

Projekt Weiterbildungscurriculum des Forums Junge Radiologie

## Anonymisiertes Prüfungsprotokoll

### Allgemeines

Hochschule / Ort / Ärztekammer: Bayerische Landesärztekammer

Jahr der Prüfung: 2021

Dauer der Prüfung: 45 Minuten

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

Gliederung / Ablauf der Prüfung: Jeder Prüfer für sich.

Besonderheiten / Bemerkenswertes während der Prüfung: keine Angabe

Liste der abgefragten Krankheitsbilder & Diagnosen:

- intrakonales Hämangiom
- Cholezystolithiasis
- Leberhämangiom
- fibröse Dysplasie
- Echinococcus-Zysten
- Spondylodisziitis mit paravertebralem Abszess
- Sarkoidose der Milz
- Pankreastumor
- obstruktive Cholestase
- Neurofibrome
- GIST
- Nierenzyste

### Falldiskussion

Falldiskussion 1:

Sie sehen ein Ultraschallbild vor sich. Was genau sehen Sie dort?

- ➔ Cholezystolithiasis mit ausgedehntem Schallschatten. CT-Abdomen ebenfalls mit Cholezystitis bei Cholezystolithiasis, keine verkalkten Konkremente, sondern Cholesterinsteine.

Falldiskussion 2:

CT Abdomen nativ, art, pv

- ➔ eindeutiges, kleines Leberhämangiom.

Falldiskussion 3:

CCT im Knochenfenster mit ausgedehnter fibröser Dysplasie

Falldiskussion 4:

Röntgen-Thorax in 2E: Große, dichte Läsion, die sich auf das rechte hintere Lungenmittelfeld projiziert hat. DD in dieser Lage neurogene Tumoren, extramedulläre Hämatopoese wegen fehlendem Kontakt zur Wirbelsäule unwahrscheinlich DD Bronchogene Zyste. CT-Tho/Obb der gleichen Patientin. Zwei blande aussehende Zysten in der Leber.

Ich hab alles andere kommentiert und angeschaut, er beharrte, dass noch etwas Pathologisches sei.

Schicken Sie Patienten mit Leberzysten, die blande aussehen wieder weg? Ich gebe einen Tip: Junge Patientin aus Südafrika. Also -> Zysten bei parasitärer Erkrankung.

Welche genau? Echinococcus-Zysten.

#### Falldiskussion 5:

CT-Thorax, 3 kleine Bilder im Lungenfenster, ein Weichteilfenster. Hab etwas gebraucht, bis ich die kleinen Mikronoduli auf diesen Briefmarken einem perialveolären Muster zuordnen konnte, war nämlich wohl „typisches tree-in-bud“, naja.... Vereinzelte Rundherde mit spiculaeartigen Ausziehungen haben mich eher in Richtung Metastase denken lassen, war aber eine bronchogene Streuung einer Tbc mit kleinen beginnenden kavernenösen Einschmelzungen. Im axialen Weichteilfenster eine Gewebevermehrung um einen Wirbelkörper, war in Zusammenschau dann eine Spondylodisziitis mit paravertebralem Abszess.

#### Falldiskussion 6:

CT Oberbauch: LK im Leberhilus und komisches Milzmuster (nur arteriell). Dann zugehöriges CT-Thorax. Bewegungsartefakte und extrem schlechte Bildqualität, dann habe ich aber doch flau Mikronoduli in den apikalen Abschnitten entdeckt. Hiläre LK waren eh gut sichtbar. Also Sarkoidose II. Und der OBB-Befund? Sarkoidose der Milz.

#### Falldiskussion 7:

Pankreastumor erst CT –was machen Sie dann? Endosono/ERCP. Wollte eigentlich MRT hören. In der MRCP dann klar, dass es eine maligne entartete Hauptgang IPMN war

#### Falldiskussion 8:

CT Abdomen: DHC erweitert, sah auch inhomogen wandverdickt aus–z.B. Klatskin? Dann Bilder mit Erweiterung auch im Pankreaskopf-Verlauf –also doch obstruktive Cholestase. Ursachen? Stein oder Papillenstenose. Wie sehen Sie Konkreme am besten? ERCP, MRCP, im CT nur, wenn sie verkalkt sind.

#### Falldiskussion 9:

Rö-Thorax ap: erweiterter Aortenbogen – Aneurysma? schauen Sie weiter unten: wie geringes Aortenkinning. Zugehöriges CT: insgesamt 3 Läsionen: am Aortenbogen, hinter der Aorta und paravertebral: Neurofibrome bei NF 1.

#### Falldiskussion 10:

CT-Abdomen + MRT: Nierenzyste Bosniak 4 links

#### Falldiskussion 11:

eine transversale Schicht Abdomen-CT: Ausgedehnter Tumor, a.e. Dünndarm, Lymphom oder GIST. War GIST.

#### Falldiskussion 12:

CCT: nur im linken Orbitatrichter eine kleine Läsion gesehen. Zugehöriges MRT: T2 hyperintens. Deutliches KM-Enhancement -> intrakonales Hämangiom

## Theorie-Teil

### Theorie-Frage 1:

Kennen Sie den ????-Nies-Test? (vermutlich Gitzenberger-Nies-Test)

Ich kann mich nicht mal an den Namen von diesem komischen Test erinnern und musste die Frage schlicht und einfach auch mit nein beantworten.

Wie können Sie feststellen, ob ein Patient eine reelle Zwerchfellparese hat?

Anscheinend lässt man die Patienten dann unter Durchleuchtung schnell Luft über die Nase ausstoßen. Ich hatte nur von Aufnahmen in In- und Expiration usw. erzählt, aber diese „forcierte Rotzen“ (O-Ton) wollte er hören. Ich dachte zu Beginn „Nies“-ist ein Name, nicht das Niesen.

#### Theorie-Frage 2:

Wie gehen Sie vor, wenn Sie einem Patienten KM geben wollen, beispielsweise i.v.-KM für eine CT-Untersuchung?

- Allergianamnese. Kreatinin/GFR Grenzwerte. TSH.

#### Theorie-Frage 3:

Was tun Sie genau, wenn die GFR zwischen 30 und 45 ist?

- Patient wässern mit beispielsweise Nabic, Ringerlösung oder NaCl. Der Anästhesist hat eingehakt, dass man aus anästhesiologischer Sicht aufgrund des Cl eigentlich auf keinen Fall NaCl geben sollte.

#### Theorie-Frage 4:

Kennen Sie Erkrankungen, bei denen man besonders auf die Nierenfunktion im Zusammenhang mit KM achten sollte?

- Plasmozytom und Amyloidangiopathie. Er hat nur kurz genickt.

#### Theorie-Frage 5:

Was tun Sie, wenn das TSH erniedrigt ist?

- Zuerst klären, ob beispielsweise Z.n. Thyreoidektomie und medikamentöse Substitution, ansonsten T3, T4 bestimmen.

Was, wenn diese im Normbereich?

- Irenat-Tropfen.

Welche Dosierung?

- 60 Tropfen vorher, dann 2x30 für 10 Tage

#### Theorie-Frage 6:

Kleiner Exkurs zu Nierensteinen –welche Untersuchung?

- low dose CT-Abdomen.

Sieht man CT-morphologisch alle Konkremente aus dem Harntrakt?

- im Grunde ja, bis auf ganz ganz seltene Ausnahmen.

#### Anmerkungen

Keine gute Atmosphäre, aber fachlich sehr fair.