

# **CT geleitete periradikuläre Schmerztherapie (Selektive Nervenwurzelblockade) und Facettenblockade**

**Wir bitten Sie den Aufklärungsbogen vor der ärztlichen Aufklärung zu lesen und den Fragebogen auszufüllen!!!**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Nacken- bzw. Rückenschmerzen verursacht durch Abnützungen an den Bandscheiben bzw. den kleinen Wirbelgelenken der Wirbelsäule sind in unserer Bevölkerung weit verbreitet. Die CT-geleitete Schmerztherapie erlaubt durch die Bildkontrolle die exakte Einbringung des Medikamentengemisches an den schmerzverursachenden Herd, wodurch Schmerzzustände beseitigt bzw. gelindert werden können. Das Medikamentengemisch besteht üblicherweise aus einem Lokalanästhetikum und einem entzündungshemmenden Medikament. Die Dosierung der Medikamente wird aufgrund der gezielten Einbringung sehr niedrig gehalten, wodurch systemische Nebenwirkungen üblicherweise vermieden werden.

## **Wann ist diese Art von Therapie sinnvoll?**

Wenn das Schmerzmuster einer Nervenwurzel zuordenbar ist und keinerlei motorische Ausfälle bestehen, aber auch keinerlei Harnblasen- bzw. Mastdarmfunktionsbeeinträchtigungen bestehen.

Grundvoraussetzung ist, dass eine medikamentöse oder physikalische Therapie keine zufriedenstellende Linderung der Schmerzen gebracht hat.

Die am häufigsten betroffenen Regionen sind die untere Halswirbelsäule (C5-C7) und die untere Lendenwirbelsäule (L4-S1).

## **CT-geleitete selektive Nervenwurzelblockade:**

Sie werden je nach Lokalisation der schmerzverursachenden Nervenwurzel in Rücken- oder in Bauchlage am CT-Untersuchungstisch gelagert, bei schmerzbedingten Lagerungsproblemen kann auch eine Seitenlage gewählt werden. Es wird sodann ein Topogramm des zu behandelten Wirbelsäulenanteils angefertigt. In sogenannter Low-dose-Technik werden dann Suchschichten zur Lokalisation der schmerzverursachenden Nervenwurzel durchgeführt. Nach Lokalanästhesie an der Einstichstelle bzw. entlang des Stichkanales wird mit einer 0,7 mm dicken Nadel unter Bildkontrolle die Nadelspitze an die schmerzverursachende Nervenwurzel geführt. Nach Verabreichung einer kleinen Kontrastmittelmengung zur Überprüfung des Verteilungsmusters wird das Medikamentengemisch an die schmerzverursachende Nervenwurzel verabreicht. Der Eingriff dauert etwa 10-15 Minuten. Nach dem Eingriff werden Sie noch für etwa 30-45 Minuten unter Bettruhe überwacht und werden daraufhin in häuslicher Pflege entlassen. Es wird dringend empfohlen sich durch eine Begleitperson nach Hause führen zu lassen und größere körperliche Aktivitäten am Tag der Behandlung zu meiden.

## **Nebenwirkungen und Komplikationen:**

Die lokale Verabreichung der entzündungs- bzw. schmerzhemmenden Medikamente kann zu Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Ödemen aber auch Zyklusstörungen bei Frauen führen, diese sind jedoch ausgesprochen selten. Überempfindlichkeiten gegen Medikamente des Medikamentengemisches und gegen Kontrastmittel können zu Juckreiz bzw. Übelkeit führen, deshalb ist es wichtig, dass Sie dem behandelten Arzt alle bekannten Allergien mitteilen. In seltenen Fällen kann es zu Kreislaufproblemen wie zum Beispiel Blutdruckabfall bzw. Atembeschwerden, diese sind jedoch durch entsprechende Gegenmaßnahmen jederzeit behandelbar.

Lebenbedrohliche Komplikationen und schwerwiegende Medikamentenunverträglichkeitsreaktionen sind bei der Verwendung von Röntgenkontrastmitteln und bei Lokalanästhetika äußerst selten, dies gilt auch für Patienten in hohem Lebensalter, in schlechtem Allgemeinzustand und mit mehreren Grunderkrankungen.

Infektionen, Blutergüsse oder stärkere Blutungen an der Einstichstelle bzw. entlang des Stichkanals sind äußerst selten, nur in Ausnahmefällen ist eine operative Sanierung notwendig. Eine allgemeine Blutvergiftung (Sepsis) verursacht durch die Behandlung ist extrem selten.

In Folge von Blutergüssen, Entzündungen oder Rückenmarks- bzw. Nervenverletzungen auftretende bleibende Lähmungen sind extrem selten. Die in der Literatur berichteten Fälle sind alle ohne Computertomographie – Bildkontrolle aufgetreten.

