

Information für Patientinnen

Röntgen- und CT-Untersuchungen in der Schwangerschaft



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Sehr geehrte Patientin

Sie sind von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin zu einer Röntgen- oder CT-Untersuchung angemeldet worden. Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über die speziellen Umstände dieser Untersuchung während einer Schwangerschaft oder einer möglichen Schwangerschaft informieren.

Hintergrund

Röntgenstrahlen stellen für das ungeborene Kind ein erhöhtes Risiko dar und können zu Missbildung wie auch Tumoren im Kindesalter führen. Das Risiko durch Röntgenstrahlen existiert während der gesamten Schwangerschaft, nimmt aber mit der Dauer der Schwangerschaft ab. Je nach Art der Untersuchung ist die Strahlenbelastung zudem unterschiedlich gross. Es muss daher vor jeder Röntgen- oder CT-Untersuchung in der Schwangerschaft oder einer möglichen Schwangerschaft eine sorgfältige Abwägung zwischen Nutzen und Risiko der Untersuchung erfolgen.

Wo immer möglich werden während einer Schwangerschaft alternative Untersuchungsverfahren gewählt wie Ultraschall oder MRI, dies ist aber nicht bei allen Fragestellungen möglich/sinnvoll.

Die vom Fötus/ungeborenen Kind absorbierte Strahlendosis ist je nach Untersuchung unterschiedlich gross und wird in mGy angegeben. Untersuchungen mit einer sehr kleinen Strahlenbelastung (< 1 mGy) gelten als unbedenklich, müssen aber wie jede Röntgenuntersuchung medizinisch gerechtfertigt/indiziert sein.

Richtwerte absorbierte Strahlendosis des Fötus/Kindes

| | mGy |
|--------------------------------|------------|
| Röntgen HWS (2 Aufnahmen) | <0,001 |
| Röntgen Extremitäten | <0,001 |
| Röntgen Thorax (2 Aufnahmen) | 0,002 |
| Röntgen LWS (2 Aufnahmen) | 1-4 |
| Röntgen Becken | 2 |
| Röntgen Hüfte und Oberschenkel | 3 |
| CT Schädel | 0,005 |
| CT Thorax/Lungenembolie-CT | 0,16 - 0,2 |

Das Risiko für eine Schädigung des Fötus/Kindes lässt sich für sehr kleine Strahlendosen statistisch nicht exakt beziffern bzw. ist statistisch gegenüber Kindern, die während der Schwangerschaft keiner Röntgen- oder CT-Untersuchung ausgesetzt waren, nicht signifikant erhöht. Je grösser die Strahlendosis, desto genauer

kann das Risiko abgeschätzt werden. Bei einer in utero Exposition von 10 mGy liegt zum Beispiel das relative Risiko für die Entwicklung einer Leukämie ca. 40 % über der Norm. Solch hohe Strahlenbelastungen sind heute glücklicherweise nur sehr selten notwendig.

Lungenembolie CT

Die Frage nach einer Lungenembolie bzw. deren Ausschluss ist mit Abstand die häufigste CT-Untersuchung während der Schwangerschaft. Eine Lungenembolie ist eine ernsthafte Erkrankung und muss (falls vorhanden) rasch behandelt werden. Bei korrekter Indikation überwiegt hier der Nutzen der Untersuchung das Risiko der Strahlenbelastung. Eine Lungenembolie kann nur mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe ausgeschlossen/diagnostiziert werden. Das verwendete, nicht-ionische Kontrastmittel hat keine Auswirkung auf die Schilddrüse des ungeborenen Kindes. Es wird aber dennoch empfohlen, nach der Geburt ein Schilddrüsen-Screening (Labortest) des Neugeborenen durchzuführen.

Röntgen-Untersuchungen

Röntgen-Untersuchungen der Extremitäten (Arme/Hände bzw. Kniegelenke/Füsse) und auch des Thorax sind mit einer sehr kleinen Strahlenbelastung und einem geringen Risiko für den Fötus bzw. das ungeborene Kind verbunden. Andere Röntgen-Untersuchungen während der Schwangerschaft (z.B. der Lendenwirbelsäule oder des Beckens) sind während der Schwangerschaft sehr selten notwendig. Hier ist nach Möglichkeit eine alternative Untersuchung zu wählen (z.B. ein MRI) oder die Untersuchung aufzuschieben.

Falls Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt nichts von einer bestehenden oder möglichen Schwangerschaft weiss und Sie für eine Röntgen-Untersuchung der Lendenwirbelsäule, des Beckens oder der Hüftgelenke angemeldet sind, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.

| | |
|---------------|----------------------|
| Name: | <input type="text"/> |
| Vorname: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> |

Wenn Sie mit der Durchführung der vorgesehenen Röntgen-/CT-Untersuchung einverstanden sind, so unterschreiben Sie bitte unten. **Selbstverständlich dürfen Sie uns vor und während der Untersuchung jederzeit Fragen stellen.**

| | | | | | |
|--------|----------------------|-------------------------|----------------------|------------|----------------------|
| Datum: | <input type="text"/> | Unterschrift Patientin: | <input type="text"/> | Radiologe: | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|-------------------------|----------------------|------------|----------------------|

