu należy zaproponować:

- A. melfalan + prednizon;
- B. wysokie dawki deksametazonu;
- C. talidomid + deksametazon, a następnie autologiczne przeszczepienie szpiku kostnego (ASCT);
- D. VAD, a następnie ASCT;
- E. prawidłowe są odpowiedzi C i D.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-47

Które z poniższych zdań odnoszących się do choroby Bowena jest prawdziwe?

- A. choroba Bowena to dysplastyczna zmiana nabłonka wielowarstwowego płaskiego skóry brzegu odbytu, która w 2–5% przypadków może ulec przemianie w raka inwazyjnego;
- B. o ile nie doszło do przemiany w raka inwazyjnego, stosuje się szerokie wycięcie makroskopowo widocznej zmiany;
- C. w przypadku dużych zmian można miejscowo zastosować 5% 5-fluorouracyl;
- D. prawdziwe są zdania A i B;
- E. wszystkie zdania są prawdziwe.

Kod: O-48

Które z poniższych stwierdzeń odnoszących się do stosowania rezonansu magnetycznego w ocenie naciekania przez raka zwieraczy odbytu jest prawdziwe?

- A. stosowanie rezonansu magnetycznego pozwala na dokładną ocenę przedoperacyjną naciekania zwieraczy odbytu;
- B. badanie to cechuje się dużą czułością i specyficznością;
- C. badanie metodą rezonansu magnetycznego pozwala także na ocenę bocznych szerzenia się guza nowotworowego, co stanowi istotną informację w leczeniu chirurgicznym;
- D. wszystkie zdania są prawdziwe;
- E. żadne zdanie nie jest prawdziwe.

Kod: O-49

Które z poniższych stwierdzeń odnoszących się do resekcji wątroby w przypadku przerzutów raka jelita grubego jest prawdziwe?

- A. poziom antygenu rakowo-płodowego (CEA) nie ma wpływu na wyniki po resekcji wątroby w przypadku przerzutów raka jelita grubego;
- B. poziom antygenu rakowo-płodowego ma wpływ na wyniki po operacjach przerzutów do wątroby raka jelita grubego;
- C. powtarzane resekcje wątroby z powodu przerzutów raka jelita grubego okazują się równie skuteczne jak pierwotna resekcja tkanki wątrobowej;
- D. prawdziwe są zdania A i C;
- E. prawdziwe są zdania B i C.

Kod: O-50

Które z poniższych zdań jest prawdziwe?

- A. w obrębie zbiorników jelitowych nigdy nie spotyka się ognisk raka gruczołowego;
- B. jedynym powikłaniem dotyczącym zbiorników jelitowych są ich stany zapalne;
- C. jedynym nowotworem stwierdzanym w obrębie zbiornika jelitowego jest rak płaskonabłonkowy;
- D. prawdziwe są zdania A i C;
- E. żadne zdanie nie jest prawdziwe.

Kod: O-51

Które określenia odnoszące się do raka płaskokomórkowego są prawdziwe?

1. rak ten nigdy nie powstaje wokół ileostomii, bo chroni przed nim skład treści jelitowej;
 2. *squamous cell carcinoma* rozwija się jedynie wokół kolostomii dwulufowej;
 3. nigdy nie rozwija się wokół stomii jelitowych;
 4. stanowi wczesne powikłanie stomii jelitowych;
 5. powstaje na skórze w miejscach narażonych na stałe urazy i drażnienie czynnikami chemicznymi, co może mieć miejsce wokół ileostomii.
- A. 3;
 - B. 1, 2;
 - C. 5;
 - D. 4, 5;
 - E. 1.

