

Von den zahlreichen anatomischen Varianten ist ein atypischer Verlauf der V. azygos (104) noch relativ häufig: Sie kann von dorsal mit einer Pleuraumschlagsfalte durch das apikale, rechte Lungenparenchym zur V. cava superior (92) ziehen und dadurch einen sogenannten „Lobus venae azygos“ vom übrigen Teil des rechten Oberlappens abtrennen. Diese Variante wird meist schon in der konventionellen Thorax-Übersichtsaufnahme (Abb. 88.1) als Zufallsbefund (➔) erhoben und hat keinen Krankheitswert. Die Abb. 88.2 bis 88.4 zeigen den atypischen Gefäßverlauf im CT-Bildbeispiel.

Seltener sind atypische Abgänge der supraaortalen Äste des Aortenbogens (89), z.B. die A. subclavia dexter, die als „A. lusoria“ eine pathologische Raumforderung des oberen Mediastinums vortäuschen kann.

Beachten Sie die oft bizarre oder zipfelig ausgezogene Konfiguration des Drüsenparenchyms (72) im Fettgewebe (2) der normalen weiblichen Mamma (Abb. 88.4).

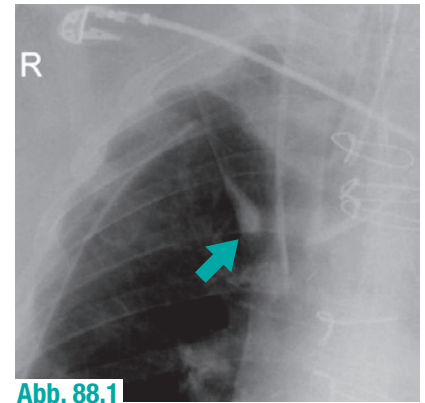


Abb. 88.1



Abb. 88.2a

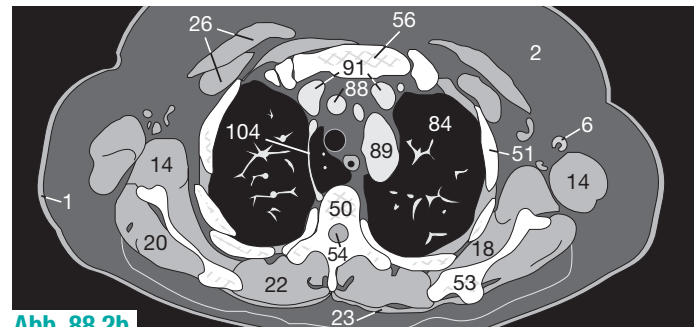


Abb. 88.2b

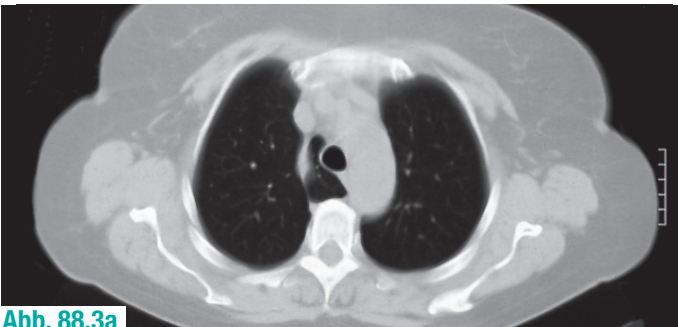


Abb. 88.3a

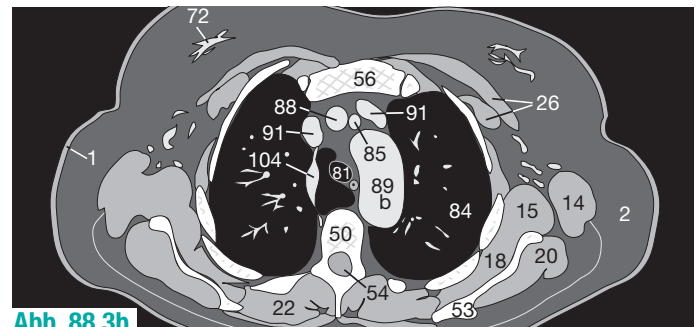


Abb. 88.3b

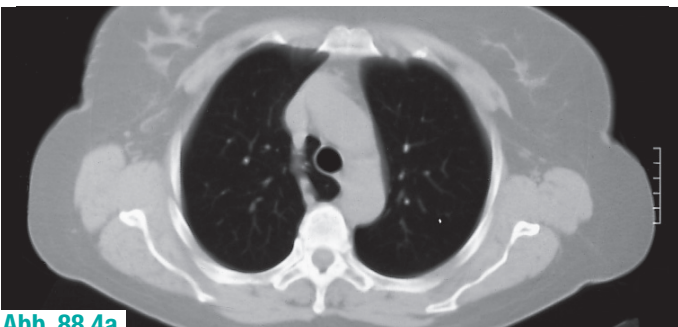


Abb. 88.4a

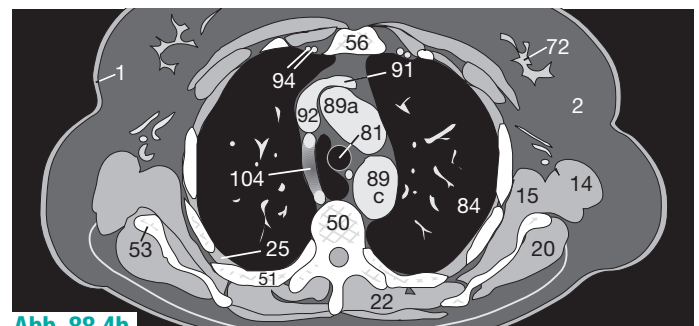


Abb. 88.4b

Bei der Betrachtung des Lungenfensters sollen nicht nur solide Rundherde oder entzündliche Infiltrate, sondern auch das Fehlen oder eine Rarifizierung der Lungengefäße bemerkt werden. Dabei muss eine Gefäßrarifizierung nicht immer Ausdruck eines Lungenemphysems sein. Asymmetrien im Muster des Lungengerüsts entstehen auch nach Lappenresektionen einer Lunge: In Abb. 88.5 wurde zuvor der linke Oberlappen entfernt, die Restlunge (rechte Bildhälfte) hat kompensatorisch das gesamte linke Cavum ausgefüllt. Dadurch sind weniger Lungengefäße pro Volumen vorhanden, es resultiert eine ipsilaterale Mediastinalverschiebung und ein geringgradiger Zwerchfellhochstand. Dieser Patient war zum Zeitpunkt des Kontroll-CTs gesund und hatte weder ein Lungenemphysem noch einen Rezidivtumor.

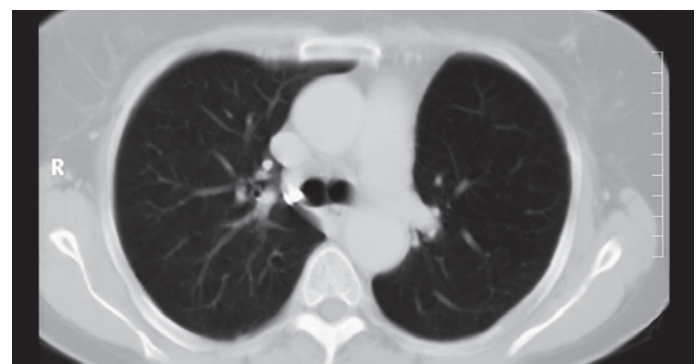


Abb. 88.5

