

**ΨΗΦΙΑΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΤΟΜΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΑΜΦΟΤΕΡΩΝ
ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ**

PATIENT NAME			
HIS ID		GESY REGISTRY NO	321472
EXAMINATION DATE	08-09-2023(11:03)	GESY REFERRAL NO: 66709937 EXAM CODE: 76641-50 EXAM DESCRIPTION: Ultrasound, breast, unilateral, real time with image documentation, including axilla when performed; complete	
DATE OF BIRTH			
POLICE ID			

Λόγος της εξέτασης: Ατομικό ιστορικό χειρουργηθέντος Ca δεξιού μαστού (Οκτώβριος 2021). Ακτινοθεραπεία. Καλοήγητης χειρουργική βιοψία στο άνω ημιμόριο του ιδίου μαστού (αφαίρεση δύο σε αριθμό ινοαδενωμάτων, χωρίς ευρήματα κακοήθειας).

Οικογενειακό ιστορικό: Αρνητικό οικογενειακό ιστορικό για Ca μαστού, Ca ωοθηκών και Ca προστάτη αδένα.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ:

Μαστοί με διάσπαρτες περιοχές πυκνότητας ινοαδενικού ιστού, ACR B.
Διαταραχή της αρχιτεκτονικής στον οπισθοθηλαίο άξονα του δεξιού μαστού όπου παρατηρούνται και δυστροφικές επασβεστώσεις στα πλαίσια λιπονέκρωσης.
Χειρουργικά clips στον οπισθοθηλαίο άξονα του μαστού εγγύς του θωρακικού τοιχώματος.
Ήπια πάχυνση του δέρματος του δεξιού μαστού, μετεγχειρητικής - μετακτινικής αιτιολογίας.
Δεν παρατηρούνται ύποπτες μάζες ή ύποπτες μικροαποπιτανώσεις τους μαστούς.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ:

Η εξέταση έγινε με σύστημα υπερήχων Siemens ACUSON S2000 ABVS Ultrasound με αυτοματοποιημένη τρισδιάστατη απεικόνιση καθώς επίσης και με κλασική δισδιάστατη απεικόνιση.

Ανομοιογενής ηχοδομή του υποστρώματος.

Δεξιός μαστός:

Χειρουργική ουλή στον άξονα της 12ης ώρας του μαστού όπου παρατηρείται κυστική συλλογή διαμέτρου 15 χιλιοστών περίπου.

Χειρουργική ουλή στον άξονα της 3ης ώρας του μαστού χωρίς υποκείμενη συμπαγή αλλοίωση ή παθολογική αγγείωση.

Απουσία παθολογικής λεμφαδενοπάθειας στην δεξιά μασχαλιαία χώρα.

Αριστερός μαστός:

Μικρή επιπλακείσα κύστη διαμέτρου 5 χιλιοστών περίπου στον άξονα της 12ης ώρας του μαστού.

Δεν παρατηρείται εξεργασία συμπαγούς υφής στον αριστερό μαστό.

Ολιγάριθμοι λεμφαδένες με καλοήγητη απεικονιστικά χαρακτηριστικά στην αριστερή μασχαλιαία χώρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Δεξιός μαστός: ACR: B BI RADS 2.

Αριστερός μαστός: ACR: B BI RADS 2.

Συνιστάται μαστογραφικός ή / και υπερηχογραφικός επανέλεγχος μετά πάροδο έτους.

Dr. Maria Pantziara Skapoullis
Diagnostic Radiology Consultant

(The report has been electronically signed), 12-09-2023 10:34

Dr. Galateia Skouroumouni
Diagnostic Radiology Consultant