

MVZ Radiologie Tempelhof GmbH • DBT / MRCT
Mariendorfer Damm 26, D-12109 Berlin-Tempelhof

Herrn Dr. med. M. Swari
Facharzt für Orthopädie
Leonberger Ring 4

12349 Berlin

Betr.: Detlef Kratz, geb.: 14.05.1946
Am Eichenquast 44, 12353 Berlin

Sehr geehrter Herr Kollege,
vielen Dank für die freundliche Überweisung des o. g. Patienten.

Dr. med. Jörg Büsselberg *
Andreas Gierke *
Dipl.-Med. Jacqueline Janke
Sven Lüssern
Elke Magerl
Kornelia Lindner
MVZ Radiologie Tempelhof GmbH
* Geschäftsführer

Mariendorfer Damm 26
D-12109 Berlin-Tempelhof
www.radiologie-berlin.de
www.brustzentrum-tempelhof.de
Digitale Mammographie
Tomosynthese • Ultraschall (3D)
MR-Mammographie
Mamma-Interventionen / Biopsien
Tel. 030 - 705 500 90 90
Fax 030 - 705 500 90 99
Kernspintomographie (MRT)
Gelenk-MRT (1,5T)
Computertomographie (CT)
Knochendichte / Osteoporosevorsorge
Tel. 030 - 705 500 90 0
Fax 030 - 705 500 90 11

Berlin, 13.11.2024
Z: Lüs/Sr

Kernspintomographie MRT LWS am 12.11.2024

Technik: FRFSE T2 und FSE T1 sag. FRFSE T2 bef.bez.ax. SSFSE T2 und STIR cor.
Ergänzende Serie STIR sag.

Klinik: Kreuzschmerz. Anamnestisch Z.n. Exstirpation eines Lipoms vor ca. 2 Jahren. Weiterhin sei rechts ein Lipom tastbar. Eine intravenöse Kontrastmittelanwendung wird vom Patienten ausdrücklich abgelehnt.

Auswertung und Beurteilung:

Rechts dorsal im subkutanen Raum eingebettet findet sich eine sowohl T1-gewichtet als auch T2-gewichtet mit einer deutlichen Kapsel versehene rundliche Strukturveränderungen mit T1-gewichtet eher hyperintensum Binnensignal bei T2-gewichtet zum Teil hyperintensum zum Teil hypointensum Anteilen. Ausdehnung der Läsion ca. 2,5 cm in der axialen Schichtführung bei einer kraniokaudalen Ausdehnung von ca. 1,7 cm. Keine Signalveränderungen perifokal. In erster Linie wäre hier an eine abgekapselte Fettgewebsnekrose zu denken. Ggf. dennoch Exstirpation und histologische Abklärung empfohlen.

Kein Nachweis sonstiger subkutaner Strukturveränderungen. Eher atrophe Darstellung der autochthonen Rückenmuskulatur. Blockwirbelbildung von LWK 1 und LWK 2, der entsprechende Zwischenwirbelraum erscheint vollständig knöchern überbaut. Alter ventraler Deckplatteneinbruch LWK 1.

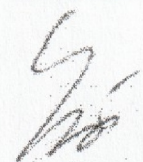
LWK 2/3: Osteochondrose mit aufgebrauchten Zwischenwirbelraum. Ventral und dorsal betonte Spondylophyten. Geringe bilaterale dorsale Bandscheibenprotrusion. Kein Prolaps. Arthrose der Facettengelenke bds. Insgesamt hier allenfalls mäßiger spinaler Enge, keine auffällige neuroforaminale Enge.

LWK 3/4: Osteochondrose mit Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes sowie ventral betonten Spondylophyten. Geringe bilaterale dorsale Bandscheibenprotrusion. Kein Prolaps. Arthrose der Facettengelenke bds. Insgesamt hier keine auffällige neuroforaminale oder spinale Enge.

LWK 4/5: Osteochondrose mit Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes. Bilaterale dorsale Bandscheibenprotrusion. Kein Prolaps. Arthrose der Facettengelenke bds. Auch hier keine auffällige neuroforaminale oder spinale Enge.

LWK 5/SWK 1: Geringe bilaterale dorsale Bandscheibenprotrusion. Kein Prolaps. Geringe Facettenarthrosen. Hier mäßige knöchern und discogen bedingte Einengung des linken Neuroforamens mit möglicher geringer intraforaminale Affektion der linken L5-Wurzel.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Sven Lüssern
Facharzt für Diagnostische Radiologie