## **Erfolgsaussichten:**

Meist tritt schon nach der ersten Behandlung eine deutliche Besserung der Beschwerden auf, es kann jedoch bis zu einer Woche dauern, bis die vollständige Wirkung des entzündungshemmenden Medikamentenanteils zur Entfaltung kommt. Um eine weitere Linderung der Schmerzen bzw. eine vollständige Rückbildung der Schmerzen zu erzielen sind mitunter 3-4 Behandlungen notwendig. Die Erfolgsrate liegt nach etwa 3-4 Behandlungen bei etwa 70%.

## **Bitte unbedingt beachten!!!**

Bitte bringen Sie aktuelle Computertomographie bzw. MRT-Bilder zur Behandlung mit.

## **Vor der Behandlung:**

Sie können am Tag der Behandlung ein kleines Frühstück zu sich nehmen, mit Ausnahme von bluterverdünnenden Medikamenten können Sie alle Medikamente wie üblich vor der Untersuchung einnehmen.

Patienten mit Diabetes mellitus sollten während der Therapie ihren Blutzuckerspiegel öfter beim Hausarzt bzw. beim behandelten Internisten kontrollieren lassen, da es mitunter zu Wechselwirkungen kommen kann.

**Nach der Behandlung:**

Bei schwerer Übelkeit bzw. Erbrechen, bei Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen oder Missempfindung an der Einstichstelle sowie bei Nackensteifheit, Fieber oder Schüttelfrost **verständigen Sie bitte sofort den behandelten Arzt bzw. die Ärztin.**

Nach der CT-geleiteten Schmerztherapie sollten Sie frühestens nach 6 Stunden aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder Alkohol trinken.

Stellen Sie beim Aufklärungsgespräch alle Fragen, die Sie bezüglich dieser Therapie haben.

**Raum für ergänzende Notizen:**

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Je genauer Sie uns über Vor- und Nebenerkrankungen unterrichten, desto besser können wir etwaige Risiken vorbeugen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen deshalb gewissenhaft. Der Arzt oder der (die) Assistent(in) helfen Ihnen gerne weiter.

---

Zutreffendes bitte ankreuzen unterstreichen bzw. ergänzen!

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Geschlecht: weiblich    männlich

Haben Sie frühere Anästhesien (Narkose, örtliche Betäubung) gut vertragen?    JA     Nein

Wenn nicht, welche Beschwerden? \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?

JA     Nein

Traten bei früheren Untersuchungen mit **Röntgenkontrastmittel** Überempfindlichkeitsreaktionen (zB Kreislaufstörungen, Juckreiz) auf?

JA     Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

JA     Nein

Wenn ja, welche?

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (zB Marcumar, Aspirin), Schlafmittel, Abführmittel, „Antibabypille“ oder \_\_\_\_\_

Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Organe erkrankt sind oder waren?

**Kreislauf:** Hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen oder \_\_\_\_\_

JA     Nein

**Herz:** Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, oder \_\_\_\_\_

JA     Nein

**Gefäße:** Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, oder \_\_\_\_\_

JA     Nein

**Lunge:** Lungenentzündung, TBC, Staublunge, Lungenblähung, oder \_\_\_\_\_

JA     Nein

**Stoffwechsel:** Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht,  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Schilddrüse:** Unter- oder Überfunktion, Kropf,  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Blut:** Häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Skelettsystem:** Gelenkserkrankungen, Bandscheibenbeschwerden,  
Schulter-Arm-Syndrom oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Nerven:** Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen,  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Allergie:** Heuschnupfen  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex  
oder \_\_\_\_\_ JA  Nein

**Leiden Sie an anderen Erkrankungen?** JA  Nein

---

Könnten Sie **schwanger** sein? JA  Nein

**Rauchen** Sie? JA  Nein

Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie häufig **Schlaf- und Beruhigungsmittel** ein? JA  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## Aufklärungsgespräch/Einwilligung

### Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und unterschreiben!

- Den zum Mitnehmen bestimmten Informationsteil habe ich erhalten und gelesen.  
Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.  
Die Fragen der Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_  
wurden unter anderem erörtert:

Das Verfahren, Vor- und Nachteil gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, spezielle Risiken bei Kombinationen mit anderen Medikamenten, risikoe erhöhende Besonderheiten, wahrscheinlich Neben- und Folgeeingriffe sowie:

---

---

---

---

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.  
Bei weiteren Fragen kann ich mich jederzeit an die behandelnden Ärzte wenden.

### Erklärung über die Einwilligung

- Nach gründlicher Überlegung willige ich ein in die CT-geleitete selektive Nervenwurzelblockade und Facettenblockade ein.

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens sowie mit erforderlicher Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie mit bestimmten begleitenden Maßnahmen nicht einverstanden sind, bitte näher bezeichnen:

- Ich willige in den vorgeschlagenen Eingriff nicht ein.

Ich wurde darüber informiert, dass dadurch die gezielte Behandlung der Erkrankung erheblich erschwert oder sogar unmöglich werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientin/Patient bzw. Betreuer/Sorgeberechtigter\*

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.