

Patienteninformation Sentinel Node

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Der Wächterlymphknoten ist der erste Lymphknoten im Lymphabflussgebiet eines Tumors.

Für die Feststellung des Tumorstadiums ist es von Bedeutung zu wissen, ob sich im Wächterlymphknoten bereits Tumorzellen abgesiedelt haben oder nicht, was für folgende Therapieentscheidungen eine wichtige Rolle spielt.

Das Verfahren der Darstellung und anschließend operativen Entfernung des Wächterlymphknotens ist heute Standard bei Brustkrebs und Melanom, es kann aber auch bei anderen Tumorerkrankungen, z.B. im gynäkologischen Bereich oder im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich angewendet werden.

Untersuchungsablauf

Die szintigraphische Untersuchung kann am Tag vor der Operation oder am Operationstag selbst erfolgen.

Ein(e) Arzt/Ärztin wird Ihnen eine geringe Menge eines Radiopharmakons (= radioaktiv markierte Eiweißpartikel) in die Haut in Tumornähe injizieren. Je nach Tumor sind manchmal auch mehrere Injektionen erforderlich, diese erfolgen mit einer sehr dünnen Nadel, die kaum Schmerzen verursacht. Diese Eiweißpartikel gelangen in die Lymphbahnen und ihre Ansammlung (= „Anreicherung“) im Wächterlymphknoten wird mit einer Gammakamera bildlich dargestellt. In seltenen Fällen kann es nach der Injektion zu allergischen Reaktionen kommen.

Das Ergebnis der Untersuchung wird sofort an den Operateur übermittelt.

Der Chirurg wird bei der Operation den Tumor und den Wächterlymphknoten entfernen. Zum Auffinden des Sentinel Nodes verwendet er eine sogenannte Gamma-Sonde, mit der er den Lymphknoten durch die abgegebene schwache Strahlung auffinden kann.

Die Untersuchung ist beendet, sobald sich der Wächterlymphknoten darstellt. Das kann bereits nach 30 Minuten sein, in Einzelfällen können aber auch Aufnahmen bis zu 24 Stunden später notwendig sein.



Strahlenexposition

Die Strahlenexposition ist bei dieser Untersuchung sehr gering. Wenn es unbedingt nötig ist, kann die Untersuchung sogar bei schwangeren und stillenden Frauen durchgeführt werden. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung für Sie und Ihre Umgebung besteht nicht.

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Nein Ja

Stillen Sie?

Nein Ja

.....
**Unterschrift der/des Patientin/en , der Eltern *
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

.....
Name und Unterschrift des/der Arztes/in

Datum / Uhrzeit:.....

.....
Name und Unterschrift der/des Radiologietechnologin/en

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.** Ebenfalls erkläre ich mich einverstanden, dass meine Untersuchungsdaten selbstverständlich anonym für wissenschaftliche bzw. statistische Zwecke ausgewertet werden können.

*Grundsätzlich sollten **beide Elternteile** unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteiles vor, so versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Ihre Gesundheit steht im Zentrum unserer Bemühungen.

Prim. Prof. Mag. Dr. Michael Gabriel und das INE-Team

Institut für Nuklearmedizin und Endokrinologie

Med Campus III.

Krankenhausstraße 9, 4020 Linz

T: +43 (0)5 7680 83 – 6140, F: +43 (0)5 7680 83 – 6165, e-mail: ine@akh.linz.at

