

Needling bei Kalkschulter

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Sie zu einem Needling der Schulter zugewiesen. Hierzu sollten Sie Folgendes wissen: Bei Ihnen bestehen Kalkdepots in oder neben den Sehnen der Rotatorenmanschette der Schulter. Diese führen häufig zu Schmerzen, Reizzuständen und sekundärer Bewegungseinschränkung. Ziel des Needling ist es, durch Zerkleinern und Absaugen des Kalkes sowie durch eine lokale Betäubung und Injektion von wenig Kortison eine Entzündungshemmung und damit eine längerdauernde Schmerzlinderung oder gar eine Heilung zu erreichen.

Ablauf des Needlings

Die Untersuchung wird unter Röntgenkontrolle durchgeführt, sie dauert ca. 15-30 Minuten. Nach einem kurzen Gespräch mit Ihnen plant die Radiologin/der Radiologe den Zugangsweg zu den Kalkdepots. Die Haut wird desinfiziert, danach optional unempfindlich gemacht. Die Nadel wird anschliessend schrittweise vorgeschoben, bis die Nadelspitze direkt den Verkalkungen anliegt. Nun wird der Kalk mit der Nadel mechanisch zerkleinert und mit Hilfe eines örtlichen Betäubungsmittels aus dem Gewebe gespült. Je nach Art und Lage der Verkalkungen ist dies in grösseren oder kleineren Mengen möglich. Über dieselbe Nadel wird anschliessend ein Kortisonpräparat gespritzt. Die Lokalanästhesie kann bereits nach wenigen Minuten die Schmerzen verringern. Das Kortison hemmt lokale Entzündungen, seine Wirkung tritt erst nach 1 – 3 Tagen zunehmend ein.

Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- ➔ Allergien auf örtliche Betäubungsmittel sind selten; sehr selten kann eine Allergie zu Atemnot und Kreislaufversagen führen.

- ➔ Selten kann ein Bluterguss entstehen.

- ➔ Infektionen sind sehr selten. Wir arbeiten unter strengen sterilen Bedingungen.

- ➔ Nach dem Needling kann es für einige Stunden zu einer Schwäche der Schulter kommen, seien Sie bitte darauf vorbereitet. Sie dürfen daher nach der Behandlung für mindestens 4 Stunden nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen (Auto fahren).

Persönliche Daten

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

Bitte beantworten Sie diese Fragen:

- ➔ Nehmen Sie Blutverdünner? JA NEIN

- ➔ Leiden Sie an einer Infektion? JA NEIN

- ➔ Leiden Sie an einer Allergie? JA NEIN

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

Ich bestätige, die Informationen gelesen und verstanden zu haben.

➔ **UNTERSCHRIFT PATIENT / PATIENTIN**

DATUM

VISUM ARZT / ÄRZTIN