

PATIENTENINFORMATION

Ultraschallgezielte Gewebeentnahme der Brust

Radiologie
Kantonsspital Nidwalden
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
T +41 (0)41 618 17 61
F +41 (0)41 618 17 69
radiologie@ksnw.ch
www.ksnw.ch

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Dieses Merkblatt informiert Sie über den bei Ihnen geplanten Eingriff zur Gewebeentnahme an der Brust.
Bitte lesen Sie es aufmerksam durch.

Notwendigkeit des Eingriffs

Bei Ihnen wurde eine Veränderung in der Brust festgestellt, für deren weitere Diagnose eine Gewebeprobe entnommen werden muss.

Alternativen

Als weitere Möglichkeit kommt nur eine offene chirurgische Operation in Frage, die wesentlich eingreifender und mit einer Narkose verbunden ist. Bei einer Beobachtung des Befundes, besteht das Risiko, einen Tumor erst verspätet und womöglich in einem fortgeschrittenem Stadium zu entdecken.

Verlauf des Eingriffs

Um Material zu gewinnen, wird nach örtlicher Betäubung eine Nadel in den Herd eingeführt. Der Stich mit der dünnen Betäubungsnadel ist nur leicht schmerzhaft. Mit der Ultraschallsonde kann die Nadelspitze exakt lokalisiert werden. Es werden dann mehrere zylinderförmige Gewebestücke entnommen, die später vom Pathologen unter dem Mikroskop untersucht werden. Der gesamte Eingriff dauert ca. 20 Minuten. Bis die Diagnose vorliegt, müssen Sie sich einige Tage gedulden. Nach dem Eingriff wird die Entnahmestelle 15 Minuten komprimiert und ein Verband angelegt, den sie am nächsten Morgen selbst entfernen können.

Risiko und Komplikationen

- **Nachblutung**
Das Risiko, dass es an der Entnahmestelle nachblutet ist praktisch nur gegeben, wenn eine Gerinnungsstörung besteht oder Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen.
- **Infektion**
Bei jedem Stich besteht die theoretische Möglichkeit, dass eine Entzündung ausgelöst wird. Da aber mit sterilem Material und Desinfektionsmittel gearbeitet wird, ist dieses Risiko sehr gering.
- **Verletzung von Organen**
Es wurde bei Brustherden, die nahe der Brustkorbwand liegen, die Komplikation einer Lungenverletzung beschrieben. Da wir den Eingriff ultraschallgesteuert vornehmen, ist auch dieses Risiko sehr gering.

Vollmacht

Frau / Herr Dr. _____ hat mir den Eingriff erläutert und ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein.
Ich bin mit dem Eingriff einverstanden.

Ja Nein
 Ja Nein

Datum

Unterschrift Patientin / Patient
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift Ärztin / Arzt