

Projekt Weiterbildungscurriculum des Forums Junge Radiologie

Anonymisiertes Prüfungsprotokoll

Allgemeines

Hochschule / Ort / Ärztekammer: Bayerische Landesärztekammer

Jahr der Prüfung: 2010

Dauer der Prüfung: 60 Minuten

Anzahl und ggf. Rollen der Anwesenden: 1 Vorsitzender, 2 Prüfer

Gliederung / Ablauf der Prüfung: Querbeet durch den Gemüsegarten

Besonderheiten / Bemerkenswertes während der Prüfung:

- Alles über Beamer

Liste der abgefragten Krankheitsbilder & Diagnosen:

- Seminometastasen
- Postprimäre TB
- Korbhenkelriss
- fibröser Kortikalisdefekt
- bandförmige Verdichtung / Stressfraktur
- einseitige Facettengelenksluxation mit Interlocking
- Nephrokalzinose
- Kutisretraktion

Falldiskussion

Falldiskussion 1:

33jähriger männlicher Patient mit Thorax in 2 Ebenen. Offensichtliche bilobäre und mediastinale Lymphadenopathie. Welche Strukturen sind randbildend, wo müssen die Raumforderungen gelegen sein? Anhand des Bildes Frage nach Technik Thoraxaufnahme. KV, mA, Unterschied Hartstrahl-/Weichstrahltechnik. Warum Hartstrahltechnik? Wegen der unterschiedlichen Dichte der Strukturen im Thoraxbild. Wie würde das Bild bei 65 KV aussehen? Knochen überbetont. Diagnose? Differentialdiagnosen? Sarkoidose, Lymphom, BC (Kleinzeller - Tod kommt aus der Kulisser) – war dann Seminometastasen

Falldiskussion 2:

61jähriger männlicher Patient mit Husten und Gewichtsverlust mit Dyspnoe. Thorax p.a. (schlechte Aufnahme) Infiltrate, rechts mit Begrenzung am großen Lappenspalt, große rinförmige Struktur linkes Oberfeld. Was als nächstes? Habe die Befunde beschrieben und gesagt, dass ich ein CT machen lassen würde. Im CT rinförmige Strukturen basal, fleckig, linker Oberlappen Kaverne. Diagnose TB, Frage nach dem Muster, hämatogen vs. bronchogen (stand hier bisschen auf dem Schlauch) und schließlich primär oder postprimär? War natürlich postprimär.

Falldiskussion 3:

MRT Knie PD FS in 3 Ebenen. War der größte Korbhenkelriss, den ich je gesehen habe. Dachte deswegen, es gibt noch einen weiteren Befund, quasi als Clou, hab aber nichts weiter gesehen und Korbhenkelriss war dann richtig.

Falldiskussion 4:

Femur in 2 Ebenen eines 14jährigen Patienten mit diaphysärer Aufhellung, typisches Bild eines fibrösen Kortikalisdefekts. Hab' mich festgelegt ohne DDs und war auch richtig. Frage, warum der Defekt diaphysär und nicht metaphysär sei? Er wollte dann hören, dass der Kortikalisdefekt älter sein müsse, weil er sozusagen mit dem Knochenwachstum Richtung Diaphyse ‚gewandert‘ sei.

Falldiskussion 5:

13 jährige Patientin, Schmerzen bei Belastung, Tibia in 2 Ebenen. Lamelläre Periostreaktion. War relativ hell im Raum, hab mir aber eine bandförmige Verdichtung eingebildet. Auf Nachfrage hat er diesen Befund bestätigt. Habe mich dann auf eine Stressfraktur festgelegt. Weitere Diagnostik? Hab' gesagt, dass keine nötig ist und man, wenn die Eltern besorgt sind, eine Kontrolle in ein paar Wochen machen kann. War meiner Meinung, sie haben aber wohl damals ein MRT gemacht.

Falldiskussion 6:

CT nach HWS-Trauma in 3 Ebenen, was hat der Patient? Befund einer einseitigen Facettengelenksluxation mit Interlocking. Stabil oder instabil? Relativ stabil, auf jeden Fall stabiler als bilaterales Interlocking.

Falldiskussion 7:

Nephrokalzinose mit schlechtem Sonobild, CT und AUG auf eine Folie. DD der Ursachen, z.B. gestörter Kalziumstoffwechsel. Er hatte noch ein paar DDs auf der Folie.