Kod: O-52

U 63-letniej kobiety z rozpoznaniem szpiczaka mnogiego w stadium zaawansowania IIIA doszło do nawrotów choroby 18 miesięcy po leczeniu 3 cyklami VAD z późniejszą chemioterapią wysokodawkową i autologicznym przeszczepieniem szpiku kostnego (ASCT). Pacjentka skarży się na silne bóle kości i osłabienie. W badaniu krwi obwodowej stwierdza się niedokrwistość – Hb 8,9 g/dl; w szpiku 54%

plazmocytołów, stężenie kreatyniny w surowicy 1,6 g/dl, stężenie wapnia 10,4 g/dl, pozostałe wyniki w normie. PS 2 wg ECOG. Chorej należy zaproponować:

- A. powtórnie VAD;
- B. wysokie dawki deksametazonu;
- C. melfalan, a następnie ASCT;
- D. bortezomib;
- E. talidomid + deksametazon z późniejszym alogenicznym przeszczepieniem szpiku kostnego.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-53

28-letni mężczyzna od kilku miesięcy skarżył się na bóle nadbrzusza. Dolegliwości nie ustępowały pomimo przyjmowania leków przeciwwrzodowych. W badaniu gastroscopowym ujawniono rozległy naciek żołądka, z którego pobrano wycinki – rozpoznano *diffuse large B-cell lymphoma*. Chory miał stany podgorączkowe. W badaniach obrazowych stwierdzono: obecność pakietów węzłów chłonnych w przestrzeni zaotrzewnowej, naciek żołądka o wymiarach 7x9 cm przechodzący przez ciągłość na trzustkę, ślad płynu w lewej jamie opłucnowej oraz liczne ogniska wtórne o wymiarach do 2,5 cm w powiększonej śledzionie. Węzły chłonne obwodowe niepowiększone. W morfologii krwi nie stwierdzono odchyłań od normy, LDH w normie, szpik niezajęty. Proponowane leczenie:

- A. 8 cykli CVP;
- B. 8 cykli CHOP z rituksymabem;
- C. leczenie systemowe – 4 cykle CHOP i napromienianie okolic zajętych;
- D. leczenie systemowe – 6 cykli CHOP z późniejszą chemioterapią wysokodawkową i autologicznym przeszczepieniem szpiku kostnego;
- E. prawidłowe są odpowiedzi B i D.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-54

U 20-letniej kobiety wystąpiły: utrzymująca się przez kilka miesięcy gorączka, powiększenie nadobojczykowych węzłów chłonnych (maksymalny wymiar pakietu 7 cm), śródpiersiowych (średnica pakietu 11 cm) oraz zmian ogniskowych w wątrobie i śledzionie. Badanie histologiczne węzła chłonnego ujawniło: *lymphogranulomatosis maligna typus MC*. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: OB 36, LDH nieznacznie podwyższony, Hb 9,6 g/dl. Innych odchyłań nie odnotowano. Stan sprawności 1 wg ECOG. Największe ryzyko wyindukowania wtórnej białaczki wiąże się z zastosowaniem następującego leczenia:

- A. 6 cykli ABVD, a następnie napromienianie zmian resztkowych;
- B. 8 cykli ABVD, a następnie napromienianie śródpiersia;
- C. 8 cykli ABVD;
- D. 8 cykli BEACOPP – eskalowany;
- E. 4 cykle BEACOPP – eskalowany + 4 cykle BEACOPP – standardowy.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-55

Profilaktyczne napromienianie mózgowia jest wskazane u chorych na raka płuca:

- A. w przypadku raka drobnokomórkowego z przerzutami do OUN;
- B. w postaci ograniczonej raka drobnokomórkowego;
- C. w postaci ograniczonej i uogólnionej raka drobnokomórkowego;
- D. w przypadku raka drobnokomórkowego w postaci ograniczonej i w raku niedrobnokomórkowym w stopniu niższym niż IV;
- E. nie ma danych potwierdzających zasadność takiego leczenia.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-56

