

Projekt Weiterbildungscurriculum des Forums Junge Radiologie

Anonymisiertes Prüfungsprotokoll

Allgemeines

Hochschule / Ort / Ärztekammer: Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Jahr der Prüfung: keine Angabe

Dauer der Prüfung: keine Angabe

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

Gliederung / Ablauf der Prüfung: keine Angabe

Besonderheiten / Bemerkenswertes während der Prüfung:
Prüfung wurde am Laptop der Prüfer durchgeführt

Liste der abgefragten Krankheitsbilder & Diagnosen:

- Mammakarzinom
- Koller- und Morrison-Pouch
- Sarkom mit diversen Metastasen
- Insulinom mit Lebermetastase
- Morbus Paget
- ektopische Schilddrüse
- aneurysmatische Knochenzyste
- ACG-Sprengung
- Volvolus

Falldiskussion

Falldiskussion 1:

Sono!

Sehr schlanke Frau. Sollte einfach mal anfangen, wie ich einen Bauch untersuchen würde und hab mit Oberbauchquerschnitt angefangen. Pankreas war nicht zu sehen wegen Luft. Dann Leber (Frage: Kann man die Gallengänge sehen? Antwort von mir: Nein, nur wenn pathologisch erweitert.)

Gallenblase darstellen, Choledochus darstellen (Schräg rechter Oberbauch in der Nabel-Schulter-Linie zu finden, hab ich dann noch gesagt), dann beide Nieren darstellen und dann war's vorbei (Hab bei den Nieren noch Koller- und Morrison-Pouch erwähnt und Parenchymsignal Niere und Leber ähnlich).

Falldiskussion 2:

Thorax CT, dass ich selbst durchscrollen konnte, mit Angaben Schulterschmerzen bzw. eigentlich tut alles weh.

Hatte eine große Osteolyse mit Weichteilplus an der Schulter rechts und dann weitere Osteolysen mit Weichteilplus an Rippen und Wirbelkörpern. Mediastinale Lymphknoten. Pulmonale Rundherde.

Im Abdomen multiple Leberherde, hypodens, unscharf.

Sollte dann sagen, ob ich einen Primarius ausmachen kann. Hab dann gesagt evtl. BroCa oder Leber-Ca. War's nicht, war ein Sarkom mit diversen Metastasen. Seiner Meinung nach aber auch eher selten mit so vielen Metastasen.

Falldiskussion 3:

junge Frau mit Hypoglykämien. Hatte 2 runde Raumforderungen kaudal vom Pankreas (fraglich angrenzend) und eine fraglich im Pankreaskopf (die im Kopf hab ich aber erst auf seinen Hinweis hin gesehen), zumindest die 2 angrenzend an das Pankreas kräftig KM-anreichernd. Sollte mir dann die Leber angucken, ob da eine Läsion ist und hab eine kleine, arteriell stark anreichernde Raumforderung entdeckt. Er wollte dann wissen, was ich bei einer jungen Frau denken würde, wenn ich nur die Leberläsion sehen würde (einfach: Hämangiom) und im vorliegenden Fall? Hab dann gesagt Insulinom mit Lebermetastase, war korrekt.

Falldiskussion 4:

Hat mir dann einen auffälligen Femur mit Fraktur gezeigt und ich sollte die Pathologie beschreiben (war so osteolytisch, streifig, z.T. verdickt) und hat mir dann noch die LWS gezeigt, mit weiteren Veränderungen ossär und meinte dann, ob das monoostotisch oder polyostotisch ist (polyostotisch, mehre Knochen, mehrere Veränderungen) und da hat's dann „Klick“ gemacht und als er nach der Verdachtsdiagnose fragte, war meine Antwort Morbus Paget. War richtig.

Falldiskussion 5:

junge Frau mit Schluckbeschwerden. Hatte geschwollene Tonsillen, Lymphknoten zervikal beidseits und eine große Raumforderung mittig im Zungengrund (hab erst rechtsseitig gesagt, er meinte, die wäre schon recht mittig). Hat homogen KM angereichert. Wenn ich an Malignom denken würde, an welches? Hab dann Lymphom gesagt, wollte er hören. (Damit hatte ich den Fall dann schon bestanden, meinte er 😊).

War aber kein Lymphom. Er hat dann weiter nach unten gescrollt und die Schilddrüse war nicht zu sehen und dann meinte ich, dass es dann wohl eine ektope Schilddrüse ist. War es dann auch. Er hat sich über den Fall gefreut, weil der so schön ist und man das einfach mal gesehen haben muss. (Warum die Tonsillen und Lymphknoten allerdings geschwollen waren, wurde dann nicht weiter vertieft – wahrscheinlich Läuse und Flöhe).

Falldiskussion 6:

Humerus einer 16jährigen mit Zufallsbefund einer aneurysmatischen Knochenzyste und a.e. einem alten Fragment. Sollte erst die Pathologie beschreiben und dann hat die Diagnose nennen. War recht eindeutig.

