

Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich, Telefon 044 466 23 02, Fax 044 466 27 41

Zur Intervention:

Radiosynoviorthese

Sie haben sich zusammen mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit uns zu einer Injektionsbehandlung mit radioaktiven Substanzen eines Gelenkes entschlossen. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Diese sogenannte Radiosynoviorthese sollte Schwellungen, Entzündung und Schmerzen des betreffenden Gelenkes verhindern. Die radioaktive Substanz wird sorgfältig vorbereitet und zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt gespritzt, damit die für Ihr Gelenk richtige Dosis ins Gelenk gelangen wird. Verschiedene Substanzen werden angewandt; meistens verwenden wir Yttrium 90, dessen Strahlenlänge durchschnittlich 3,7 mm und maximal 11 mm beträgt; damit ist eine Belastung für Sie und Ihre Umwelt durch schädigende Strahlen ausgeschlossen. Die Dauer der Wirkung beträgt durchschnittlich 2,7 Tage. Die Strahlen sind dazu angetan, die Gelenkhaut zu veröden und eine Verschorfung zu bewirken, damit das Gelenk nicht mehr anschwillt und Schmerzen verursacht. Gleichzeitig mit der strahlenden Substanz werden auch Glukokortikoide gespritzt, um eine überschüssige Entzündungsreaktion zu verhindern.

Mögliche Komplikationen bei Radiosynoviorthese sind:

- (1) Verletzung von benachbartem Gewebe (Gefässe, Muskeln, Nerven).
- (2) Vorübergehende Entzündungsreaktion des Gewebes.
- (3) Strahlennekrose im Bereich der Haut und des Stichkanals.
- (4) Allgemeine schwache Strahlenreaktion (Appetitlosigkeit, Müdigkeit).

Diese Nebenwirkungen sind alle sehr selten und können, falls sie doch einmal auftreten, gut behandelt werden. Erwähnt werden darf auch, dass trotz Jahrzehnte langer Erfahrung bisher keine Krebs-Entstehung oder genetische Schäden beschrieben wurden. Damit die radioaktive Substanz nicht in die benachbarten Lymphknoten abwandert, soll die Gelenkregion während 2–3 Tagen ruhiggestellt werden.

Bitte fragen Sie uns nach allem, was Ihnen wichtig oder unklar ist!

Ich habe den Inhalt dieses Informationsblattes verstanden und zur Kenntnis genommen. Fragen wurden mir durch die behandelnden Ärzte / Ärztinnen erklärt. Ich bin mit der Durchführung der Radiosynoviorthese einverstanden.

Datum:

Unterschrift Patientin/Patient:

Datum:

Unterschrift Ärztin/Arzt:

