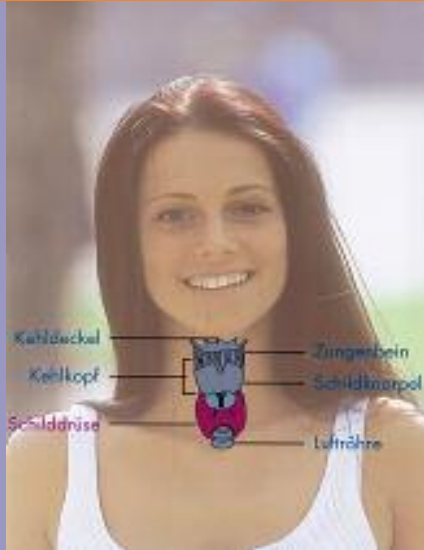




Informationen zur nuklearmedizinischen Schilddrüsendiagnostik



Die Schilddrüse

Die Schilddrüse ist ein kleines inneres Organ unterhalb des Kehlkopfes am Hals. Ihr Hormon „Thyroxin“ regelt in vielen Organen den Stoffwechselumsatz. Überfunktionen äußern sich z.B. in Wärmeempfindlichkeit, Pulsbeschleunigung, Unruhe, Durchfall und Gewichtsabnahme. Unterfunktionen bewirken eher das Gegenteil.

Zur Herstellung des Thyroxins benötigt die Schilddrüse Jod aus der Nahrung. Bei chronischem Jodmangel wird ihr Wachstum stimuliert und es kann sich ein Kropf (Struma) bilden. Die Funktion ist bei Struma zunächst normal. Jahrelange Stimulation fördert aber die Bildung von Zysten und gutartigen Knoten, die dann in manchen Fällen unkontrolliert und im Überschuss Thyroxin bilden.

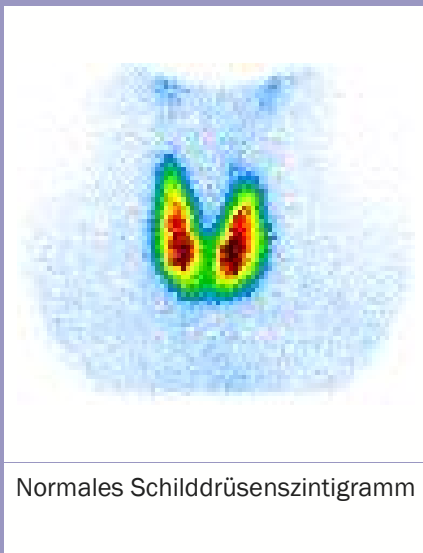
Schilddrüsenentzündungen sind meist sog. Autoimmunerkrankungen, bei denen sich die Körperabwehr gegen die eigene Schilddrüse wendet. Sie können mit Überfunktion oder Unterfunktion einhergehen. Sehr seltene bösartige Schilddrüsenknoten sind u.a. an ihrer fehlenden Hormonproduktion zu erkennen.

Die Schilddrüsenuntersuchung

Sie umfasst die Befragung der Patienten, Abtastung, Bestimmung der Hormonlage aus dem Blut durch Laboruntersuchungen, die Sonographie (oft schon beim Hausarzt oder Internisten erfolgt) und das Schilddrüsenzintigramm.

In der **Sonographie** kann sehr genau das Volumen der Schilddrüse bestimmt werden, können Knoten und Zysten dargestellt und oft auch Entzündungen erkannt werden.

Das **Szintigramm** ist gewissermaßen eine „Landkarte“ des Schilddrüsenstoffwechsels. Es erlaubt die Unterscheidung stoffwechselüberaktiver Knoten von inaktiven Knoten oder Zysten sowie eine Abschätzung der Größe und des Gesamtstoffwechsels. Beim Szintigramm wird eine schwach radioaktive Substanz gespritzt, die ähnlich wie Jod in der Schilddrüse angereichert wird. Zonen mit starkem Stoffwechsel reichern besonders stark an. Mit einer Gammakamera kann die schwache Strahlung sichtbar gemacht und in ein Bild umgesetzt werden. Die Strahlung klingt nach wenigen Stunden ab. Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit einer Röntgenaufnahme.



Normales Schilddrüsenzintigramm



Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse untersucht ?

Ja, und zwar zuletzt _____ bei _____ Nein

Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse operiert ?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse oder im Halsbereich bestrahlt ?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere Schilddrüsen-, Herz- oder Lithiumpräparate)

Ja (Name, Dosis) _____ Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus

Ja Nein

Ihre jetzigen Beschwerden:

Nervosität, innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit, Antriebsarmut
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme
Wärmeempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kälteempfindlich, oft frierend
Oft schwitzend, rosige warme Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene Haut
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenes, brüchiges Haar
Pulsbeschleunigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langsamer Puls
Handzittern, Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwaschene, langsame Sprache
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Enge am Hals	<input type="checkbox"/>				
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Heiserkeit	<input type="checkbox"/>				
Augenreizung, Sehstörung	<input type="checkbox"/>				
Sonstige	<input type="checkbox"/>				_____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Letzte Röntgenuntersuchungen am _____ und zwar _____

Wurde dabei ein Röntgenkontrastmittel gespritzt ? Ja Nein

Von der Praxis auszufüllen !

Labor ft4 _____ ft3 _____ TSH basal _____ TSH stim. _____

TAK _____ TPO/MAK _____ TRAK _____

Einverständniserklärung

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte hier, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen und der Schilddrüsendiagnostik, ggf. dem Schilddrüsenzintigramm, zustimmen.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____