

## Patientenaufklärung Radiojodtherapie bei Immunthyreopathie (Morbus Basedow)

Name:

Vorname:

Geb.:

oder kleiner Patientenaufkleber

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund Ihrer Schilddrüsenerkrankung kommen Sie zu einer Radiojodtherapie. Die Behandlung wurde anhand von Voruntersuchungen individuell für Sie geplant (Szintigraphie, Radiojodtest, Ultraschall). Das für die Behandlung eingesetzte Radionuklid Jod-131 wird Ihnen in Kapselform verabreicht. Über einen aktiven Aufnahmemechanismus (Natrium-Jodid-Sympporter) wird das radioaktive Jod in Ihrer Schilddrüse aufgenommen. Der Therapieeffekt entsteht durch eine lokale Bestrahlung des Schilddrüsengewebes durch die sogenannte  $\beta$ -Strahlung aus dem radioaktiven Zerfall des Jod-131.

Aufgrund der Besonderheiten Ihrer Schilddrüsenerkrankung und aufgrund langjähriger Erfahrungen wird die Therapie so geplant, dass mittelfristig eine **Schilddrüsenunterfunktion** auftritt, die dann durch eine lebenslange Einnahme von Schilddrüsenhormon ausgeglichen wird. Die Einnahme von Schilddrüsenhormon muss Ihrem individuellen Bedarf angepasst werden und ist dann nebenwirkungsfrei.

Über die **Strahlenschutzvorkehrungen** (Zimmer nicht verlassen, keine Besucher) wurden Sie anhand eines Merkblattes informiert. Die **Entlassung** ist erst nach Unterschreitung der gesetzlichen Grenzwerte möglich, **frühestens** zwei Tage nach der Gabe der Therapiekapsel. Zur Überprüfung der erzielten Strahlendosis in Ihrer Schilddrüse und zur Bestimmung des Entlassungszeitpunktes erfolgen regelmäßige Messungen.

Die Radiojodtherapie ist mit folgenden potentiellen Risiken und Nebenwirkungen verbunden:

- **Gelegentlich** kann es zu einer **Schwellung des Schilddrüsengewebes** durch eine vorübergehende Entzündung kommen. Lokale Beschwerden, wie ein Druckgefühl, können durch Kühlen behandelt werden. In seltenen Fällen ist die Gabe entzündungshemmender Medikamente nötig.
- **Vorübergehende Verschlimmerung der Schilddrüsenüberfunktion** durch Freiwerden von Schilddrüsenhormonen und kurzzeitiges Absetzen der schilddrüsenhemmenden Therapie.
- Der **Therapieeffekt** tritt erst nach einigen Wochen ein. Fast immer ist vorübergehend eine schilddrüsenhemmende Therapie weiter notwendig. Vermehrte Jodzufuhr (z.B. Röntgen-Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel: Jodsalz, Fisch u.a.) sollte zunächst weiter vermieden werden.
- Erstmanifestation einer sogenannten **endokrinen Orbitopathie** oder Verschlimmerung der Augensymptome bei vorbestehender Orbitopathie. Die Radiojodtherapie erfolgt daher unter Einnahme von Glukokortikoiden (Kortison), wobei die Behandlung über einige Wochen fortgesetzt werden muss. Über die Behandlung werden Sie in einem zusätzlichen Merkblatt informiert.
- **Ambulante Kontrollen** sind in der ersten Zeit nach der Radiojodtherapie häufiger erforderlich, später in Abhängigkeit vom Therapieergebnis jährlich. Nachuntersuchungen sollten lebenslang erfolgen. In einigen Fällen, insbesondere bei großem Schilddrüsenvolumen oder sehr aktiver Erkrankung, ist eine Wiederholung der Therapie erforderlich.
- **Strahlenexposition:** Die Strahlenexposition des übrigen Körpers ist abhängig von der erforderlichen Therapedosis. Sie liegt üblicherweise zwischen 10 und 50 mSv. Ähnliche Strahlendosen werden auch in der medizinischen Diagnostik erreicht (Beispiel: Schichtströntgen/CT des Körperstammes ca. 20 mSv). Eine Erhöhung des Krebsrisikos nach Radiojodtherapie wurde **nicht** festgestellt (mehr als 60 Jahre Erfahrung mit der Radiojodtherapie).
- **Genetisches Risiko:** Ein erhöhtes Risiko der Erbgutschädigung wurde **nicht** festgestellt. Kinderwunsch sollte in den nächsten 6 Monaten zurückgestellt werden, anschließend bestehen **keine** Bedenken gegen eine Schwangerschaft oder das Zeugen eines Kindes bei Männern.

Ich erkläre, dass ich über das Vorgehen und die möglichen Nebenwirkungen der Radiojodtherapie umfassend aufgeklärt worden bin und entsprechende Fragen stellen konnte. Über alternative Therapiemöglichkeiten wurde ich informiert. Ich bin mit der Radiojodtherapie einverstanden.

**Eine Schwangerschaft besteht nicht.**

Datum

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Ärztin/Arzt