

## Lumbale Nervenwurzelinfiltration (periradikuläre oder epidurale Infiltration)

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie sind von Ihrem Arzt zur Infiltration einer lumbalen Nervenwurzel (lumbal = auf Höhe der Lendenwirbelsäule) angemeldet worden. Nervenwurzeln sind beidseitig symmetrisch angeordnet und sie treten durch kleine Öffnungen jeweils zwischen zwei benachbarten Wirbelkörpern aus dem Rückenmarkskanal aus. Bei Ihnen wird eine oder mehrere dieser Nervenwurzeln durch eine Bandscheibe (Diskushernie oder Diskusprotrusion), durch Arthrosen der kleinen Wirbelgelenke (Facettengelenke), infolge einer generellen Einengung des Spinalkanals oder aufgrund einer Einengung der Nervenaustrittsöffnung beeinträchtigt. Das Ziel der Infiltration ist durch eine gezielte Injektion von Medikamenten Ihre Schmerzen zu mindern. Dadurch kann sich auch eine allfällige Muskelverspannung lösen und unterstützende Massnahmen wie die Physiotherapie werden leichter wieder möglich.

### Ablauf der Nervenwurzelinfiltration

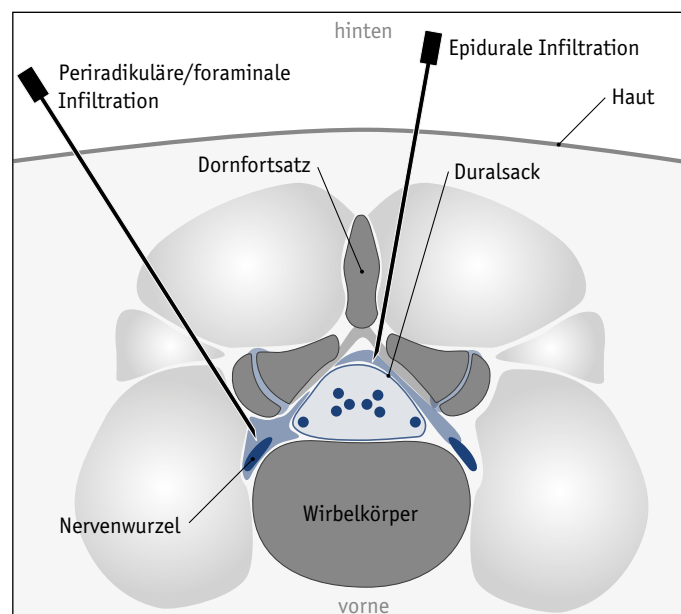
Die Infiltration wird mit Hilfe der Computertomographie (CT) durchgeführt. Insgesamt werden Sie in Bauchlage für die Planung und die eigentliche Infiltration ca. 15 Minuten liegen müssen. Nach einem kurzen Gespräch plant der Radiologe anhand einiger CT-Bilder den optimalen Zugangsweg zur Nervenwurzel. Wenn die entsprechende Stelle gefunden ist, wird die Haut mit einer feinen Nadel unempfindlich gemacht (Lokalanästhesie). Die Nadel wird anschliessend in wenigen Schritten vorgeschoben, wobei mehrfach lokal betäubt wird bis sich die Nadelspitze nahe der Nervenwurzel befindet. Dazwischen wird mit einigen CT-Bildern die Lage der Nadel kontrolliert.

Liegt die Nadel neben der Nervenwurzel, wird über diese Nadel wenig Kontrastmittel gespritzt, wobei es sich entlang der Nervenwurzel ausbreiten soll. Sie können dabei einen krampfartigen Schmerz im Bein verspüren. Sollte dieser Schmerz sehr stark sein, so wird der Radiologe kurz warten und danach langsamer spritzen. Über dieselbe Nadel wird dann wenig Kortison und ein Lokalanästhetikum gespritzt. Die Lokalanästhesie sollte nach wenigen Minuten eine spürbare Schmerzminderung auslösen. Das Kortison hemmt lokale Entzündungen.

Nach Abklingen der Lokalanästhesie (wenige Stunden) kann Ihr bekannter Beinschmerz wieder teilweise verspürt werden. Die Wirkung des Kortisons tritt nach ca. 1-3 Tagen zunehmend ein. Selten tritt keine Verminderung der vorbestehenden Beinschmerzen ein.

### Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- Aufgrund der Lokalanästhesie direkt am Nerv werden Sie für einige Stunden Gefühlsstörungen (Kribbeln) im Bein und möglicherweise eine (z.T. deutliche) Schwäche im Bein verspüren. Sie dürfen daher auch für wenige Stunden nicht Autofahren.
- Selten kann sich ein Bluterguss bilden.
- Allergien sind gegenüber venös gespritztem Kontrastmittel deutlich seltener.
- Infektionen sind sehr selten.



**Selbstverständlich dürfen Sie uns vor und während der Infiltration jederzeit Fragen stellen.**

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

| Bitte beantworten Sie folgende Fragen       | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ Nehmen Sie Blutverdünner?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Leiden Sie momentan an einer Infektion?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Leiden Sie an Allergien?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Sind oder könnten Sie schwanger sein?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt und im MRI digital für mich aufbewahrt wird.  
Ich habe die Informationen verstanden, alle Fragen gewissenhaft beantwortet und bin mit der Durchführung der Infiltration einverstanden.

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