

FAZKSOB GmbH Radiologie – Cuno-Niggel-Str. 3 - 83278 Traunstein

STANDORT KLINIKUM TRAUNSTEIN

Dr. med. J. Fuchs
Dr. med. C. Vogel-Minea
Dr. med. S. Haslinger
E. Schmidt
Dr. med. O. Greil
Dr. med. R. Roggel
K. Atzenberger
Dr. med. univ. C. Ketterl

Cuno-Niggel-Straße 3
83278 Traunstein
T 0861 - 705-2620
F 0861 - 705-2629

Traunstein, 08.08.2025/as

Sehr geehrte Frau Kollegin,

Betr.: Rudolf S. [REDACTED] geb. am [REDACTED] 1961

**Besten Dank für die freundliche Überweisung Ihres oben genannten Patienten.
Wir haben folgende Untersuchung(en) durchgeführt:**

CT Hals/Thorax/Abdomen vom 08.08.2025Indikation: Metastasiertes Prostatakarzinom, Restaging.Voruntersuchung: Diverse Voruntersuchungen, zuletzt vom 21.11.2024.Technik: CT-Hals, Thorax und Abdomen mit oraler (7,5 mm Telebrix) und i.v.-Kontrastierung (100 ml Accupaque 350), monophasisches Untersuchungsprotokoll in venöser Technik. Multiplanare Rekonstruktionen in axialer, sagittaler und coronarer Schichtführung.

Befund:

Hals:

Miterfasster Hirnanteile orientierend unauffällig. Miterfasste NNH sowie Mastoidzellen frei belüftet. Zunge, Pharynx und Larynx ohne wesentlichen Befundwandel; vorbestehend Einengung der Vallecula bzw. des Sinus piriformis links durch medialisierten Verlauf der A. carotis interna sowie ovaläre hyperdense Läsion links anterolateral vor dem Os hyoideum bzw. in der Mundbodenmuskulatur, axial ca. 13 x 9 mm. Keine pathologischen Lymphknoten sub-/retromandibulär, parajugulär bzw. im Verlauf der zervikalen Gefäßnervenstraße und nuchal. Multiple Clips in der Loge der Glandula thyroidea DD Z.n. Thyreoidektomie; kein abgrenzbares Restparenchym der Schilddrüse. Glandula parotidea und submandibularis unverändert.

Thorax:

Etwas elongierter Verlauf und Kalibererweiterung der thorakalen Aorta, maximales Diameter im Bereich der Aorta ascendens ca. 40 mm. Weiterhin keine pathologischen Lymphknoten in der oberen Thoraxapertur, mediastinal und bds. hilär. Herz unverändert konfiguriert. Kein Pleura-/Perikarderguss. Die Strukturstörungen im basalen Oberlappen links und kranialer Unterlappen links mit diffusen flauen Milchglatrübungen, Retikulationen und teilweise subpleuraler kleinzystischer Transformation/Emphysem erscheint etwas rückläufig. Weiterhin zentral betonte geringgradige Bronchialwandverdickungen. Keine neu Rundherde. Unverändert Bulla antero- medial am Unterlappen rechts mit axial ca. 14 mm.

Abdomen:

Milz mit unveränderter Größe und Konfiguration. Bekannte hypodense Leberläsionen in beiden Lappen ohne fassbaren Befundwandel, größte Läsion dorsomedial im rechten Lappen weiterhin axial ca. 12 mm. Gallenblase

gefüllt, Wandung nicht verdickt, keine intraluminalen Konkremente. Nebennieren unverändert. Lieber Atrophisches Pankreas. Keine Erweiterung der intra- und extrahepatischen Gallenwege sowie des Duktus wirsungianus. Intestinum ohne auffällige Wandverdickung oder Kalibersprung. Nabelhernie mit Fett im Bruchsack. Harnblase gefüllt mit vorbestehender Aussackung der Vorderwand nach links bei Rektusdiastase bzw. teilweise Atrophie des M.rectus abdominis. Z.n. pelviner Lymphknoten Dissektion, multiple Clips entlang der Beckenwand bds. Vermehrt Fett im Leistenkanal bds., links ausgeprägter als rechts DD Leistenhernien. Bekannte Schwellkörper Prothese mit entsprechender Artefaktbildung. Keine pathologischen Lymphknoten retroperitoneal parakaval, interaortokaval, paraaortal, iliakal und inguinal. Geringe vorwiegend kalzifizierende Atherosklerose der Aorta abdominalis und Beckenarterien, etwas elongierter Verlauf der Beckenarterien. Im Wesentlichen unverändert zur Voruntersuchung geringe Fettgewebsimbibierung mesenterial links im Mittelbauch mit vermehrten und teilweise gering vergrößerten Lymphknoten, Kurzachsendurchmesser bis ca. 7 mm.

Skelett:

Analog zur Voruntersuchung umschriebene Läsionen mit Osteolyse in BWK 1, BWK 5, BWK 8 bis BWK 11, LWK 1 und LWK 4 sowie ohne fassbaren Befundwandel. Unverändert einzelne kleinen Sklerosierungen, exemplarisch anterior in LWK 1 ohne fassbaren Befundwandel. Unverändert Läsion mit peripherer Sklerosierung und zentraler Dichteminderung in der Beckenschaufel links. Mehrere kleine Sklerosierungen am Beckenskelett ohne wesentlichen Befundwandel. Deutliche Degeneration der Symphyse. Im Wesentlichen unverändert diffuse Mehrsklerosierung am Os ischii bds. Deutliche Degeneration an der HWS sowie teilweise segmental an der BWS und beginnend an der LWS.

Beurteilung:

Weiterhin kein Anhalt für Lokalrezidiv.

Keine neue Lymphadenopathie.

Hypodense Leberläsionen ohne Befundwandel DD Zysten.

Unverändert mehrere Läsionen mit Osteolyse an der BWS und LWS und Läsion in der Beckenschaufel links DD Residuen ossäre Metastasen; keine eindeutig neuen Läsionen.

Regredienz pulmonaler Veränderungen im basalen Oberlappen und kranialen Unterlappen links DD postentzündlich; für eine Lymphangiose erscheint der Befund eher nicht typisch. Hinweis auf milde (chronische) Bronchitis, klinisches Korrelat?

Bild wie bei mesenteriale Pannikulitis, kein wesentlicher Befundwandel.

Unklare hyperdense Läsion vor dem Os hyoideum links bzw. in der Mundbodenmuskulatur, im langfristigen Verlauf unverändert; ggf. weitere Abklärung mittels Sonografie oder MRT.

Elongation und dilatative Angiopathie der thorakalen Aorta, dabei Ektasie der Aorta ascendens (ca. 40 mm)

[Redacted Signature]

(Facharzt für Radiologie)

Dieser Befund wurde direkt aus dem Schreibsystem als Fax versendet und ist auch ohne Unterschrift gültig.