5 Zusammenfassung

Die vorliegende retrospektive Auswertung von 160 Interventionen (1992-1998) zeigt, dass die CT-gesteuerte interventionelle Schmerztherapie heute nicht nur ein komplikationsarmes und zielgenaues Verfahren darstellt, sondern auch die Ortsauflösung, die erreichbare Punktionsgenauigkeit sowie die optimale Nadellage und KM-Verteilung für den klinischen Erfolg unverzichtbar sind. Die Ergebnisse belegen den Zusammenhang zwischen den von uns beschriebenen KM-Verteilungsmustern, der exakten Nadelplatzierung und dem späteren klinischen Erfolg.
Die Durchführung „blinder“ sowie durchleuchtungsgesteuerter Neurolysen und Blockaden, insbesondere im Bereich des thorakalen und lumbalen Grenzstranges sowie des Plexus coeliacus ist nicht mehr zeitgemäß und kann unter forensischen Gesichtspunkten auch problematisch werden. Auch eine sonographisch gesteuerte Blockade erscheint nur in den Fällen gerechtfertigt, in denen der erfahrene Untersucher eine genaue Nadelplatzierung sicher gewährleisten kann. Die durch die Interventionen bedingte Strahlenbelastung des Patienten von ca.3mSv erscheint insbesondere bei den überwiegend palliativen Behandlungskonzepten eher von untergeordneter Relevanz zu sein. Trotz des relativ hohen apparativen Aufwandes und der erforderlichen Organisation der interdisziplinären Kooperation, war die Handhabung der CT als Steuerungsinstrument für alle Beteiligten zufriedenstellend realisierbar. Wegen der Komplikationsarmut (0,6%) und der guten klinischen Ergebnisse sollte die Indikation zur Intervention bei *Tumorpatienten* generell großzügig gestellt werden. Für eine genauere Beurteilung und Verlaufskontrolle langfristiger Therapieerfolge, wie z.B. bei chronischen Schmerzsyndromen, wären prospektive Studien mit einheitlichen Protokollen in Zukunft wünschenswert.