

**ML-Atelektasen**

Bei Atelektasen des rechten Mittellappens (ML) kommen verschiedene Erscheinungsformen vor (**Abb. 112.1**): Zum einen kann der ML noch in seiner ursprünglichen Ausdehnung homogen verschattet sein (**Abb. 112.2**). Dann beobachtet man gelegentlich eine Aussparung des rechten Randsinus

(↗), der nicht von der Verschattung betroffen sein muss. Bei längerer Bronchusobstruktion durch einen Schleimpfropf oder ein BC, das in einen Bronchus eingebrochen ist, resultiert eine zunehmende Volumenabnahme des nicht mehr ventilerten ML, der sich in Richtung des rechten Herzrandes und des Hilus kontrahiert (→) (**Abb. 112.3**).

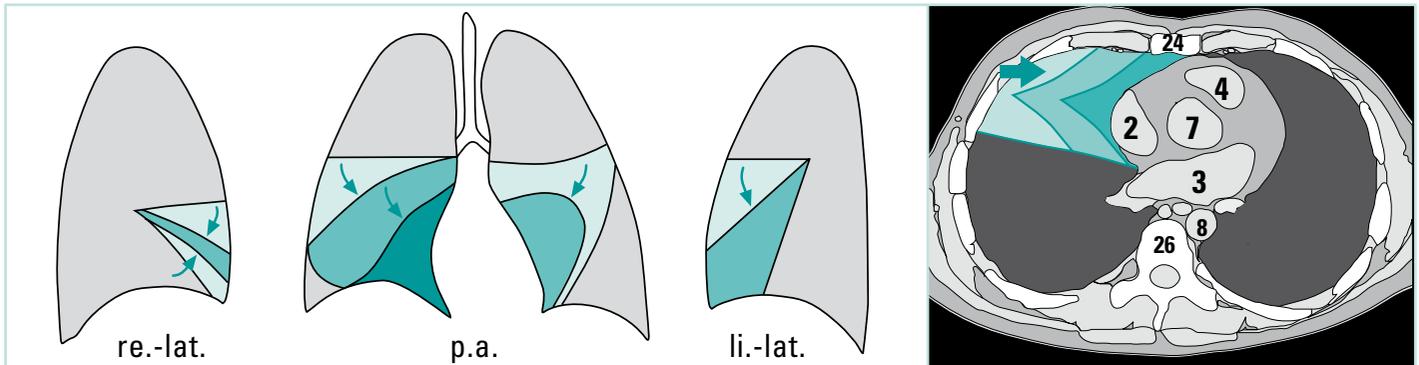


Abb. 112.1



Abb. 112.2a



Abb. 112.2b

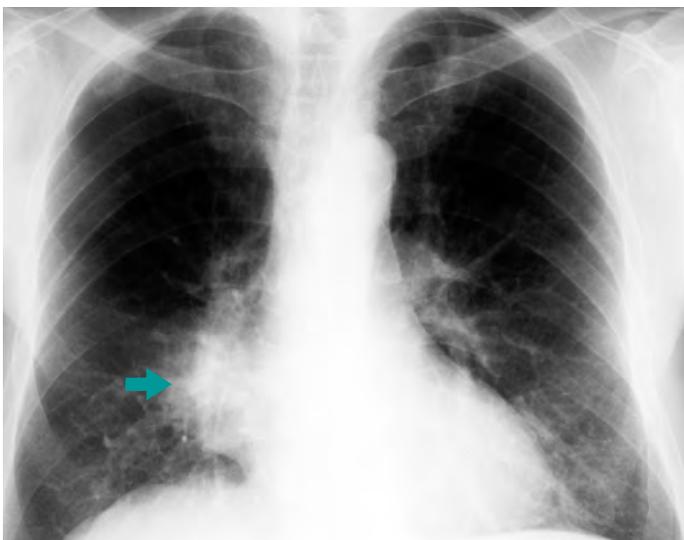


Abb. 112.3a



Abb. 112.3b

Im Fall einer pulmonalen Metastasierung kommen als Primärtumoren vorwiegend Tumoren der Mamma und Niere, sowie kolorektale oder HNO-Tumore in Betracht (**Tab. 127.1**). Die **Abb. 127.2** zeigt eine schon größere Metastase (↓). Beim Mamma-Ca findet sich häufig zusätzlich noch eine Lymphangiosis carcinomatosa (vgl. S.152) und maligne

Begleitergüsse im Pleuraraum, die über eine Punktion (vgl. S.60/61) einer zytologischen Diagnostik zugänglich sind. Verkalkte Metastasen sind selten und können vor allem bei Chondro- und Osteosarkomen und beim Schilddrüsen-Ca bzw. beim Adeno-Ca des Gastrointestinaltrakts vorkommen.

