

Einverständniserklärung und Patienteninformationsblatt

Palliative Schmerztherapie mit Samarium-153-EDTMP

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Tumorerkrankung wurden bei Ihnen Tumorabsiedlungen im Knochen festgestellt. Die Therapie mit Samarium-153-EDTMP dient der **Schmerzbehandlung**. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass durch diese Therapie keine Heilung Ihrer Erkrankung zu erzielen ist. Bei etwa 70% der Patienten kann mit einer Besserung der Schmerzsymptomatik gerechnet werden, eine völlige Schmerzfreiheit ist aber eher selten. Das Einsetzen der Wirkung ist frühestens 1-3 Wochen nach der Therapie zu erwarten.

Mit folgenden **Nebenwirkungen** ist durch die Therapie zu rechnen:

- Überschießende Schmerzreaktion in den ersten zwei Tagen nach der Injektion. Diese Reaktion macht möglicherweise den verstärkten Einsatz von Schmerzmitteln erforderlich.
- Veränderungen des **Blutbildes**:
Absinken der Leukozyten und Thrombozyten um 30-70% des Ausgangswertes, teilweise sogar ausgeprägter. Damit ist eine erhöhte **Infektionsgefahr** oder eine **Blutungsgefahr** mit der Notwendigkeit von Thrombozytentransfusionen verbunden.
Eine Knochenmarkverdrängung durch Tumorgewebe, Chemotherapie, externe Strahlentherapie sowie systemische Radionuklidtherapie können additive Wirkung auf das blutbildende Knochenmark haben. Das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr Risikofaktoren dieser Art erhöht die Möglichkeit einer Knochenmarksschädigung.
- Kompression von Rückenmark und Nervenwurzeln:
Durch die lokale Bestrahlung kann es vorübergehend zu einer Schwellung der Metastasen kommen. Dadurch ist in Abhängigkeit von der Lokalisation der Tumorabsiedlungen eine Druckschädigung von Nerven oder Rückenmark möglich. Dies macht häufig den Einsatz von Kortisonpräparaten erforderlich, entweder schon im Vorfeld zur Verhinderung dieser Komplikation oder zu deren Behandlung.
- Allgemeines Strahlenrisiko:
Die verabreichte Strahlendosis kann zu einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Auftreten anderer Krebsformen führen, insbesondere Formen des Blutkrebses.

Ablauf der Therapie:

Ihnen wird zunächst ein Zugang in eine Armvene gelegt. Über diesen Zugang wird Ihnen das radioaktive Medikament gespritzt. Im Anschluss erhalten Sie eine Infusion mit einer Elektrolytlösung. Diese dient zum einen dazu, eine lokale Wirkung des Medikamentes an der Vene zu verhindern und zum anderen dazu, Ihnen ausreichend Flüssigkeit zuzuführen.

Im Allgemeinen wird mit der Therapie eine medikamentöse Therapie mit Kortison (Fortecortin®) eingeleitet.

Entweder 6 Stunden nach der Gabe des radioaktiven Medikamentes oder am Folgetag wird eine Ganzkörperaufnahme (Szintigraphie) Ihres Skelettsystems erstellt. Diese Aufnahme dient dazu, die regelrechte Verteilung der Substanz in Ihrem Körper zu überprüfen.

Nach der Therapie:

Nach Erhalt der Therapie ist keine Einhaltung einer speziellen Diät erforderlich. Sie sollten aber in den ersten Tagen vermehrt trinken und die Harnblase häufiger entleeren, da die radioaktive Substanz über die Nieren ausgeschieden wird. Eine Verunreinigung der Unterwäsche sowie der Toilette mit Urin ist zu vermeiden. Bitte waschen Sie nach dem Urinieren ihre Hände sorgfältig und spülen Sie das Toilettenbecken zweifach. Wäsche sollte eventuell gesondert gewaschen werden. Urinieren im Sitzen ist anzuraten. Die Ausscheidung von Aktivität über die Nieren ist in den ersten 48 Stunden nach der Injektion weitgehend abgeschlossen (80- 90%).

Bei einer stationären Behandlung sollten das Pflegepersonal oder Angehörige zur Vermeidung von Hautkontaminationen bei Umgang mit Patientenausscheidungen Gummihandschuhe tragen. Die Ausscheidungen sollten umgehend über die Toilette entsorgt werden.

Bei einer Inkontinenz sollte möglichst ein Blasenkatheter gelegt werden, der für einige Tage an einen Urinbeutel angeschlossen wird. Zusätzlich können feuchtigkeitssaugende Unterlagen (Windeln) sowie Gummiunterlagen angeraten sein.

Nachsorge:

Wie oben erläutert, kann es nach der Therapie zu Veränderungen Ihres Blutbildes kommen. Daher müssen **wöchentliche Kontrollen Ihres Blutbildes** erfolgen bis mindestens 6 Wochen nach der Therapie.

Ich habe die Patienteninformation gelesen, verstanden und bin über die Therapie umfassend aufgeklärt worden. Ich erkläre mich mit der geplanten Therapie einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des/r Patienten/in

_____ Unterschrift des/r Arztes/Ärztin