

# Vorwort

Die sich in der Radiologie schon längst etablierte und ständig weiter zunehmende Bilderflut sowie die Modalitäten und Erfolge der Krebstherapien mit ausgedehnten prätherapeutischen und langfristigen Nachsorgeuntersuchungen führen zwangsläufig zur Aufdeckung von immer mehr Zufalls- und Nebenbefunden, die vor allem dem Nichtspezialisten in der Skelettradiologie erhebliche interpretatorische Probleme bereiten können.

Doch wie geht man damit um? Sicherlich nicht, indem man die Bilderflut durch mehr oder weniger ungezielte zusätzliche Untersuchungsverfahren ausweitet und damit unter Umständen neue Zufallsbefunde kreiert. Das gilt besonders für hoch sensitive aber weniger spezifische Modalitäten. Der anspruchsvolle und präzise Radiologe wird vielmehr ein ergänzendes Verfahren einsetzen, das – an der anatomischen Struktur des Zufallsbefunds orientiert – eine höhere Spezifität besitzt und zu einer begründeten und klinisch brauchbaren Diagnose führt. Der häufig angewendete Trick, sich der Verantwortung zu entziehen und eine histologische Abklärung zu empfehlen, sollte gemieden werden. Denn die histologische Interpretation des Pathologen kann in der Skelettradiologie nur so gut sein, wie der radiologische Befund klar und richtungsweisend ist.

Ich betätige mich seit vielen Jahren als Konsiliarius in der Skelettradiologie. Das eingesandte Krankengut besteht zu etwa 50% aus klinisch asymptomatischen Zufallsbefunden, hinter denen benigne Knochentumoren und tumorähnliche Läsionen, Erkrankungen im Frühstadium, Teile einer systemischen Erkrankung, ungewöhnliche Normvarianten und vieles mehr stecken können.

Es wird an mehr als 160 Fällen und fast 100 differenzialdiagnostisch passenden Kasuistiken aufgezeigt, wie man professionell an solche Befunde unter Einbeziehung der individuellen Situation des Patienten herangeht, welche Relevanz sie haben und welche sinnvollen Empfehlungen man zum weiteren Prozedere geben kann.

Mein Dank für die Überlassung der besonderen Fälle gilt den Kollegen CA Dr. med. Jürgen Wiens, Wolfsburg (Fall 22), Dr. med. Thomas Grieser, Augsburg (Fall 30), Professor Dr. med. Michael Laniado, Dresden (Fälle 34, 61), Privt.-Doz. Dr. Sönke Langner, Greifswald (Fall 45) und CA Dr. med. Nils H. Goecke, Wildeshausen (Fall 131).

Bremen, im Frühjahr 2016  
Jürgen Freyschmidt