### Häufige Primärtumoren bei Lungenmetastasen

- Mamma-Ca
- Nieren-Ca
- HNO-Npl.
- Colon-/Rectum-Ca
- Uterus-/Ovarial-Ca
- Pankreas-Ca
- Prostata-Ca
- Magen-Ca

Tab. 127.1

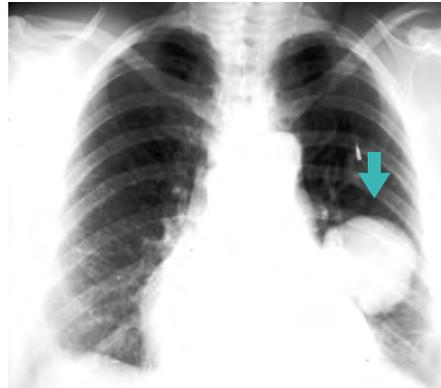


Abb. 127.2a

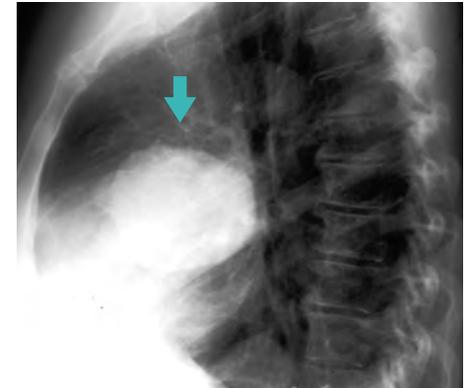


Abb. 127.2b

### Lobus venae azygos

Befindet sich ein solitärer Fleckschatten jedoch im rechten OF (↑), so achten Sie unbedingt darauf, ob von diesem Herd eventuell eine feine Linie (→) nach kranial zieht (**Abb. 127.3**). Im positiven Fall entspricht sie einer Pleuraduplikatur, die bei dieser Normvariante durch den konvexbogigen Verlauf der V. azygos hervorgerufen wird: Die V. azygos verläuft dann nicht

am medialen Pleurarand neben der Lunge (**Abb. 127.4a**), sondern schnürt die viszerale Pleura ein, so dass ein separater kleiner Lappen entsteht (**Abb. 127.4b**). Das korrespondierende CT (**Abb. 127.5**) verdeutlicht noch einmal den Verlauf der V. azygos (15) vom dorsalen BWK (26) zur ventral gelegenen Vena cava superior (1).

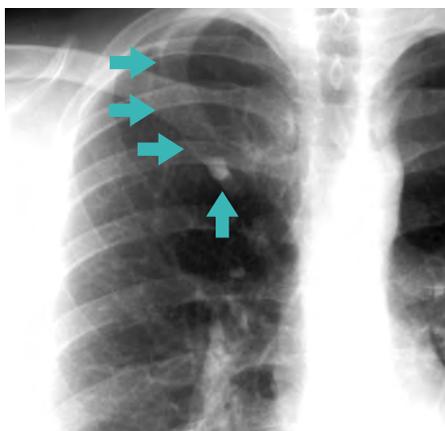


Abb. 127.3

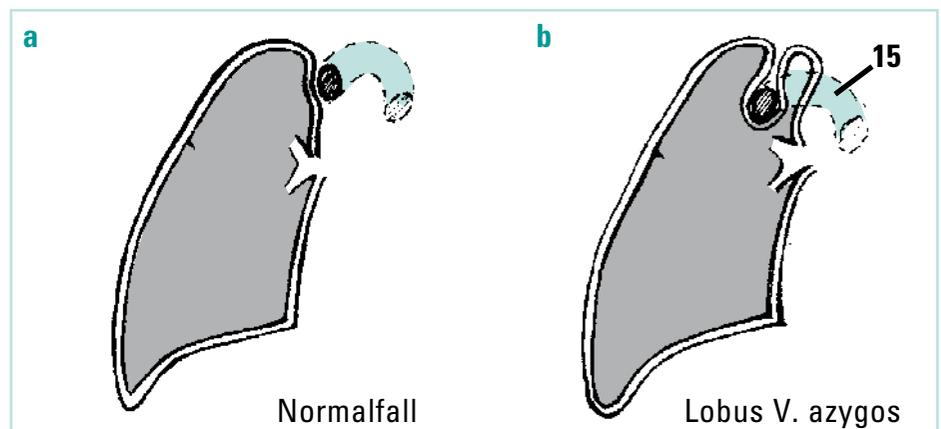


Abb. 127.4

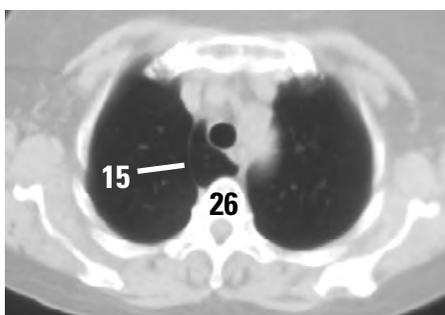


Abb. 127.5a

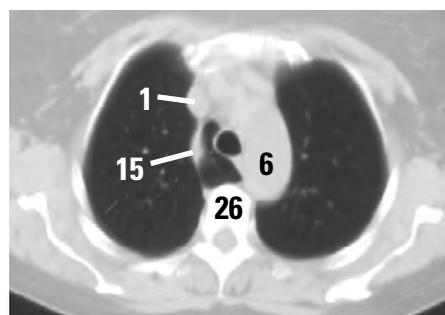


Abb. 127.5b

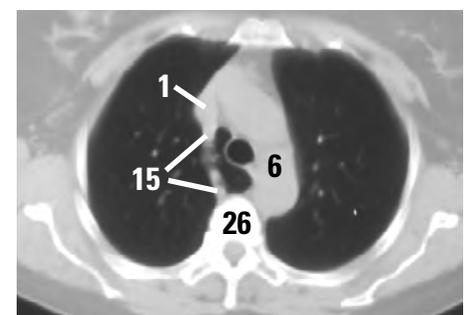


Abb. 127.5c

### Pneumieformen

Die klassische Lobärpneumonie, die u.a. durch *Staphylococcus*-, *Klebsiella pneumoniae* hervorgerufen wird und ganze Lappen infiltriert, ist im heutigen Zeitalter der Antibiotika sehr selten geworden. Es dominieren eher Herd-, Broncho- oder interstitielle Pneumieformen, die aerogen oder hämatogen durch eine Vielzahl von Bakterien, Viren und Parasiten hervorgerufen werden können: Die **Abb. 144.1a** zeigt einen durch Chemotherapie immun-supprimierten Patienten mit Hickman-Katheter (←), der ein **streifig-retikuläres Infiltrationsmuster** (↘) mit zusätzlichen **konfluierenden Fleckschatten** (↑) im rechten MF und UF aufweist. Beachten Sie bitte, dass diese Veränderungen im

Gegensatz zur pulmonalvenösen Stauung (vgl. S.141-143) hier **einseitig-fokal lokalisiert** sind und **keine Cardiomegalie** vorliegt. Ein entzündlicher Begleiterguss wäre jedoch gut mit einer Pneumonie vereinbar. Nach einer bronchoalveolären Lavage waren diese entzündlichen Infiltrationen nicht mehr erkennbar (**Abb. 144.1b**).

Typisch ist ein positives **Bronchopneumogramm** (↗), das durch eine Dichteanhebung des peribronchialen Lungengewebes hervorgerufen wird (**Abb. 144.2**). In der CT (**Abb. 144.3**) finden sich ebenfalls feinnoduläre neben streifig-retikulären Dichteanhebungen als Korrelat der entzündlichen Infiltrationen, hier wieder nur rechtsseitig.

