

Wichtige Informationen zur CT-gesteuerte Schmerztherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die CT-gesteuerte Schmerztherapie kann grundsätzlich an allen Abschnitten der menschlichen Wirbelsäule durchgeführt werden. Dabei werden unter computertomographischer Kontrolle in Bauchlage Muskeln, Wirbelgelenke, Iliosakralgelenke (Beckenfugengelenke) und Nervenwurzeln mit feinen Injektionsnadeln unter Verwendung von örtlichen Betäubungsmitteln sowie entzündungshemmenden Medikamenten behandelt. Die direkte Kortisongabe führt an den Spinalnerven zu einer Entzündungshemmung, zudem an den Bandscheiben zu einem entwässernden und damit abschwellendem Effekt mit nachfolgender Verringerung der mechanischen Nervenwurzelreizung durch Vorfall oder Protrusion. Die CT-gesteuerte Behandlung bietet ein hohes Maß an Sicherheit und Präzision. Im CT-Bild kann man Nerven, Blutgefäße und anderes Körpergewebe genau erkennen und unterscheiden. Auch die eingesetzten Instrumente sind im Bild zu sehen. So ist eine sichere und exakte Applikation von Medikamenten unter Schonung des umgebenden, gesunden Gewebes direkt an Entzündungsherden und Nervenstrukturen in einer hohen lokalen Wirkdosis möglich.

ISG Infiltration: Behandlung der Iliosakralgelenke (Kreuz-Darmbein-Gelenk)

Facetten-Infiltration: kleine Wirbelgelenke

Epidurale Infiltration: Behandlung des Spinalnervs und der Bandscheibe im Spinalkanal

Periradikuläre Infiltration: Behandlung des Spinalnervs am Nervenaustrittsloch außerhalb des Spinalkanals

Die CT-gesteuerte Schmerztherapie wird in aller Regel im Abstand von 1-6 Wochen mehrfach wiederholt. Die Schmerzreduktion hält nicht nur während der Therapiedauer an, sondern zeigt bei Nachkontrollen in vielen Fällen auch noch nach Jahren eine anhaltende Wirkung. Manchmal tritt die Wirkung der CT-gesteuerten Schmerztherapie erst nach der zweiten oder dritten Injektion ein. Mitentscheidende Faktoren für die Dauer des Therapieerfolgs sind neben einem gezielten anschließenden Training der Bauch- und Rückenmuskulatur auch das Ausschalten von Risikofaktoren, wie z.B. die Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Die Behandlung selbst ist aufgrund der örtlichen Betäubung schmerzarm.

CT-gesteuerte Infiltrationen können aufgrund der niedrigen Komplikationsrate ambulant durchgeführt werden.

Die Nebenwirkungsrate der CT-gesteuerten Infiltrationstherapie bei Rückenschmerzen ist insgesamt sehr niedrig. Meist handelt es sich um Wadenkrämpfe, vermehrtes Schwitzen, geringe Gewichtszunahme, eine leichte Erhöhung des Augeninnendrucks, Blutzuckeranstieg, geringe Blutdruckerhöhung, Akne, vermehrte Brüchigkeit kleiner Gefäße mit Auftreten von blauen Flecken sowie Zyklusstörungen bei Frauen. Diese Nebenwirkungen bilden sich in der Regel wenige Tage bis wenige Wochen nach Beendigung der CT gesteuerten Schmerztherapie vollständig zurück. Bei der Behandlung im Rückenmarkskanal kann in sehr seltenen Fällen zu Postpunktionsschmerzen kommen (Liquorverlustsyndrom). Wie bei jeder Injektion kann es im Bereich des Stichkanals zu entzündlichen Prozessen kommen. Eine absolute Rarität sind bleibende Lähmungserscheinungen, die in unserer Praxis noch nie aufgetreten sind.

„Off Label Use“: Das Kortisonpräparat ist für die Anwendung am Nerven (PRT) oder auch im Rückenmarkskanal laut Medikamentenbeipackzettel nicht zugelassen, gilt aber seit vielen Jahren als anerkanntes Verfahren. Leider zahlen die meisten Krankenkassen zwar die eigentliche Therapie, aber nicht das Kortisonpräparat. Wir „verschreiben“ Ihnen das Kortison (Triam 40) auf einem Privat Rezept, bitte bringen Sie dann zu jedem Termin das Medikament mit.

Vor Beginn der Therapie:

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS o.ä.) müssen vor der Untersuchung abgesetzt werden. Bitte sprechen Sie ggf. auch Ihren behandelnden Kardiologen oder Neurologen an.

Nach der Therapie:

Nach der Therapie dürfen Sie nicht selber mit dem Auto oder Fahrrad fahren, bitte lassen Sie sich von einer Begleitperson fahren oder nutzen Sie ein öffentliches Verkehrsmittel/Taxi.

Es folgen noch einige Fragen auf der Rückseite, die Ihr Arzt vor dem Eingriff wissen sollte.



Name:

Vorname:

geb.:

Archiv-Nr.:

Anamnese (Krankheitsvorgeschichte)) für die CT-gesteuerte Schmerztherapie

1. Wurden Sie in den letzten 2 Wochen geimpft oder ist eine Schutzimpfung geplant? ja nein
2. Haben Sie eine Allergie auf Kontrastmittel oder Kortison? ja nein
3. Sind bei Ihnen schon Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel (z. B. Nieren- oder Gallenuntersuchung, Computertomographie, Gefäßdarstellung) durchgeführt worden? ja nein
Sind Unverträglichkeiten dabei aufgetreten? ja nein
4. Besteht eine chronische Krankheit (behandlungsbedürftige Zuckerkrankheit, Bluthochdruck)? ja nein
5. Besteht ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)? ja nein
6. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein
(z. B. Marcumar, ASS, Iscover, Tyklid, Heparin, Godamed, Plevix o.ä.)
7. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. ja nein
8. Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert? ja nein
9. Wurde bereits eine bildgesteuerte Rückenschmerztherapie bei Ihnen durchgeführt? ja nein
10. Besteht eine Störung der Blutgerinnung (erhöhte Blutungsneigung)? ja nein
11. Haben Sie Magen-Darm-Geschwüre? ja nein
12. Sind Infektionskrankheiten bekannt (HIV, Hepatitis, Tbc)? ja nein
13. Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Oder wird gestillt? ja nein

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Begründung der CT-gesteuerten Schmerztherapie im Falle GOP 34505 (vom Arzt auszufüllen):

- a) Akuter Verlauf bei begrenzter schmerztherapeutischer Kapazität.
- b) Aufgrund der akuten Schmerzsituation ist eine Verzögerung der schmerzlindernden Therapie nicht zumutbar.
- c) Weitere therapeutische Schritte (KG etc.) können im vorliegenden Fall erst nach der Linderung der Akutbeschwerden eingeleitet werden.
- d) Die begonnene Therapie soll beendet werden.

Ich bin über die Risiken und Komplikationen der Therapie aufgeklärt worden, habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Bedenkzeit. Ich bin mit der Behandlung (auch „Off Label Use“) einverstanden.

Bei Fragen und Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unser Personal!

Den Anamnesebogen habe ich gelesen und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und mir wurde eine Kopie des aufgefüllten Bogen übergeben. Mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden Arzt bin ich einverstanden.

Mannheim, den _____

(Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten)*

(Unterschrift Ärztin/Arzt)

*Bei minderjährigen Patienten: Mit der Durchführung der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe bei meiner Tochter/meinem Sohn bin ich einverstanden.