U 40-letniego chorego po leczeniu 3 cyklami BEP z powodu zarodkowego raka jądra z przerzutami do zaotrzewnowych węzłów chłonnych, śródpiersia oraz płuc utrzymują się dwa ogniska przerzutowe w dolnym płacie lewego płuca. Stężenia AFP i HCG znacznie się obniżyły, niemniej są nadal podwyższone. Chory jest w bardzo dobrym stanie ogólnym. Dalszym leczeniem powinno być:

- A. podanie kolejnych 3 cykli BEP;
- B. operacyjne usunięcie przetrwałych zmian i dalsze leczenie zależne od radykalizmu zabiegu i obecności komórek nowotworowych w preparacie;
- C. 3 cykle chemioterapii VeIP i ponowna ocena remisji;
- D. chemioterapia wysokodawkowa i autologiczne przeszczepienie szpiku kostnego;
- E. napromienianie przetrwałych zmian.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-57

Zarejestrowane do leczenia chorób nowotworowych związki działające poprzez wpływ na apoptozę to:

- A. bortezomib;
- B. *all-trans retinoic acid*;
- C. trójtlenek arsenu;
- D. prawidłowe są odpowiedzi A i B;
- E. prawidłowe są odpowiedzi A, B i C.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-58

U 46-letniego mężczyzny w dobrym stanie ogólnym (PS 1 wg ECOG) usunięto operacyjnie guz prawego płata skroniowego rozpoznany po pierwszym w życiu napadzie padaczkowym. Rozpoznanie histopatologiczne: *glioblastoma multiforme*. Guz miał średnicę 3 cm, w badaniu TK pooperacyjnym poza krwiakiem w łoży i obrzękiem nie stwierdzono zmian. Chorego należy zakwalifikować do:

- A. ścisłej obserwacji (TK co 2–3 mies. przez 3 lata);
- B. radiochemioterapii z udziałem temozolomidu z kontynuacją chemioterapii do 6 cykli;
- C. radykalnej radioterapii na obszar łoży z 2-centymetrowym marginesem;

- D. radiochemioterapii z udziałem BCNU;
E. tylko zdanie A jest fałszywe.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-59

60-letnia kobieta z rozpoznaniem (objawy: krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego) rakiem kanału odbytu w stopniu zaawansowania T2, z zajęciem węzłów chłonnych pachwinowych wymaga:

- A. leczenia operacyjnego (resekcja brzuszno-kroczoowa i usunięcie węzłów chłonnych) z leczeniem uzupełniającym w razie braku doszczętności;
B. radiochemioterapii z udziałem 5-FU i cisplatyny, dawka napromieniania 45–50 Gy;
C. radiochemioterapii z udziałem mitomycyny i 5-FU, dawka napromieniania 45–60 Gy;
D. napromieniania miednicy dawką 50 Gy i dodatkowej dawki (brachyterapii) na okolicę guza pierwotnego;
E. prawidłowe są odpowiedzi B i C.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-60

Zastosowanie przedoperacyjnej radioterapii u chorych na raka odbytnicy w stopniu zaawansowania T3/T4 powoduje:

- A. zmniejszenie ryzyka nawrotu miejscowego i zwiększenie szansy na zabieg z oszczędzeniem zwieracza odbytu;
B. zmniejszenie ryzyka późnej wznowy w miejscu zespolenia;
C. wzrost ryzyka powikłań pooperacyjnych;
D. prawidłowe są odpowiedzi A i C;
E. prawidłowe są odpowiedzi A, B i C.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Piśmiennictwo

- Attal M, Haraudeau JL, Stoppa AM, et al. A prospective, randomized trial of autologous bone marrow transplantation and chemotherapy in multiple myeloma. Intergroupe Français du Myelome. N Engl J Med 1996; 335: 91-7.
- Child JA, Morgan GJ, Davies FE, et al. Medical Research Council Adult Leukaemia Working Party: High-dose chemotherapy with hematopoietic stem-cell rescue for multiple myeloma. N Engl J Med 2003; 348: 1875-83.
- Palumbo A, Bringhen S, Petrucci MT, et al. Intermediate-dose melphalan improves survival of myeloma patients aged 50 to 70: results of a randomized controlled trial. Blood 2004; 104: 3052-7.
- Palumbo A, Bertola A, Falco P, et al. Efficacy of low-dose thalidomide and dexamethasone as first salvage regimen in multiple myeloma. Hematol J 2004; 5: 318-24.
- Graham BD, Jetmore AB, Foote JE, et al. Topical 5-fluorouracil in the management of extensive anal Bowen's disease: a preferred approach. Dis Colon Rectum 2005; 48: 444-50.
- Holzer B, Urban M, Holbling N, et al. Magnetic resonance imaging predicts sphincter invasion of low rectal cancer and influences selection of operation. Surgery 2003; 133: 656-61.
- Takahashi S, Inoue K, Konishi M, et al. Prognostic factors for poor survival after repeat hepatectomy in patients with colorectal liver metastases. Surgery 2003; 133: 627-34.
- Bentrem DJ, Wang KL, Stryker SJ. Adenocarcinoma in an ileal pouch occurring 14 years after restorative proctocolectomy: report of a case. Dis Colon Rectum 2003; 46: 544-6.

- Carne PW, Farmer KC. Squamous-cell carcinoma developing in an ileostomy stoma: report of a case. Dis Colon Rectum 2001; 44: 594.
- Wu JS, Sebek BA, Fazio VW. Images for surgeons. Parastomal squamous cell carcinoma in an ileostomy 44 years after proctocolectomy. J Am Coll Surg 2000; 191: 107.
- Jagannath S, Barlogie B, Berenson J, et al. A phase 2 study of two doses of bortezomib in relapsed or refractory myeloma. Br J Haematol 2004; 127: 165-72.
- Richardson PG, Barlogie B, Berenson J, et al. A phase 2 study of bortezomib in relapsed, refractory myeloma. N Engl J Med 2003; 348: 2609-17.
- Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. N Engl J Med 2002; 346: 235-42.
- Coiffier B. Chemotherapy combined with monoclonal antibodies in the treatment of patients with diffuse large B-cell lymphoma. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds). Progress in Oncology 2004. Jones and Bartlett Publishers, Inc., Sudbury, MA 2004: 220-35.
- Diehl V, Franklin J, Pfreundschuh M, et al. German Hodgkin's Lymphoma Study Group: Standard and increased-dose BEACOPP chemotherapy compared with COPP-ABVD for advanced Hodgkin's disease. N Engl J Med 2003; 348: 2386-95.
- Glisson BS, Movsas B, Scott W. Small-cell lung cancer, mesothelioma, and thymoma. In: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD (eds): Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. CMP Healthcare Media LLC: 155-64.
- Loehrer PJ, Ahlering TE, Pollack A. Testicular cancer. In: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD (eds). Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. CMP Healthcare Media LLC: 407-27.
- DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds): Cancer: Principles and Practice of Oncology. Wyd. 7, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.
- Stupp R, Mason WP, van den Bent MJ, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor and Radiotherapy Groups; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. N Engl J Med 2005; 352: 987-96.
- National Comprehensive Cancer Network: Clinical Practice Guidelines in Oncology – v. 2. 2006.
- Ellenhorn JD, Cullinane CA, Coia LR, et al. Colon, rectal, and anal cancers. In: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD (eds). Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. CMP Healthcare Media LLC: 343-76.

Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej

Kod: GO-31

Stwierdzenie podwyższonych wartości Ca 125 u 63-letniej kobiety może świadczyć o takich patologiach, jak:

- mięśniak macicy;
 - przewlekłe zapalenie trzustki;
 - marskość wątroby;
 - rak jajnika;
 - mesothelioma*.
- A. 4;
B. 1, 4;
C. 2, 4, 5;
D. 1, 2, 3, 4, 5;
E. 3, 4.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-32

U 37-letniej kobiety ze stwierdzoną jednokomorową torbielą o średnicy 6 cm i współistniejącą 14-tygodniową ciążą stężenie Ca 125 wynosi 138 IU/ml. Pacjentka wymaga:

- A. natychmiastowego wycięcia torbieli;
- B. przezbrzuszej punkcji torbieli i dalszego postępowania zachowawczego;
- C. nie wymaga żadnego postępowania i wskazane jest dalsze rutynowe prowadzenie ciąży;
- D. ponownej kontroli stężeń Ca 125 w II trymestrze ciąży – w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 w stosunku do badania poprzedniego konieczne jest leczenie chirurgiczne;
- E. rozwiązania cięciem cesarskim w III trymestrze i wykonania badania śródoperacyjnego torbieli.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: GO-33

W przypadku stwierdzenia *hyperplasia complex atypica* u 49-letniej kobiety postępowaniem z wyboru jest:

- A. leczenie hormonalne przez 5 mies. i ponowna weryfikacja histologiczna;
- B. histeroskopia resekcja endometrium;
- C. usunięcie macicy z przydatkami;
- D. hipertermia domaciczna;
- E. brachyterapia domaciczna.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-34

W przypadku chorych na raka jajnika zasadnicze znaczenie rokownicze ma:

- A. zastosowana chemioterapia uzupełniająca;
- B. stan ogólny chorego;
- C. radykalizm leczenia chirurgicznego;
- D. wiek pacjenta;
- E. stopień klinicznego zaawansowania choroby.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-35

Chora z licznymi przerzutami do wątroby (wydolność wg skali WHO: 1), u której na podstawie wyniku biopsji węzła pachwinowego postawiono diagnozę raka jajnika, powinna być leczona z zastosowaniem:

- A. chirurgii;
- B. neoadjuwantowej chemioterapii;
- C. radioterapii;
- D. wyłącznie objawowo;
- E. hormonoterapii.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: GO-36

Rak płaskonabłonkowy jest najczęściej rozpoznawany w następujących nowotworach:

1. rak trzonu macicy;
2. rak szyjki macicy;
3. rak pochwy;
4. rak sromu;
5. rak jajowodu.

- A. 1, 2, 3;
- B. 2, 3, 4;
- C. 2, 3, 5;
- D. 2, 4;
- E. 2, 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-37

W przypadku rozpoznania raka trzonu macicy w stopniu IIIC (na podstawie klasyfikacji chirurgiczno-patologicznej) leczeniem z wyboru jest:

- A. hormonoterapia;
- B. radioterapia;
- C. chemioterapia;
- D. chirurgia;
- E. jedynie brachyterapia.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-38

W raku sromu zlokalizowanym bocznie – stopień IA leżeniem z wyboru jest:

- A. *vulvectomy simplex*;
- B. *vulvectomy radicalis*;
- C. hemiwulwektomia;
- D. lokalne wycięcie zmiany z marginesem zdrowych tkanek >1 cm;
- E. brachyterapia.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-39

W przypadku stwierdzenia w badaniu śródoperacyjnym zmian nowotworowych w węzłach chłonnych pachwinowych powierzchownych dalsze leczenie u chorej na raka sromu polega na:

- A. usunięciu węzłów głębokich pachwiny oraz uzupełniającej radioterapii;
- B. usunięciu węzłów pachwinowych głębokich;
- C. zastosowaniu chemioterapii;
- D. wycięciu węzłów miedniczych;
- E. zastosowaniu brachyterapii śródtkankowej.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-40

Ustalenie prawidłowego rozpoznania u pacjentki, u której stwierdzono w pochwie izolowany guzek o typie raka płaskonabłonkowego, wymaga przeprowadzenia takich badań, jak:

1. RTG klatki piersiowej;
2. urografia;
3. pobranie wycinków z szyjki macicy;
4. mammografia;
5. wytyżeczkowanie macicy.

- A. 1, 2;
- B. 1, 2, 3;
- C. 3;

