

## Aufklärung über die CT-gesteuerte Schmerztherapie (PRT) an der Wirbelsäule

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule sind eine Volkskrankheit. Die Behandlung von **Rückenschmerzen** steht mit an der Spitze täglich durchgeführter Schmerztherapien. Je nach Ursache der Rückenschmerzen (z.B. Bandscheibenabnutzungen, „Bandscheibenvorfall“, verschleißbedingte knöcherne Einengung des Wirbelkanals, Verschleiß der kleinen Wirbelgelenke) sind verschiedene therapeutische Ansätze erforderlich und möglich.

Durch moderne Schnittbildverfahren ist es möglich, die Schmerzursache wie z.B. eine komprimierte Nervenwurzel oder Verschleißerscheinungen der kleinen Wirbelgelenke sichtbar zu machen.

Die Medikamente werden dann genau an diese Stelle eingespritzt. Dies geschieht mit einer sehr **dünnen Nadel**, die nach **Betäubung der Haut** in **Bauchlage** unter **Bildkontrolle in der Computertomografie** bis an die gewünschte Stelle vorgeschoben wird. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Durchführung des Eingriffes bei geringstem Risiko einer unbeabsichtigten Verletzung benachbarter Strukturen durch präzise und korrekte Platzierung der Nadel.

### Periradikuläre Therapie (PRT)

Beim Vorliegen einer Nervenwurzelreizung (bei Bandscheibenvorfall, -vorwölbung, knöcherner Enge) oder schmerzhafter Verschleißerscheinungen der kleinen Wirbelgelenke kann, ergänzend oder alternativ zur konservativen Behandlung und wenn keine Operation angestrebt wird, die interventionelle Schmerztherapie durchgeführt werden. Auch bei Schmerzzuständen nach einer Bandscheibenoperation ist diese Behandlung sinnvoll.

In Bauchlage wird CT-gesteuert der gewünschte Injektionsort lokalisiert und in örtlicher Betäubung eine dünne Nadel neben die Wirbelsäule vorgeführt und die zu erwartende Medikamentenausbreitung mit Kontrastmittel oder Luftinsufflation kontrolliert. Anschließend wird ein **Gemisch aus einem örtlichen Betäubungsmittel und einem Kortisonpräparat** injiziert.

Diese Behandlung muss in der Regel **3-5 mal im Abstand von etwa 3-4 Wochen wiederholt** werden, um eine lang anhaltende Schmerzreduktion oder Schmerzfreiheit zu erzielen.

### Risiken und Nebenwirkungen

Ein erhöhtes **Blutungsrisiko** besteht, wenn **blutverdünnende Medikamente** eingenommen werden. Eine Behandlung unter Marcumar® ist nicht möglich. Teilen Sie dies also **unbedingt im Aufklärungsgespräch** dem behandelnden Arzt mit.

Wie bei jedem verabreichten Medikament kann es zu **allergischen Reaktionen** kommen, die jedoch im Allgemeinen sehr selten sind. In seltensten Fällen kann eine **Krankenhausbehandlung** erforderlich werden.

Wie bei jeder Punktion sind in sehr seltenen Fällen ein **Bluterguss** bzw. **Nachblutung** an der Einstichstelle, **Entzündungen** sowie **Nervenreizungen** bzw. **Nervenschädigungen** möglich.

Als Nebenwirkungen dieser Behandlungen können außerdem eine leichte, vorübergehende **Gewichtszunahme** oder eine **Gesichtsrötung** und kurzzeitige **lokale Beschwerden** durch die örtliche Manipulation auftreten. Des Weiteren kann es zu **Sodbrennen** und **Muskel- bzw. Wadenkrämpfen** kommen. Ein **Anstieg des Blutzuckerspiegels und des Blutdrucks** kann vorkommen.

Selten wird auch eine vermehrte **Blutungsneigung** mit kleinen, punktförmigen Einblutungen in die Haut beobachtet. Sehr selten sind **passagere sensible und/oder motorische Ausfälle in der behandelten Extremität**. In Ausnahmefällen sind starke **Kopfschmerzen**, bedingt durch eine Reizung der Nervenwurzeln bzw. Hirnhäute, in den ersten Tagen nach der Behandlung beschrieben worden.

In extremen Ausnahmefällen kann es zu vorübergehenden oder dauerhaften **Nervenausfällen** mit Störung der Blasenentleerung (wie bei einer Spinalanästhesie) oder Lähmungserscheinungen bis hin zum Querschnittssyndrom (extremer Einzelfall) kommen.

**Bitte wenden! →**

Bitte beantworten Sie uns nun noch die folgenden Fragen, damit wir Ihre Risiken einschätzen und Ihre Therapie planen können:

<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Körpergröße</b> cm	<b>Körpergewicht</b> kg
Ist eine <b>vermehrte Blutungsneigung</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bekannt?	Ist schon einmal eine <b>solche</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Behandlung</b> durchgeführt worden?
Nehmen Sie <b>blutverdünnende Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche? _____ _____ _____	Wann und wo? _____ _____ _____
Leiden Sie unter <b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Zuckerkrankheit)?	Traten nach früheren <b>Röntgen-Kontrastmitteluntersuchungen</b> irgendwelche Probleme auf? Wenn ja, welche? _____ _____ _____
Besteht eine <b>Überfunktion der Schilddrüse</b> oder bestehen sogenannte „ <b>heisse Knoten</b> “ in der Schilddrüse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Sind <b>Allergien</b> bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? _____ _____ _____	Haben Sie eine <b>infektiöse</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Erkrankung</b> ? Wenn ja, welche? _____ _____ _____
Haben Sie eine <b>Herzerkrankung</b> ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Für Frauen: Sind Sie <b>schwanger</b> ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<b>Bitte geben Sie Ihren Hausarzt an:</b>

### Erklärung des Patienten/der Patientin in nach dem Aufklärungsgespräch:

Herr/Frau/Dr. \_\_\_\_\_ hat mit mir heute anhand der Hinweise im Merkblatt ein Aufklärungsgespräch geführt, bei dem ich alle mich interessierenden Fragen stellen konnte.

**Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Behandlung ein. Ein Duplikat dieser Aufklärung wurde zur Verfügung gestellt.**

Mit der Weitergabe der Untersuchungsergebnisse auch an andere mich behandelnde Ärzte, die diese Ergebnisse anfordern, bin ich

einverstanden  
 nicht einverstanden

### Vermerk zum Aufklärungsgespräch

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters:

Unterschrift Arzt:

**Angaben zur aktuellen Beschwerdesymptomatik**  
Anhang zum Merkblatt FB / PRT

**Name:**

**Geburtsdatum:**

Seit wann haben Sie welche Beschwerden?

---

---

---

Wie wurde bisher therapiert?

---

---

---

Bitte zeichnen Sie mit einem Kreuz (X) auf, wo Sie Schmerzen haben  
bzw. wohin die Schmerzen ausstrahlen:

