

Nebenschilddrüsen-Szintigraphie

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine nuklearmedizinische Untersuchung der Nebenschilddrüsen (so genannte Epithelkörperchen) durchgeführt werden. Hierbei erfolgt eine Darstellung der Nebenschilddrüsen mittels einer schwach radioaktiven Substanz mit dem Namen Tc99m-MIBI, die üblicherweise in eine Armvene gespritzt wird. Es handelt sich dabei **nicht** um ein Kontrastmittel, sondern um eine Substanz, die speziell von den Epithelkörperchen aufgenommen wird. Nebenwirkungen oder Allergien durch Tc99m-Sestamibi sind sehr selten.

An der Einstichstelle kann es gelegentlich einmal zu einem kleinen Bluterguss oder einer Nachblutung kommen, wie bei jeder normalen Blutentnahme auch. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen (z.B. Marcumar®). Andere Komplikationen wie z.B. Infektionen oder Nervenverletzungen sind außerordentlich selten.

Die Untersuchung selbst ist nicht schmerzhaft. Sie müssen auch nicht nüchtern sein. In der Regel müssen vor der eigentlichen Untersuchung noch eine Schilddrüsen-Szintigraphie und eine Sonographie der Halsregion erfolgen.

Nach der Injektion reichert sich das Tc99m-Sestamibi sowohl in der Schilddrüse als auch in den Nebenschilddrüsen kräftig an, im zeitlichen Verlauf wird die Aktivität aber rasch wieder „ausgewaschen“. Nur in einem vergrößerten oder überaktiven Epithelkörperchen verbleibt das radioaktive Medikament, so dass es bildlich dargestellt werden kann (untere szintigraphische Nachweisgrenze ca. 5 mg). Je „aktiver“ die Nebenschilddrüse ist, desto intensiver ist die Anreicherung. Von Interesse ist auch die Lage des krankhaft veränderten Epithelkörperchens, zum einen für eine mögliche Operationsplanung, zum anderen, da in seltenen Fällen eine Nebenschilddrüse an atypischer Stelle (z.B. im Brustraum) liegen kann.

10 Minuten und 2 Stunden nach der Injektion fertigt man mit einer Spezial-Kamera ein Bild der Halsregion an, das so genannte „Szintigramm“. Diese Aufnahme erfolgt im Liegen und dauert ca. fünf Minuten. Zusätzlich werden abschließend noch so genannte SPECT-Aufnahmen angefertigt, wobei die Kameraköpfe innerhalb von 20 Minuten langsam und schrittweise um Ihren Oberkörper herumfahren. Sie kommen also **nicht** in eine Röhre. Diese Technik ermöglicht die Abbildung der Nebenschilddrüsen auf übersichtlichen Schnittbildern.

Wie jede Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen ist auch die Nebenschilddrüsen-Szintigraphie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Diese gibt man als „Effektive Dosis“ mit der Einheit „Milli-Sievert“ (mSv) an. Für die Nebenschilddrüsen-Szintigraphie beträgt sie ca. 5 mSv. Zum Vergleich: die „natürliche Strahlenbelastung“ in Deutschland liegt je nach Aufenthaltsort bei 1 - 5 mSv pro Jahr.

Nebenschilddrüsen-Szintigraphie

Name, Vorname _____

Geb.Datum _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie helfen uns damit Ihre Untersuchung besser planen und durchführen zu können. Vielen Dank!

Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Frauen im gebärfähigen Alter: Ist eine Schwangerschaft bei Ihnen sicher **ausgeschlossen**?

ja nein (bitte wenden Sie sich an den Arzt)

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja, _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Allergien oder Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Lungen-Erkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Nieren-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Schilddrüsen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
Stoffwechsel-E. (z.B. Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____
(Blut-)Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____

Sonstige:

Sind bei Ihnen schon einmal nuklearmedizinische Untersuchungen/Therapien durchgeführt worden?

nein ja, _____

Sind bei Ihnen Röntgen, CT- oder Kernspintomographie-Untersuchungen durchgeführt worden?

nein ja, _____

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden?

nein ja, _____

Ich wünsche eine Kopie des Fragebogens nein ja

Erklärung über die Einwilligung

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Szintigraphie ein. Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

..... den.....

Ort

Datum

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Ärztin/Arzt