



Aufklärungsbogen Radiosynoviorthese

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Zuweiser _____

Therapiedatum _____

ABTEILUNG FÜR RADIOLOGIE UND
NUKLEARMEDIZIN

CHEFARZT
PRIV.-DOZ. DR. MED. UWE KESKE

VIRCHOWSTRASSE 122
45886 GELSENKIRCHEN
TELEFON: 0209 / 172 - 4000
TELEFAX: 0209 / 172 - 4099
E-MAIL U.KESKE@ST-AUGUSTINUS.DE

DATUM: 08.02.2006

Informations- und Aufklärungsbogen zur nuklearmedizinischen Gelenktherapie (Radiosynoviorthese)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem Haus- oder Facharzt zu einer speziellen Untersuchung bzw. Therapie zu uns überwiesen. Ziel unserer Therapie soll eine Linderung Ihrer Gelenkbeschwerden sein.

Vorbereitung

Im Vorfeld sind schon einige Untersuchungen durchgeführt worden; die entsprechenden Unterlagen sollten Sie am Untersuchungstag mitbringen (Röntgen- und szintigraphische Untersuchungen, Knochendichtemessungen, Laboruntersuchungen, orthopädischer und internistischer Status). Je mehr Vorinformationen wir über Sie bekommen, desto kürzer kann sich unsere Voruntersuchung zur eigentlichen Therapie gestalten.

Es wird bei uns- falls es noch nicht geschehen ist- zuerst eine Gelenkszintigraphie durchgeführt. Dazu bekommen Sie eine intravenöse Injektion mit einer radioaktiven Substanz. Damit wird in der Frühphase die Durchblutung des schmerzhaften Gelenkes und nach ca. einer Stunde der Knochenstoffwechsel im gesamten Körper untersucht. Die Strahlenbelastung ist i.d.R. geringer als die der entspr. Röntgenuntersuchungen. Unter Umständen ist auch eine Ultraschalluntersuchung der betreffenden Gelenke notwendig. Anschließend werden alle Befunde miteinander besprochen und ein Therapiedatum festgelegt.

Die Therapie Radiosynoviorthese

Mit dieser Therapie soll die schmerzhafte, entzündliche Gelenkerkrankung reduziert und inaktiviert werden. Der Schwerpunkt ist der entzündliche Gelenkrheumatismus und die aktivierte schmerzhafte Arthrose. Mit einer einfachen Punktion wird in das entspr. Gelenk ein spezifischer radioaktiver Stoff injiziert. Dieser strahlt nur wenige Millimeter und ist damit für Sie nur gering strahlenbelastend. Für Ihre Umwelt tritt keinerlei relevante Strahlendosis auf. Nach einer gewissen Zeit, die einige Tage oder Wochen bis zu 6 Monaten dauern kann, kommt es zu einer Verschorfung der Gelenkinnenhaut mit Verschluss der feinen Kanälchen, aus denen ursprünglich Gelenkflüssigkeit und Entzündungszellen ausgetreten sind.

Therapietermin

Für die Therapie benötigen wir eine bestimmte Dosis des radioaktiven Präparates, das speziell für Sie bestellt wird. **Es ist daher unbedingt notwendig, dass Sie diesen Therapietermin wahrnehmen.**

Falls eine Therapiesitzung nicht wahrgenommen werden kann, ist spätestens eine Woche vorher eine Absage vorzunehmen. Eine Abrechnung über die Kassen kann nur bei vollständig durchgeführter Therapie erfolgen; andernfalls müssten die entsprechenden Kosten für Ihre Therapiesubstanz dann von Ihnen übernommen werden.

Nach der Radiosynoviorthese ist bei gewissen Gelenken eine Messung unter der Gammakamera notwendig, um die regelrechte Verteilung der gespritzten Substanz im Gelenk nachweisen zu können. Danach ist eine strikte Ruhigstellung des betreffenden Gelenkes für 48 Stunden notwendig. Es wird Ihnen von uns für diesen Zweck eine Schiene angepasst.

Besonderheiten bei Therapie der Gelenke im Beinbereich

Bei der Therapie und Ruhigstellung der Beine ist in der Regel eine Thromboseprophylaxe mit einer Heparintherapie notwendig. Dazu wird über zwei Tage jeweils eine Ampulle Heparin in die Bauchhaut gespritzt. Dies können Sie in der Regel selbst durchführen. Nach der Therapie ist Ihnen lediglich ein Toilettengang erlaubt. Es wird von uns eine Schiene angepasst. Nach den ca. 48 bis 60 Stunden Ruhigstellung ist eine weitere Woche Schonung unbedingt anzuraten. **Wir bitten Sie ferner, dass Sie ggf. vorhandene Gehstützen zum Therapietermin mitbringen.**

Nebenwirkungen der Radiosynoviorthese

Vor der eigentlichen Applikation der radioaktiven Substanz ist die exakte Punktion der Gelenkhöhe mit einer feinen Nadel notwendig. In das Gelenk wird eine gewisse Menge Kontrastmittel injiziert, bitte geben Sie daher unbedingt Allergien an. Wie bei jeder Injektion ist die Gefahr einer Nachblutung gegeben, die i.d.R. harmlos ist. **Bitte geben Sie vorher an, ob Sie blutverdünnende Mittel zu sich nehmen (z.B. Ass, Marcumar, Thrombosespritzen).**

In wenigen Fällen kommt es zu einer sog. Gelenkhautentzündung, die mit einem kleinen Reizerguss verbunden ist. Es kann daher zu einer Schwellung und Überwärmung des Gelenkes kommen. Es macht sich auch ein unangenehmes, stechendes Gefühl bemerkbar. In der Regel ist dieser Vorgang mit Eisumschlägen zu lindern. Diese Entzündung ist nur vorübergehend und günstig zu beeinflussen durch die Ruhigstellung. In extrem seltenen Fällen kommt es bei unzureichender Verteilung des radioaktiven Präparates im Gelenk zu umschriebenen und auch langfristig störenden Beschwerden.

Sonstige Nebenwirkungen wie Bluterguss oder Gelenkentzündung durch die Punktion selbst sind bei der Radiosynoviorthese eine absolute Rarität. Die Strahlenbelastung ist auf Grund der nur geringen Reichweite der Substanz lokal auf die Gelenkhaut beschränkt. Eine Verschleppung der radioaktiven Materialien in den Körper oder in die Umgebung ist nicht möglich. Die Substanz verliert auf Grund der physikalischen, relativ kurzen Halbwertszeit rasch an Strahlenintensität.

Bei dem folgenden Nachschautermin, der Ihnen – je nach Gelenk – genau genannt wird, werden das Therapieergebnis und evtl. notwendige Wiederholungen der Therapie oder die Neutherapie anderer Gelenke besprochen.

Angaben zu früheren Röntgen- oder nuklearmedizinischen Therapien:

Angaben über Allergien oder Medikamentenreaktionen und Medikamenteneinnahmen:

Besondere Angaben zur hier geplanten Gelenktherapie (Radiosynoviorthese):

Bei der heutigen Untersuchung bin ich ausführlich über die nuklearmedizinische Therapie der Gelenke aufgeklärt worden. Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Weitere Fragen habe ich nicht. Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden und erkläre, dass ich dafür sorgen werde, dass die behandelten Gelenke zwei Tage nach der Behandlung ruhiggestellt werden.

Datum: _____ Patient: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____

Nur bei Kindern: Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Behandlung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: _____ Erziehungsberechtigter: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____