Radiologienetz

Aufklärung und Anamnese

Bildgesteuerte lokale Gelenktherapie (Radiosynoviorthese, RSO)

Wichtige Informationen zur Gelenktherapie

Die Radiosynoviorthese ist ein nuklearmedizinisches Verfahren zur Behandlung entzündlicher Gelenkerkrankungen. Das Verfahren besteht aus:

- einer unter sterilen Bedingungen durchgeführten Gelenkpunktion, evtl. nach Injektion eines örtlichen Betäubungsmittels
- dem teilweisen Abziehen eines möglicherweise vorhanden Gelenkergusses
- der Kontrolle einer korrekten Nadellage unter Röntgendurchleuchtung mit Kontrastmittelinjektion
- dem Einspritzen der für das jeweilige Gelenk geeigneten radioaktiven Substanz
- dem evtl. Einspritzen eines Kortison-Präparates
- der abschließenden Anfertigung eines Szintigrammes zur Dokumentation einer regelrechten Verteilung der Betäubungsmittels radioaktiven Substanz im Gelenkbinnenraum (Ausnahme Finger- und Zehengelenk)

Mögliche Nebenwirkung/Komplikationen durch Gelenkpunktion und Kontrastmittel
Die verwendeten Röntgenkontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Nur selten kommt es bei Unverträglichkeit zu schweren Reaktionen wie Übelkeit, Erbrechen, Hautauschlägen, Schleimhautschwellungen oder Kreislaufproblemen bis hin zum Schock. Komplikationen wie Gelenkinfektionen, Gelenkerguss, allergische Reaktionen, Nervenverletzungen und Thrombosen sind extrem selten. Beim Austritt von Kontrastmittel (oder auch Luft) in die das Gelenk umgebenden Weichteile können vorübergehend Schmerzen auftreten.

Mögliche Nebenwirkungen/Komplikationen durch die Verwendung radioaktiver Substanzen
Als Folge der lokalen Bestrahlung der Gelenkschleimhaut (Synovia) kann es im Rahmen einer seltenen Strahlensynovialitis zu einer vorübergehenden Schwellung und/oder Überwärmung des Gelenkes kommen. Wird die radioaktive Substanz nicht sicher in das Gelenk, sondern ganz oder teilweise in das umgebende Weichteilgewebe injiziert, kann dies zu einer schmerzhaften Gewebeverätzung mit Narkose führen. Bei Nichteinhaltung der 48-stündigen Ruhigstellung des therapierten Gelenkes kann ein kleiner Teil der radioaktiven Substanz durch die zu frühe Belastung des Gelenkes in den Stichkanal gepresst werden und ebenfalls zu einer Gewebeverätzung führen und über die Lymphbahnen abtransportiert werden. In sehr seltenen Fällen kann durch einen zu engen Verband einer venösen Stase mit Thrombose (Blutgerinsel) führen; prinzipiell ist dabei auch das Risiko einer Lungenembolie gegeben.

Nach der Behandlung
Bei starker Gelenkschwellung, pochendem Gelenkschmerz, Rötung und Überwärmung des behandelten Gelenkes sollten Sie sich umgehend zum Ausschluss einer sehr seltenen Gelenkinfektion mit dem behandelnden Nuklearmediziner/in in Verbindung setzen. Ebenso sollten sie sich bei einer schmerzhaften Schwellung und einem Spannungsgefühl, beispielsweise in der Wade, zum Ausschluss einer Thrombose umgehend mit einem Arzt in Verbindung setzen. Nach vier bis sechs Tagen sollte eine ambulante Nachschau zur Beurteilung der Nebenwirkungen der Therapie durchgeführt werden. Die ambulante Kontrolluntersuchung zur Beurteilung des Therapieerfolgs sollte vier bis sechs Monate nach der Therapie erfolgen.

Bitte beachten Sie die entsprechenden Angaben aus dem Merkblatt, welches Ihnen nach der Behandlung ausgehändigt wird.

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen, die auf der nächsten Seite abgedruckt sind, möglichst genau zu beantworten.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, werden wir Ihnen diese selbstverständlich gerne beantworten.

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig. *Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Aufklärung und Anamnese

Bildgesteuerte lokale Gelenktherapie (Radiosynoviorthese, RSO)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

1. **Bei Frauen**: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	Ja ☐	Nein ☐
2. **Bei Frauen**: Stillen Sie momentan ein Kind?	Ja ☐	Nein ☐
3. Wurden Sie an dem Körperteil, der heute behandelt werden soll, bereits operiert?	Ja ☐	Nein ☐
4. Wurde bereits eine lokale Gelenktherapie bei Ihnen durchgeführt? **Falls ja, welches Gelenk? Welches Medikament/Substanz?**	Ja ☐	Nein ☐
5. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Aspirin, Acetylsalicylsäure)?	Ja ☐	Nein ☐
6. Besteht eine Störung der Blutgerinnung (erhöhte Blutungsneigung)?	Ja ☐	Nein ☐
7. Besteht eine Störung der Nierenfunktion?	Ja ☐	Nein ☐
8. Ist Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?	Ja ☐	Nein ☐
9. Leiden Sie unter Asthma oder Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten (z.B. Jod, örtliche Betäubungsmittel o. ä.)?	Ja ☐	Nein ☐
10. Sind bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel Hautausschlag, Juckreiz oder Kreislaufreaktionen aufgetreten?	Ja ☐	Nein ☐
11. Liegt eine Kortisonunverträglichkeit vor?	Ja ☐	Nein ☐
12. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) bekannt?	Ja ☐	Nein ☐
13. Ihre Körpergröße:	Ihr Körpergewicht:	

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und ich habe eine Version des ausgefüllten Bogens erhalten. Mit der Durchführung der Radiosynoviorthese bin ich einverstanden.

Notizen:

Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)*/Betreuer(in):

✕

Datum, Unterschrift

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig. *Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.