



Was ist eine Schilddrüsenszintigraphie?

Die Schilddrüsenszintigraphie wird in der Regel im Rahmen einer ausführlichen Schilddrüsenuntersuchung durchgeführt zu der neben der Anamneseerhebung der Palpationsbefund, die Bestimmung der Laborparameter der Schilddrüse und die Schilddrüsenultraschalluntersuchung gehören. Gegebenenfalls sind diese Untersuchungen schon von Ihrem Hausarzt oder einem Facharzt vorgenommen worden und Sie werden gezielt zur Durchführung einer Schilddrüsenszintigraphie zugewiesen.

Eine Szintigraphie ist ganz allgemein eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz (in der Regel Natrium-99mTechnetium-Per technetat) intravenös verabreicht wird, deren Verteilung in den Organen anschließend gemessen wird. Bei der Schilddrüsenszintigraphie wird die Aufnahme und Verteilung der schwach radioaktiven Substanz in der Schilddrüse gemessen und die Lage, Größe, Form und das Speicherverhalten (Uptake) der Schilddrüse beurteilt.

Ziel der Schilddrüsenszintigraphie ist die funktionsmorphologische Darstellung der Schilddrüse, so können im Speziellen Knoten in der Schilddrüse abgeklärt werden und hinsichtlich ihrer Behandlungsbedürftigkeit eingeordnet werden, aber auch die Gründe einer Schilddrüsenfehlfunktion benannt werden.

Wann kann keine Schilddrüsenszintigraphie durchgeführt werden?

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft ist die Schilddrüsenszintigraphie nicht indiziert.

Bei Frauen in der Stillphase sollte für 48 Stunden eine Brustfütterung des Kindes unterbleiben, wenn die Szintigraphie dringend geboten ist.

Regelmäßige Kontrollszintigraphien sind ebenfalls nicht indiziert.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Ihnen wird ein Arzneimittel intravenös verabreicht, welches eine geringe Menge des kurzlebigen radioaktiven Isotops (^{99m}Tc) enthält. Das Grundprinzip der Schilddrüsenszintigraphie beruht auf der Detektion der von diesem Radiopharmakon freigesetzten γ -Strahlung mit Hilfe einer γ -Kamera. Das Technetium Isotop wird nach einer wenigen Minuten andauernden Verteilungsphase in der Schilddrüse über einen Natrium-Jodid-Symporter (spezieller Transportmechanismus) aufgenommen.

Die Dauer der Aufzeichnung dauert ca. 5 Minuten. Anschließend werden am Computer die Bilder, die von Ihrer Schilddrüse aufgezeichnet wurden, bearbeitet und befundet.

Sie müssen nicht nüchtern sein.

Die Kleidung können Sie anbehalten, nur Halsketten müssen abgelegt werden.

Für die Aufzeichnung sitzen Sie vor der Kamera.

Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche.

Welche Risiken und mögliche Komplikationen bestehen?

Die Schilddrüsenszintigraphie ist prinzipiell eine ungefährliche Untersuchung. Wie bei jeder Injektion oder auch Blutentnahme kann es an der Einstichstelle zu lokalen Hautreaktionen, Gefäß- und Nervenläsionen kommen. Die Strahlenbelastung ist gering und liegt bei etwa 1mSv (Millisievert).



Zum Vergleich liegt die jährliche natürliche Strahlenbelastung (oder genauer: die jährliche natürliche Dosis) eines Mitglieds der Bevölkerung in Deutschland bei durchschnittlich 2,1 Millisievert (effektive Dosis). Je nach Wohnort, Ernährungs- und Lebensgewohnheiten reicht sie von zirka einem bis zu zehn Millisievert.

Wie geht es nach der Untersuchung weiter?

Nach einer kurzen Wartezeit bespricht der Arzt das Untersuchungsergebnis mit Ihnen, zudem erhalten Sie auch die Bilddokumentationen für den weiterbehandelnden Arzt. Dieser erhält in der Regel nach 1-2 Wochen auch den ausführlichen Arztbrief, da häufig noch Laborergebnisse abgewartet werden müssen.



Um eine optimale Untersuchung und Befundung vorzunehmen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

Name

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Fragebogen

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Wegen welcher Beschwerden soll die Untersuchung durchgeführt werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenszintigraphie durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Erfolgte in letzter Zeit , CT oder MRT-Untersuchungen des Halses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wurde Ihnen in letzter Zeit Kontrastmittel gespritzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Wurden bei Ihnen Tumorerkrankungen bestrahlt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Nehmen Sie andere Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn Ja, welche: | | |

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 8. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Könnten Sie schwanger sein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Stillen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Erklärung über die Einwilligung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen.

- Ich bin über die geplante nuklearmedizinische Untersuchung ausführlich informiert, ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

Ablehnung der Untersuchung:

- Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt



Datenschutzhinweis

Wie in jeder Arztpraxis werden auch bei uns vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir sind uns der damit verbundenen hohen Verantwortung bewusst. Deshalb halten wir uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz.

Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie dieser Übermittlung zugestimmt haben. Im Regelfall hat ihr behandelnder Arzt Sie in unsere Gemeinschaftspraxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir im Allgemeinen davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt übermitteln. Sollte dies nicht der Fall sein, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken.

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat.

Ich bestätige den Erhalt einer Kopie

Ich wünsche keine Kopie

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter