

Bildgesteuerte Rückenschmerztherapie

(Epidurale Infiltration, PRT, FGI)

Wichtige Informationen zur Rückenschmerztherapie

Durch die bildgesteuerte Rückenschmerztherapie sind gezielte und wirksame Behandlungen von Rückenschmerzen direkt am Ort des Geschehens im Versorgungsgebiet des betroffenen Nervs (Epidurale Infiltration, PRT) oder an den kleinen Wirbelgelenken und deren näherer Umgebung (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 Nervenregbarkeit 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 meist im Liegen unter Gabe eines örtlichen Betäubungsmittels und dauert nur wenige Minuten. Bei Bedarf können die Injektionen mehrfach wiederholt werden.

Nach Gabe des Betäubungsmittels wird eine Injektionsnadel

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

Häufig wird zur noch besseren Darstellung ein gut verträgliches Kontrastmittel injiziert und eine computertomographische Aufnahme (CT) zur Kontrolle der Nadelposition angefertigt. Sobald die Nadel richtig positioniert ist, werden die auf den Patienten abgestimmten Medikamente verabreicht. Die gezielte bildgesteuerte Rückenschmerztherapie ist ein vergleichsweise aufwändiges Verfahren. Sie findet immer dann sinnvolle 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 Vorgehensweise 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 erhöhtem Blutzucker 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 zusätzliche Risiko der Schwächung betroffener Muskeln, in Folge der Injektion unmittelbar neben der Nervenwurzel. Bei einer Behandlung im Bereich der Lendenwirbelsäule ist somit eine Gangunsicherheit möglich. Bei einer Therapie im Bereich der Halswirbelsäule kann im ungünstigsten Fall eine Atemlähmung auftreten. Somit besteht die Gefahr einer Fahruntauglichkeit im Falle einer Parese (leichte Lähmung).

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen, die auf der nächsten Seite abgedruckt sind, möglichst genau zu beantworten.

Wenn Sie noch Fragen zur Therapie 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.

Aufklärung und Anamnese

Bildgesteuerte Rückenschmerztherapie (Epidurale Infiltration, PRT, FGI)

Praxisstempel:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) für die bildgesteuerte Rückenschmerztherapie (Epidurale Infiltration, PRT, FGI)

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

1. Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert? ja nein
2. Wurde bereits eine bildgesteuerte Rückenschmerztherapie bei Ihnen durchgeführt? ja nein
3. Haben Sie eine Störung des Zuckerstoffwechsels (Diabetes mellitus)? ja nein
4. Besteht eine Störung der Blutgerinnung (erhöhte Blutungsneigung)? ja nein
5. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z. B. Marcumar)? ja nein
6. Haben Sie Magen-Darm-Geschwüre? ja nein
7. Besteht eine Störung der Nebennierenfunktion? ja nein
8. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ja nein
9. Besteht eine Allergie gegen Medikamente?
Falls ja, gegen welche? ja nein

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und mir wurde eine Kopie des ausgefüllten Bogens übergeben. Mit der Durchführung der Rückenschmerztherapie bin ich einverstanden.

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

Ärztin/Arzt:

Datum, Unterschrift

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum, Unterschrift

Ein Projekt von 

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.