

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

## Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

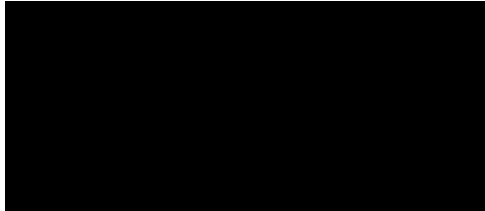
Direktor: Prof. Dr. med. Kotzerke

## Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Direktor: Prof. Dr. med. Ralf-Thorsten Hoffmann



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden



Tel.: (0351) 458-2359

Fax.: (0351) 458-4378

nuklearmedizin@uniklinikum-dresden.de

<http://www.tu-dresden.de/mednukl>

Dresden, den 12.09.2023

**Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen  
Universität Dresden**  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 4 58 - 0

Postanschrift  
01304 Dresden

[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

Pat. [REDACTED] geb. am [REDACTED] 1952.  
wohnhaft [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
wir berichten Ihnen über folgende Untersuchung bei o.g. Patienten.

### Positronen-Emissions-Tomographie mit $^{18}\text{F}$ -FDG am PET/CT vom 12.09.2023.

#### Klinische Angaben und rechtfertigende Indikation:

SPN rechts (ED:7/2023), V.a. Nebennierenmetastase rechts, solitäre hepatische und ossäre Metastase (LWK 4). Untersuchung zur Charakterisierung.  
Injektion von 302 MBq  $^{18}\text{F}$ -FDG i.v. bei 114 kg Körpergewicht. Blutzucker zum Injektionszeitpunkt 5,2 mmol/l. Ab 75 min p.i. Akquisition vom proximalen Oberschenkel bis zur Schädelbasis. CT-basierte Schwächungskorrektur.

#### PET:

Pleurale Radiotracerakkumulation rechts dorsolateral (SUVmax 3,9) sowie flauere Radiotracerakkumulation in der größtenregrediente pulmonale Läsion rechts im Unterlappen (SUVmax 3,9). Lediglich flauere Radiotracerakkumulation im dorsalen Unterlappen rechts (SUVmax 3,0) im Seg. 10. Intensive Radiotracerakkumulation rechts dorsal auf Höhe der oberen Thoraxapertur (SUVmax 23,8). Zentrale Radiotracerakkumulation in der Prostata, a.e. Anteil der Urethra entsprechend. Radiotracerakkumulation am gastroösophagealen Übergang, a.e. entzündlich bedingt. Geringe Radiotracerakkumulation in der Osteolyse im LWK 4 (SUVmax 6,8). Darüber hinaus regelrechte Aktivitätsverteilung in den übrigen dargestellten Körperregionen.

#### CT:

Siemens Biograph 64, low dose nativ; axiale Primärrekonstruktionen im Weichteil- und Lungenfenster in 2 und 3 mm Schichtdicke; multiplanare Rekonstruktionen im Weichteil- und Knochenfenster.

Zum Vergleich liegt das externe CT vom 26.07.23 vor. Unauffällige Darstellung des partiell abgebildeten Neuro- und Viszerokraniums. Freie Pneumatisation der NNH und Mastoide. Soweit bei Aufhärungsartefakten beurteilbar, seitensymmetrische Darstellung der Halsweichteile. Keine Lymphadenopathie zervikothorakal. Grenzwertig großes Herz. Aortenklappensklerose. Aorten- und Koronarsklerose. Ösophagus und Tracheobronchialsystem unauffällig. Neu abgrenzbarer Rundherd

**Vorstand:**  
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht  
(Sprecher)  
Frank Ohi

**Vorsitzender des  
Aufsichtsrates:**  
Prof. Dr. G. Brunner

**Bankverbindungen:**  
Commerzbank, vorm.Dresdner  
Bank  
Konto-Nr. 509 050 700  
BLZ 850 800 00  
SWIFT-BIC DRES DE FF 850  
IBAN DE86 8508 0000 0509  
0507 00

Ostsächsische Sparkasse  
Dresden  
Konto-Nr. 3 120 137 781  
BLZ 850 503 00  
SWIFT-BIC OSDD DE 81  
IBAN DE28 8505 0300 3120  
1377 81

Deutsche Kreditbank AG  
Konto-Nr. 11 207 370  
BLZ 120 300 00  
SWIFT-BIC BYLADEM1001

im rechten Unterlappen, Segment 10, ca. 6 mm LAD (S 8, B 74). Im Vergleich zur Voruntersuchung besser abgrenzbarer Rundherd im rechten Unterlappen, Segment 8, 23 mm LAD (S 8, B 83). Größenregredienter Rundherd im rechten Unterlappen, Segment 9, ca. 22 mm LAD (S 8, B 91). Kein Pleuraerguss. Neu abgrenzbare kutane/ subkutane Verdichtung am rechten oberen Rücken Höhe BWK 2, ca. 18 mm LAD. Glatt berandete Leber. Gallenblase ohne Konkrement. Pankreas und Milz unauffällig. Rechte Nebenniere plump, linke Nebenniere schlank. Keine Harntransportstörung und kein Konkrement. Kortikale Nierenzyste links. Harnblase unauffällig. Prostata vergrößert. Gastrointestinaltrakt ohne Wandverdickung oder Kalibersprung. Kolondivertikulose. Kein Aszites. Keine Lymphadenopathie abdominal und inguinal. Angiosklerose. Keine malignitätssuspekte ossäre Läsion. Im kurzen Verlauf konstante, randsklerosierte osteolytische Läsion LW 4. Degenerative Veränderungen des erfassten Skeletts.

**Beurteilung:**

Deutlich größenregrediente Konsolidierung im rechten Unterlappensegment 9, neu abgrenzbarer Rundherd im rechten Unterlappensegment 10 und besser abgrenzbarer Rundherd im rechten Unterlappensegment 8 subpleural jeweils mit lediglich flauer FDG-Aufnahme, möglicherweise postentzündlich (DD: Unterlappensegment 9 Infarktpneumonie/Kugelatelektase) zu werten. Eine maligne Genese ist deutlich weniger wahrscheinlich. Zur VU vom 26.07.2023 neu abgrenzbare kutane/subkutane FDG-aufnehmende Läsion am rechten oberen Rücken Höhe BWK 2, a.e. entzündlich bedingt (DD: Pustula, Furunkel), klinische Korrelation empfohlen. Im kurzen Verlauf konstante, randsklerosierte osteolytische Läsion LW 4 mit lediglich geringer FDG-Aufnahme, DD Knochenzyste. Kein Anhalt für Nebennierenmetastase rechts.