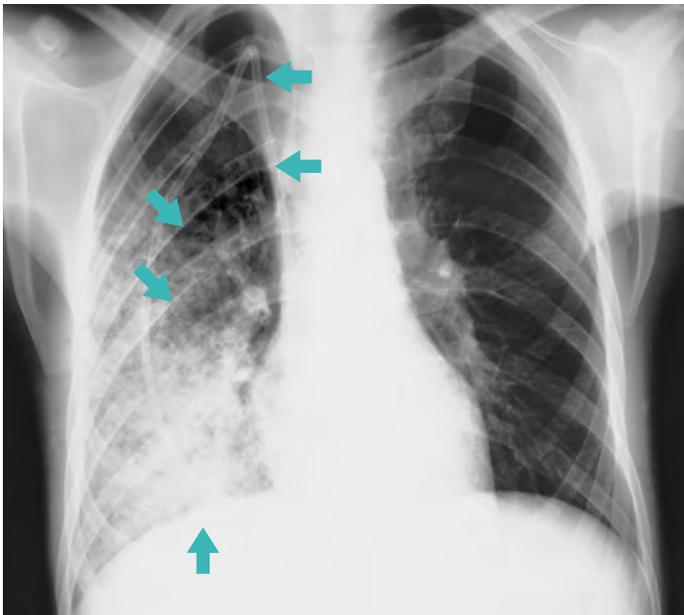


Abb. 144.1a



Abb. 144.1b

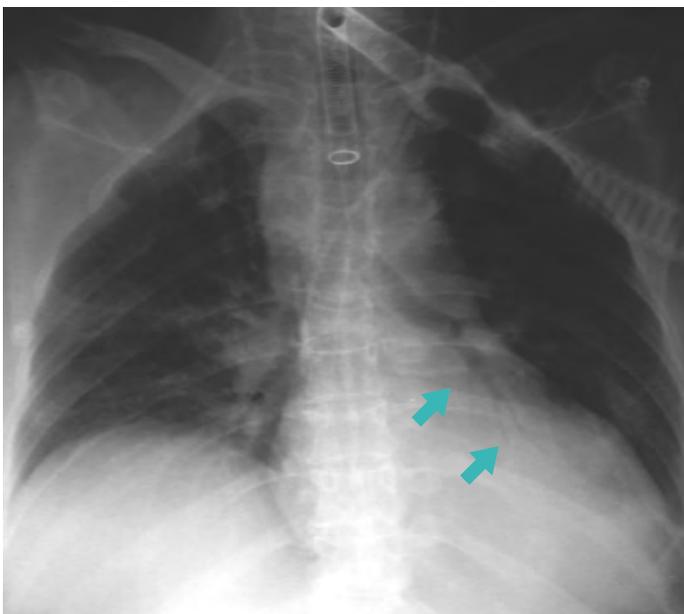


Abb. 144.2

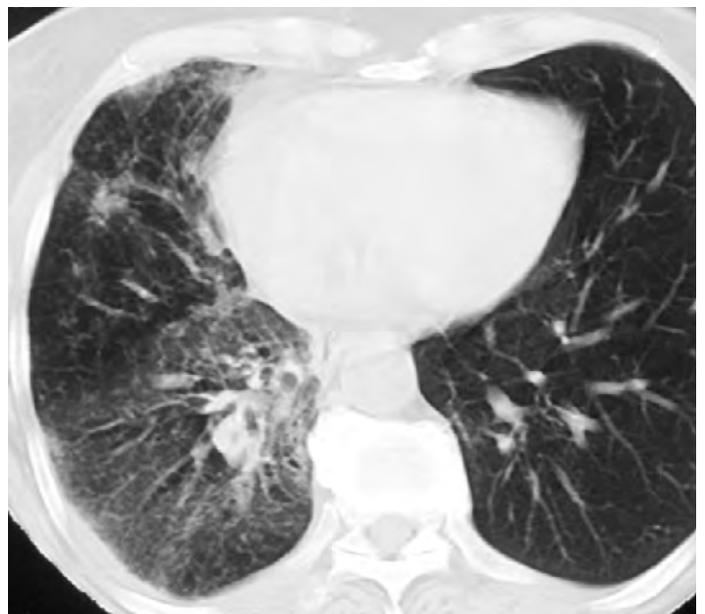


Abb. 144.3