- D. 3, 5;
- E. 3, 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: GO-41

Zastosowanie chemioterapii jest metodą z wyboru w leczeniu:

- A. raka szyjki macicy;
- B. raka jajowodu;
- C. raka kosmówki;
- D. raka pochwy;
- E. raka sromu.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-42

W leczeniu chemicznym 1. linii u chorych na raka jajnika najskuteczniejszym programem jest program oparty na następujących preparatach:

1. cisplatyna;
 2. doksorubicyna;
 3. cyklofosamid;
 4. taksol;
 5. etopozyd.
- A. 1, 2;
 - B. 1, 2, 4;
 - C. 4, 5;
 - D. 1, 4;
 - E. 1, 2, 3.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-43

W przypadku wystąpienia 6 mies. po zakończonej radioterapii krwawienia z kiszki stolcowej u chorej z rozpoznaniem raka szyjki macicy w stopniu IIB należy wykonać następujące badania:

1. koagulogram;
 2. ocena stężenia SCC;
 3. ocena stężenia Ca 125;
 4. rektoskopia;
 5. kolonoskopia.
- A. 1, 2, 4;
 - B. 2, 3, 4;
 - C. 2, 5;
 - D. 3, 5;
 - E. 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-44

Obfite krwawienie z nacieku szyjki macicy u chorej z rakiem szyjki macicy w stopniu IIB wymaga podwiązania:

1. tętnicy biodrowej zewnętrznej;
2. tętnicy zastonowej;
3. tętnicy odbytniczej dolnej;
4. tętnicy biodrowej wewnętrznej;
5. tętnic jajnikowych.

- A. 1;
- B. 1, 2;
- C. 4;
- D. 3, 4;
- E. 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-45

W przypadku stwierdzenia przerzutów raka trzonu macicy do pochwy rozpoznajemy następujący stopień kliniczny wg FIGO:

- A. IIA;
- B. IIB;
- C. IIIA;
- D. IIIB;
- E. IIIC.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Piśmiennictwo

1. DiSaia PJ, Creasman WT (eds). Clinical Gynecologic Oncology. 6ed, Mosby-Year Book, Inc., St. Louis 2001. Wyd. 5 było przetłumaczone na język polski.
2. Krzakowski M (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Polska Unia Onkologii, Warszawa 2003.

Pytania z dziedziny hematologii i transfuzjologii

Kod: H-31

Wynik badania morfologii krwi: WBC 0,6 G/l; LYM 0,2 G/l; MID 0,1 G/l; GRAN 0,3 G/l; RBC 1,93 T/l; MCV 88 fL; PLT 16 G/l może sugerować rozpoznanie:

- A. niedokrwistości z niedoboru żelaza;
- B. niedokrwistości aplastycznej;
- C. przewlekłej białaczki limfocytowej;
- D. małopłytkowości samoistnej;
- E. agranulocytozy polekowej.

Kod: H-32

Wynik badania morfologii krwi: WBC 6,0 G/l; LYM 2,6 G/l; MID 0,6 G/l; GRAN 2,8 G/l; RBC 2,36 T/l; MCV 118 fL; PLT 92 G/l sugeruje rozpoznanie:

- A. niedokrwistości przewlekłych stanów zapalnych;
- B. niedokrwistości hemolitycznej;
- C. przewlekłej białaczki szpikowej;
- D. niedokrwistości z niedoboru witaminy B₁₂;
- E. niedokrwistości z niedoboru żelaza.

Kod: H-33

Wynik badania morfologii krwi: WBC 47,6 G/l; LYM 18,8 G/l; MID 26,1 G/l; GRAN 0,7 G/l; RBC 2,85 T/l; MCV 94,7 fL; PLT 25 G/l sugeruje rozpoznanie:

- A. przewlekłej białaczki szpikowej;
- B. przewlekłej białaczki limfocytowej;
- C. ostrej białaczki szpikowej;

- D. osteomięłofibrozy;
- E. aplazji szpiku.

