



## **AUFKLÄRUNGSMERKBLATT CT-GESTEUERTE PERIRADIKULÄRE THERAPIE (PRT) / FACETTENBEHANDLUNG**

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie sind von Ihrem behandelnden Arzt zu einer PRT überwiesen worden. Wir bitten Sie, den folgenden Text durchzulesen und die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

### **Für wen ist die PRT geeignet?**

-Für Patienten mit Rückenschmerzen, bei denen die Beschwerden auf die Reizung einer oder mehrerer Nervenwurzeln zurückzuführen ist und die durch eine konventionelle Schmerzbehandlung keine Linderung erfahren haben.

### **Wie läuft die Behandlung ab?**

Unter Berücksichtigung der individuellen Beschwerdesymptomatik und der Ergebnisse der vorausgegangenen Untersuchungen wird das für eine PRT geeignete Segment der Wirbelsäule festgelegt. Unter computertomographischer Kontrolle wird dann eine dünne Injektionsnadel bis unmittelbar an die Nervenwurzel vorgeschoben, die im zu behandelnden Segment aus der Wirbelsäule austritt. Über die liegende Injektionsnadel wird ein örtliches Betäubungsmittel und ein örtlich wirksames Kortisonpräparat präzise um den geschädigten Nerv gespritzt. Hierdurch wird eine hohe örtliche Wirkdosis erreicht, obwohl die Gesamtmenge der applizierten Medikamente gering ist.

### **Gibt es Komplikationen?**

Aufgrund der exakten Steuerungsmöglichkeit der Behandlungsmethode durch den Einsatz der Computertomographie ist es möglich, unerwünschte Verletzungen von Nerven und Gefäßstrukturen durch die Injektionsnadel zu vermeiden. Das Auftreten von Nebenwirkungen ist relativ selten und in der Regel durch die verabreichten Medikamente bedingt. Nach der Injektion können kurzfristig Taubheitsgefühl, Schwäche oder lokale Schmerzen auftreten. Dies ist eine dosisabhängige Wirkung des örtlichen Betäubungsmittels und verschwindet in der Regel nach kurzer Zeit. Das Auftreten einer allergischen Reaktion auf das verabreichte örtliche Betäubungsmittel ist möglich. In seltenen Fällen kann es hierbei zu schweren Kreislaufreaktionen kommen, die notfallmäßig therapiert werden müssen. In seltenen Fällen können Herzrhythmusstörungen durch das örtliche Betäubungsmittel ausgelöst werden. Kortison kann zu folgenden Nebenwirkungen führen: Magenbeschwerden, Wadenkrämpfe, Gewichtszunahme, Blutzuckersteigerung, gesteigertes Infektionsrisiko, Akne, Haarausfall, vermehrte Brüchigkeit kleiner Gefäße mit dem Auftreten blauer Flecken und Osteoporose. Diese Nebenwirkungen treten in der Regel erst nach längerfristiger Einnahme auf. Bei Menschen, die zu Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren neigen, kann es durch die Kortisongabe zum Auftreten von Geschwüren kommen. Dies kann vermieden werden, wenn vom Hausarzt vor der Kortisongabe eine Therapie zum Schutz der Magenschleimhaut eingeleitet wird. Bei Vorliegen eines erhöhten Augeninnendrucks (Glaukom, grüner Star) kann der Augeninnendruck zunehmen. Theoretisch kann beim Verschieben der Injektionsnadel eine Nervenverletzung auftreten. In der Regel handelt es sich hierbei um Reizungen, welche Gefühlsstörungen oder Schmerzen, ggf. auch Schwächen einzelner Muskeln hervorrufen können und sich bald zurückbilden. Das Auftreten bleibender Schädigungen ist extrem selten. Durch die Punktion selbst ist es möglich, dass Blutungen im Stichkanal auftreten und blaue Flecken verursacht werden können. Es besteht in die Möglichkeit, dass trotz sterilem Arbeiten in seltenen Fällen Bakterien über den Stichkanal in das Gewebe gelangen und im Körper eine Entzündung verursachen. Eine solche Entzündung kann eine antibiotische Therapie und in seltenen Fällen einen operativen Eingriff nach sich ziehen.



# RADIOLOGISCHES ZENTRUM

## Höchstadt / Aisch

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko von Nebenwirkungen oder einer Unverträglichkeitsreaktion besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

1. Traten bei vorherigen örtlichen Betäubungen Nebenwirkungen auf? **Nein** **Ja**

• Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

2. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt ...

• erhöhte Blutungsneigung? **Nein** **Ja**

• Allergien ? **Nein** **Ja**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

• Infektionskrankheiten ? **Nein** **Ja** Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

• Magengeschwür / Zwölffingerdarmgeschwür **Nein** **Ja**

• erhöhter Augeninnendruck (Glaukom / grüner Star)? **Nein** **Ja**

3. Nehmen Sie Marcumar ein ? **Nein** **Ja**

4. Nehmen Sie ASS (Aspirin) regelmäßig ein? **Nein** **Ja**

Fragen an Patientinnen: **Nein** **Ja**

5. Sind Sie schwanger? **Nein** **Ja**

6. Stillen Sie momentan? **Nein** **Ja**

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt konnte ich alle die vorgesehene Behandlung betreffenden Fragen klären.

**Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Behandlung zu.**

**Ich bitte um eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine Unterlagen** **Ja**  **Nein**

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Datum / Name und Unterschrift des/der Arztes/in

Beschwerdesymptomatik / zu behandelndes Segment