



## CT-gesteuerte Schmerztherapie mit gepulster Radiofrequenz

### *Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient*

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Sie zu einer CT-gesteuerten Schmerztherapie mittels gepulster Radiofrequenz (pRF) zugewiesen. Hierzu sollten Sie folgendes wissen: Dieses Verfahren kann an den Nervenwurzeln und den Facettengelenken angewendet werden. Nervenwurzeln sind die ein- und austretenden Nervenfasern des Rückenmarks, sie können durch einen Bandscheibenvorfall oder anderweitige Einengungen beeinträchtigt werden. Die Facettengelenke sind die kleinen Wirbelgelenke der Wirbelsäule, ihre Reizung führt zu Schmerzen. Rückenschmerzen durch Abnützungserscheinungen der Wirbelsäule sind sehr häufig. Als Schmerztherapie kommen neben der Einnahme von Medikamenten und Physiotherapie auch sog. Infiltrationen zum Einsatz («Spritze»). Falls bei Ihnen eine solche Schmerzspritze mit Kortison gut gewirkt hat, aber Ihre Schmerzen wiedergekommen sind oder falls wiederholte Spritzen nur noch abgeschwächt wirken, kann eine Schmerztherapie mit gepulster Radiofrequenz durchgeführt werden. Ziel der Behandlung ist eine Linderung oder eine gänzliche Ausschaltung Ihrer Beschwerden durch eine gezielte Anwendung von hochfrequentem Wechselstrom (gepulste Radiofrequenz) mittels feiner Sonden direkt am Schmerzursprung.

**Hinweis:** Die Behandlung mit gepulster Radiofrequenz kann eventuell nicht durchgeführt werden, falls Sie Träger/-in eines Herzschrittmachers oder Neurostimulators sind. Kontaktieren Sie uns in diesem Fall bitte umgehend.

### *Ablauf der Schmerztherapie mit gepulster Radiofrequenz*

Damit die Behandlung genau an der richtigen Stelle durchgeführt werden kann, findet sie bildgesteuert unter CT-Kontrolle statt. Hierzu müssen Sie auf dem Bauch liegen, mit guter Polsterung kann in der Regel eine für Sie bequeme Position gefunden. Nach einem kurzen Gespräch mit Ihnen plant die Radiologin/der Radiologe anhand der CT-Bilder die Einstichstelle und den Zielort der Sondenspitze. Die Haut wird desinfiziert und lokal unempfindlich gemacht (Lokalanästhesie). Anschliessend wird die Radiofrequenzsonde bildgesteuert zur betreffenden Nervenwurzel oder Wirbelgelenk vorgeschoben und die Therapie mit Wechselstrom für 2 - 5 Minuten durchgeführt. Die Sonde wird danach wieder vollständig entfernt. Der Zeitaufwand pro behandelte Schmerzregion beträgt ca. 15 Minuten, bei mehreren Regionen kann die Behandlung daher bis zu einer Stunde dauern. Nach Beendigung der Therapie können Sie sofort wieder aufstehen und Ihren Alltagstätigkeiten nachgehen.

### *Wirkung*

Häufig kommt es direkt im Anschluss an die Therapie zu einer gewissen Schmerzlinderung. In einigen Fällen kann in den folgenden 2 - 4 Wochen eine Schmerzzunahme (oder selten gar eine Schmerzzunahme) erfolgen. Spätestens danach können Sie von der gepulsten Radiofrequenzbehandlung eine mehrmonatige Schmerzreduktion oder -freiheit erwarten. Die Therapie kann bei Bedarf ohne Weiteres mehrfach wiederholt werden.

➔ *Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.*

# CT-gesteuerte Schmerztherapie mit gepulster Radiofrequenz

## Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- ➔ Selten kann es im Versorgungsgebiet des behandelten Nervens für einige Stunden zu Gefühlsstörungen und zu einer Muskelschwäche kommen. Sie dürfen daher nach der Behandlung für mindestens 4 Stunden nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen [Autofahren].
- ➔ Gelegentlich kann ein kleiner Bluterguss entstehen.
- ➔ Allergien auf örtliche Betäubungsmittel sind selten; sehr selten kann eine Allergie zu Atemnot und Kreislaufversagen führen.
- ➔ Infektionen sind sehr selten.
- ➔ Eine Nervenschädigung mit einer dauerhaften Lähmung ist theoretisch möglich, aber extrem selten.

## Bitte beantworte Sie folgende Fragen:

- ➔ Nehmen Sie Blutverdünner?  JA  NEIN
- ➔ Leiden Sie momentan an einer Infektion?  JA  NEIN
- ➔ Leiden Sie an Zuckerkrankheit? DIABETES  JA  NEIN
- ➔ Haben Sie Allergien?  JA  NEIN
- ➔ Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  JA  NEIN
- ➔ Tragen Sie einen Neurostimulator?  JA  NEIN
- ➔ Tragen Sie eine Insulin- oder Schmerzpumpe?  JA  NEIN
- ➔ Für Frauen: Sind Sie schwanger?  JA  NEIN

Ich bestätige, die obigen Patienteninformation gelesen und verstanden zu haben inklusive der Beantwortung der gestellten Fragen und bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

## Persönliche Daten

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

GEWICHT \_\_\_\_\_ [kg]

GRÖSSE \_\_\_\_\_ [cm]

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt und bei RNR digital aufbewahrt wird.

➔ Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

➔ UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT

DATUM

VISUM ÄRZTIN / ARZT