Radiologienetz

Aufklärung und Anamnese

Bildgesteuerte lokale Rücken-schmerztherapie (PRT, FGI)

Wichtige Informationen zur Rückenschmerztherapie

Durch die bildgesteuerte Rückenschmerztherapie sind gezielte und wirksame Behandlungen von Rücken-schmerzen direkt am Ort des Geschehens im Versorgungsgebiet des betroffenen Nervs (PRT) oder an den kleinen Wirbelgelenken und deren näherer Umgebung (Facettengelenksinfiltration, FGI) möglich. Die zielgenaue Behandlung direkt am jeweiligen Ort des Schmerzgeschehens ermöglicht eine schnelle Wirkung bei geringer Medikamentendosis. Dadurch kann langfristig das Schmerzgedächtnis beeinflusst und somit eine Schmerzlinderung und eine Herabsetzung der Nervenerregbarkeit erreicht werden. Weitere Ziele sind die Entzündungshemmung und eine Durchblutungssteigerung an der betroffenen Stelle. Da sich in der Wirbelsäule das sehr empfindliche Rückenmark bzw. die Nervenwurzeln befinden, bieten computertomographisch gesteuerte Injektionen ein hohes Maß an Sicherheit. Nervenwurzeln, Wirbelgelenke und Umgebung können so ganz gezielt mit einer Punktionsnadel angesteuert werden. Die Behandlung erfolgt im Liegen und dauert nur wenige Minuten. In aller Regel müssen die Injektionen im Abstand von ein bis zwei Wochen mehrfach wiederholt werden.

Eine Injektionsnadel wird
(a) in den Bereich der Nervenwurzel der Wirbelsäule (Periradikuläre Therapie = PRT) oder
(b) an die Facettengelenke der Wirbelsäule (Facettengelenksinfiltration = FGI) geführt.

Sobald die Injektionsnadel richtig positioniert ist, wird ein gut verträgliches Kontrastmittel injiziert und eine computertomographische Aufnahme (CT) zur Kontrolle der Verteilung des Kontrastmittels angefertigt. Anschließend werden die auf den Patienten abgestimmten Medikamente verabreicht. Die gezielte bildge-steuerte Rückenschmerztherapie ist ein vergleichsweise aufwendiges Verfahren. Sie findet immer dann sinn-volle Anwendung, wenn die üblichen Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben.

Jede Form der Therapie ist mit Risiken verbunden. Folgende Risiken lassen sich trotz sorgfältiger Vorgehens-weise bei den genannten Verfahren der Rückenschmerztherapie nicht vollständig ausschließen:

- Auch bei der Verwendung einer Feinnadel können kleine Gefäße verletzt werden und sich Hämatome (Blutergüsse) bilden.
- Eine Infektion durch Einschleppen von Keimen ist möglich (lokale Infektion, Abszessbildung, Meningitis (Hirnhautentzündung)), durch steriles Arbeiten jedoch weitgehend vermeidbar.
- Das enthaltene Kortikosteroid kann zu einem leichten Blutzuckeranstieg führen. Diabetiker müssen dies unbedingt beachten.
- Die Gabe der Medikamente kann in einigen Fällen zu Kreislaufreaktionen und Schwindel oder Schock führen. Allergien sind möglich.
- Trotz Kontrolle der Nadellage mittels CT ist die Verletzung wichtiger Strukturen möglich.
- Bei einer PRT besteht das Risiko, dass das verabreichte Medikament in den Spinalkanal gelangt und es somit zu einer vorübergehenden Parese (leichter Lähmung) der Nerven kommen kann. Bei einer Behandlung im Bereich der Lendenwirbelsäule ist somit eine Gangunsicherheit mit der Gefahr vorübergehender Fahruntauglichkeit möglich. Bei einer Therapie im Bereich der Halswirbelsäule kann im ungünstigsten Fall eine Atemlähmung auftreten. Da die lokale Betäubung die Reaktionszeit verlängern kann, sollte aus Sicherheitsgründen für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilgenommen werden.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, werden wir Ihnen diese selbstverständlich gerne beantworten. Weitere Informationen finden Sie auf unserem Patientenportal **www.radiologie.de.**

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig. *Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Aufklärung und Anamnese

Bildgesteuerte lokale Rücken-schmerztherapie (PRT, FGI)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

1.	**Bei Frauen:** Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	Ja ☐	Nein ☐
2.	Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert?	Ja ☐	Nein ☐
3.	Wurde bereits eine bildgesteuerte Rückenschmerztherapie bei Ihnen durchgeführt? **In welcher Lokalisation?** **Wann?**	Ja ☐	Nein ☐
4.	Besteht eine Störung der Blutgerinnung (erhöhte Blutungsneigung)?	Ja ☐	Nein ☐
5.	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Aspirin)?	Ja ☐	Nein ☐
6.	Bestehen bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion oder sogenannte „heiße Knoten“?	Ja ☐	Nein ☐
7.	Besteht eine Störung der Nierenfunktion?	Ja ☐	Nein ☐
8.	Besteht eine Allergie gegen Medikamente oder Kontrastmittel? **Falls ja, gegen welche?**	Ja ☐	Nein ☐
9.	Haben Sie eine Störung des Zuckerstoffwechsels (Diabetes mellitus)?	Ja ☐	Nein ☐
10.	Ihre Körpergröße: Ihr Körpergewicht:		

Wichtig bei PRT im Halswirbelsäulenbereich:

Frau/ Herr Dr.
Hat mit mir 24 Stunden vorher anhand der Hinweise im Informationsblatt ein Aufklärungsgespräch geführt, bei dem ich alle meine Fragen stellen konnte und diese für mich verständlich beantwortet wurden. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die CT gestützte Schmerztherapie ein.

Notizen:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und ich habe eine Version des ausgefüllten Bogens erhalten. Mit der Durchführung der CT gestützten Schmerztherapie bin ich einverstanden.

Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)*/Betreuer(in):

X

Datum, Unterschrift

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig. *Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.