Falldiskussion 7:

ACG-Gelenk mit hochstehender Clavicula. Hat gefragt, was ich sehe (ACG-Sprengung), wie man die einteilt (Tossy) und welche Tossy ich geben würde (war Tossy III).

Falldiskussion 8:

Abdomen-CT mit akutem Abdomen. Man sah schon direkt die dilatierten Darmschlingen. Meinte dann zu mir, ich soll am besten koronar durchgucken, da wäre es am offensichtlichsten (da weiß man ja im Grunde schon, was einen erwartet). Hatte dann im Unterbauch einen schönen „Wirbel“ im Sinne eines Volvolus. Zack, Fall gelöst.

Falldiskussion 9:

Mamma-MRT. Sollte befunden (hatte eine T2 offen) und die Raumforderung war nicht zu übersehen. Dann sollte ich sagen, welche Sequenz ich haben möchte, hab dann eine KM-Sequenz gesagt und da war die Raumforderung leicht lobuliert, spikuliert. Hab dann gefragt, ob es eine KM-Kurve dazu gibt (gab's nicht) und er meinte dann, was ich erwarten würde wie die aussieht (rascher Anstieg, anschließend rasches Washout) und ob es auch Raumforderungen gibt, die kein Washout haben (gibt es, die haben dann ein Plateau), aber welche z.B. wollte er dann nicht mehr hören.

Wollte dann noch wissen, welche Sequenz dem Röntgenbild am ähnlichsten ist. Ich hab auf die MIP getippt, aber er meinte die T1, weil man da das Drüsengewebe in Relation zum Fett am besten sehen kann).

Falldiskussion 10:

Dann hat er eine Mammographie geöffnet mit einer mehr als deutlich sichtbaren, spikulierten Raumforderung und wollte wissen, ob ich die für maligne halte (ja, weil lobuliert, spikuliert und Mikrokalk). Nachfrage von ihm welcher Kalk auf Malignom hinweist (polymorph, gruppiert) und warum man eine Röntgenuntersuchung für Weichteiltumore in Weichgewebe macht, das wäre doch eigentlich unsinnig. Ich meinte dann, weil man den Kalk sehen will, weil der ja auf Malignome hinweist. Dann wollte er wissen, wo in der Raumforderung der Kalk ist und ich meinte dann duktal, war korrekt.

Theorie-Teil

Theorie-Frage 1:

Stichwort Pankreas: Was für ein Programm fährt man!? Hab dann gesagt „Nativ, arterieller Oberbauch und Abdomen venös“ Nachfrage von ihm, ob nativ immer. Meinte dann, wenn wir noch nichts haben und Frage Pankreatitis (evtl. auch chronisch oder in der Anamnese), macht's nativ Sinn, wegen Verkalkungen. Fand er gut. Dann wollte er wissen, ob mit oraler Kontrastierung, hab dann gesagt nicht mit positivem Kontrastmittel (Barium oder so), weil's überstrahlt, sondern Wasser zB.

Theorie-Frage 2:

Welche Fachkunden kennen Sie? (Rö, CT, Intervention), was muss man dafür machen? (Zahlen, bestimmte Anzahl Monate, Strahlenschutzkurs) Wie nennt man den Abschnitt Monate und Zahlen? (Sachkunde)

Theorie-Frage 3:

Was braucht man, um von einer pathologischen Fraktur zu sprechen? Fraktur mit inadäquatem Trauma war meine Antwort, hat ihm gereicht.

Theorie-Frage 4:

Prüfer 1 hat gefragt, was aus dem Röntgengesetz geworden ist und wollte da hören, dass es jetzt ein Strahlenschutzgesetz gibt mit neuer Strahlenschutzverordnung. Was ist da neu? Hab dann die Dosisreduzierung der Augenlinse (von 150 auf 20 mSv/Jahr) erwähnt und den medizinischen Physikexperten (dass der mit einbezogen werden muss, aber nicht immer anwesend sein muss, dass der für neue Anlagen ab sofort dabei sein muss, für existierende Anlagen hat man bis 2022 Zeit) und dann meinte er, dass ich da ja ziemlich genau Bescheid weiß und dann war das auch abgehakt.

Theorie-Frage 5:

Mamma-MRT gezeigt und wollte wissen, was man da so für Sequenzen fährt.

Theorie-Frage 6:

wann läuft Screening (zwischen 50 - 70 Jahre, ich hatte schon ab 40 gesagt), und warum in Deutschland erst mit 50 (hab auf Postmenopause getippt, war richtig).

Anmerkungen

Während des Lernens ist mir aufgefallen, dass wir hier im Maximalversorger wirklich sehr, sehr viel zu Gesicht bekommen und man allein dadurch auch schon eine gewisse Sicherheit bekommt.