

Patientenangaben bzw. Etikett

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	

Chefarzt: PD Dr. Martin Freesmeyer

Tel.: 03641/ 9-329801

Fax: 03641/ 9-329802

<http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de/>
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **Radiosynoviorthese** überwiesen, um Gelenkschmerzen, hervorgerufen durch chronische Gelenkentzündungen, zu lindern. Bei chronischen Gelenkentzündungen verursacht die aggressiv wuchernde Gelenkinnenhaut schmerzhafte Schwellungen. Stoppt man die Entzündung nicht rechtzeitig, werden nach und nach auch Knorpel und Knochen geschädigt oder sogar zerstört. Je nach Gelenkgröße und der unterschiedlichen Dicke der Gelenkschleimhaut werden verschiedene Radionuklide eingesetzt. Sie erhalten eine geringe Menge eines **radioaktiven Arzneimittels** direkt in die Gelenkhöhle injiziert. Die verwendeten Radionuklide sind reine Beta-Strahler und haben somit eine extrem kurze Reichweite, die nur die kranke Gelenkschleimhaut trifft. Das angrenzende Gewebe wird nicht geschädigt. Die Beta-Teilchen verbleiben in der Gelenkhöhle und führen dort zu dem heilenden Effekt. Die Verringerung oder Beseitigung der Gelenkschwellung und –schmerzen sowie die Funktionsverbesserung tritt allmählich ein. Oft wird die volle Wirkung erst nach 6 Monaten erreicht. Die **Wirkungsdauer ist abhängig vom Ausmaß der Erkrankung**. Ist der Knochen bereits geschädigt, kann die Radiosynoviorthese nur noch lindernd wirken, d.h. die Entzündung kann behandelt werden, nicht aber die zerstörten Gelenkflächen. Nach Anmeldung erhalten Sie innerhalb der nächsten 14 Tage einen Termin.

Die Behandlungszeit beträgt ca. **2 Stunden**.

Welches Gelenk soll behandelt werden?

- () Kniegelenk (Yttrium-90 Zitrat)
 () Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Sprunggelenk (Rhenium-186 Sulfid)
 () Fingergelenk, Zehengelenk (Erbium-169 Zitrat)

Vorbereitung

Es muss uns ein **aktuelles 3-Phasen-Skelettszintigramm** vorliegen. Gegebenfalls erfolgt diese Untersuchung in unserer Abteilung. Sie müssen **nicht nüchtern** zu uns kommen.

Bitte tragen Sie bequeme und weite Kleidung. Bringen Sie bitte einen **gültigen Überweisungsschein**, sowie diese Patientenaufklärung mit. Nach der Behandlung des Knie- oder Sprunggelenkes muss der Rücktransport durch eine weitere Person gewährleistet werden, da das behandelte Gelenk für 48 Stunden mittels einer Schiene ruhig gestellt wird.

Ablauf der Behandlung

Nach örtlicher Betäubung wird unter Durchleuchtung (außer beim Kniegelenk), oft mit Röntgen-Kontrastmittel, sichergestellt, dass die Punktionsnadel richtig im Gelenk sitzt. Dann wird eine genau berechnete Dosis des Radionuklids direkt in die Gelenkhöhle injiziert.

Nach der Punktion wird die Injektionsstelle mit einem sterilen Wundverband abgedeckt und das behandelte Gelenk für etwa **48 Stunden ruhig gestellt werden**. Damit wird ein Abströmen der Radionuklide über die Lymphbahnen verhindert. Auch in der weiteren Nachsorge müssen die Anweisungen des Arztes, wie z.B. Bewegungsübungen, befolgt werden, um den Therapieerfolg zu unterstützen. Nach der Behandlung wird mittels einer Gammakamera die Verteilung des Radionuklids aufgezeichnet. Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren. Für 48 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig.

Informationen für den Arzt

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur Radiosynoviorthese aus.

Könnten Sie schwanger sein? () nein () ja
Stillen Sie? () nein () ja Nehmen Sie die Pille? () nein () ja

Einwilligungserklärung

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Behandlung zu beschäftigen.
Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Radiosynoviorthese und die damit verbundenen Interventionen ein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Eine Kopie der Aufklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Bevollmächtigter/
Betreuer/ Sorgeberechtigter

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Anmerkungen