Falldiskussion 8:

BWS und LWS in 2 Ebenen bei Patienten mit Rückenschmerzen? Typisches Bild eines fortgeschrittenen M. Bechterew inklusive teilweise mitabgebildete ISG mit ‚buntem Bild‘.

Falldiskussion 9:

Mammographie bds. In 2 Ebenen, wohl aus Screening? Habe eine offensichtliche Architekturstörung beschrieben. Der Begriff Architekturstörung hat im gut gefallen. Habe dann noch einen fraglichen Herd beschrieben. Herd vs. Verdichtung? In einer oder 2 Ebenen abgrenzbar. BIRADS? Hab den Begriff erklärt und mal sportlich unser Beispiel als BIRADS V eingeordnet, er hat mich dann aber auf BIRADS IV c runtergehandelt. Weiteres Malignitätsmerkmal? Treten Sie mal einen Schritt zurück! Hab dann die Kutisretraktion gesehen. Bonusfrage Procedere? MRT zum Staging bzw. mit der Frage nach bilateralem Auftreten.

Theorie-Teil

Theorie-Frage 1:

mehrere Sequenzen Kopf (T1, T2, Flair, T2*). Offensichtlicher Befund eines Cavernoms. Hat daran MR-Technik aufgezogen. Sollte SE, GE und TSE erklären. Maximale Anzahl der Echos bei TSE (echo train length)? Wusste ich nicht, aber offensichtlich 32 oder 64 (anscheinend bei 1,5 und 3 Tesla).

Theorie-Frage 2:

MRT Unterschenkel mit zwei Arten der Fettsättigung. Welche ist welche? Inhomogenes Feld spektrale Fettsättigung und stabile homogene Fettsättigung als Inversion Recovery (STIR). Unterschiede der Sequenzen erklärt und warum die spektrale Fettsättigung gerade am Unterschenkel mit großem FOV am Rand nicht greift.

Theorie-Frage 3:

Aufwärmfrage Indikationsprüfung bzw. rechtfertigende Indikation am Beispiel einer 38 Frau mit Oberbauchschmerzen, welches Protokoll im CT, Kontrastmittel oral und i.v. (Nierenwerte, TSH, Schwangerschaft).

Theorie-Frage 4:

Strahlenschutz, was tun, wenn die Mutter bei ihrem Kind während des Röntgens sein will? Bleischürze, Stabdosisimeter um Dosis im Fall des Falles abschätzen zu können.

Theorie-Frage 4:

Technik, wie funktioniert eine Röntgenröhre, charakteristische Röntgenstahlung, wo findet dieses Phänomen Anwendung? Heel-Effekt in der Mammographie. Welche Anoden- und Filtermaterialien? Wolfram, Molybdän, Rhodium.

Theorie-Frage 5:

Junges Mädchen im MRT nach Sturz vom Pferd mit umschriebener Kontusionsblutung (Hämosiderinstadium) links temporal, danach theoretische Frage zur diffusen axonalen Schädigung (was tun, wenn das CT nichts hergibt, der Patient aber nicht adquat wach wird - > MRT, hab noch was zu den typischen Lokalisation der Läsionen erzählt (Rinden/Mark-Grenze, Balken)

Theorie-Frage 6:

Thorax in 2 Ebene. Wenn würden Sie anrufen? Freie Luft rechts subphrenisch -> Allgemeinchirurgie.

Theorie-Frage 7:

CCT nativ mit chronischem SDH und akuten Einblutungen. Was will der Neurochirurg wissen? Hab gesagt, ob das Hämatom Kalottenstärke ist oder nicht wegen OP-Indikation. Er wollte aber auf die frischen Einblutungen hinaus.

Anmerkungen

Die Zeit verging wie im Flug. Wenn man nicht wusste, worauf der Prüfer hinaus wollte, wurde man bestimmt darauf hingeleitet. Und es war okay, zu sagen, dass man eine bestimmte Sache nicht wusste. Technik, insbesondere MRT war teilweise meiner Meinung nach anspruchsvoll, das Seminar in Erlangen sinnvoll, aber leider war es nicht ausreichend, sich dort nur berieseln zu lassen. Die Technik musste ich mir in der Vorbereitung trotzdem noch richtig erarbeiten. Insgesamt viele Fälle aus der täglichen Praxis und keine Kolibris.