Kod: H-34

Wynik badania morfologii krwi: WBC 5,3 G/l; LYM 1,4 G/l; MID 0,5 G/l; GRAN 3,4 G/l; RBC 2,45 T/l; MCV 69 fL; PLT 280 G/l sugeruje rozpoznanie:

- A. niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego;
- B. niedokrwistości aplastycznej;
- C. niedokrwistości u chorych otrzymujących hydroksykarbamid;
- D. niedokrwistości z niedoboru żelaza;
- E. niedokrwistości hemolitycznej.

Kod: H-35

Wynik badania morfologii krwi: WBC 28,3 G/l; LYM 23,7 G/l; MID 0,7 G/l; GRAN 3,9 G/l; RBC 4,63 T/l; MCV 86 fL; PLT 232 G/l sugeruje rozpoznanie:

- A. niedokrwistości normobarwliwej;
- B. AIDS;
- C. odczynu poinfekcyjnego;
- D. przewlekłej białaczki limfocytowej;
- E. ostrej białaczki limfoblastycznej.

Piśmiennictwo

1. Dmoszyńska A, Robak T (red.). Podstawy hematologii. Czelej, Lublin 2003.

Karta odpowiedzi – zestaw nr 4

Prosimy o zaznaczenie w każdym pytaniu 1 odpowiedzi i przesłanie do 31.12.2006 r.

Pytania z dziedziny onkologii ogólnej

Kod: O-46 A B C D E

Kod: O-47 A B C D E

Kod: O-48 A B C D E

Kod: O-49 A B C D E

Kod: O-50 A B C D E

Kod: O-51 A B C D E

Kod: O-52 A B C D E

Kod: O-53 A B C D E

Kod: O-54 A B C D E

Kod: O-55 A B C D E

Kod: O-56 A B C D E

Kod: O-57 A B C D E

Kod: O-58 A B C D E

Kod: O-59 A B C D E

Kod: O-60 A B C D E

Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej

Kod: GO-31 A B C D E

Kod: GO-32 A B C D E

Kod: GO-33 A B C D E

Kod: GO-34 A B C D E

Kod: GO-35 A B C D E

Kod: GO-36 A B C D E

Kod: GO-37 A B C D E

Kod: GO-38 A B C D E

Kod: GO-39 A B C D E

Kod: GO-40 A B C D E

Kod: GO-41 A B C D E

Kod: GO-42 A B C D E

Kod: GO-43 A B C D E

Kod: GO-44 A B C D E

Kod: GO-45 A B C D E

Pytania z dziedziny hematologii i transfuzjologii

Kod: H-31 A B C D E

Kod: H-32 A B C D E

Kod: H-33 A B C D E

Kod: H-34 A B C D E

Kod: H-35 A B C D E

Imię

Specjalizacja

Nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Adres korespondencyjny

Ulica

Kod pocztowy

Tel. Tel. kom.

Nr domu Nr lokalu

Miejscowość

E-mail

Na Państwa odpowiedzi czekamy do 31 grudnia 2006 r. (decyduje data stempla pocztowego). Karty odpowiedzi prosimy przesyłać pod adresem:

Onkologiczne Forum Edukacyjne
c/o Medical Communications
ul. Ojcowska 11
02-918 Warszawa

Oświadczam, że wyrażam zgodę na warunkach określonych w ustawie z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (DzU nr 133 poz. 833 z późniejszymi zmianami) na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach marketingowych moich danych osobowych w związku z prowadzonymi działaniami doskonalenia zawodowego lekarzy przez firmę Medical Communications Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-918), ul. Ojcowska 11. Swoje dane podaję dobrowolnie i zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do ich przeglądania i zmiany.

Data

Podpis