



## Patienteninformation – Periradikuläre Therapie (PRT)

▶ **Patientenname:** \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns zwecks Durchführung einer PRT (Periradikuläre Therapie) unter CT - (Computertomographie) Kontrolle überwiesen. Die Therapie kann an der **Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule** durchgeführt werden.

Mit dieser Untersuchung soll eine **Erkrankung der Nervenwurzeln**, die aus dem Wirbelkanal hervorgehen, behandelt werden. Es handelt sich um eine Behandlungsmaßnahme, die im Rahmen der Therapie degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen dann eingesetzt wird, wenn andere schmerzlindernde Verfahren bereits erfolglos zum Einsatz kamen oder sehr starke Schmerzen eine weiterführende Behandlung behindern.

Durch die vorgelegten Voraufnahmen ist eine Planung der Injektion möglich. Die Schmerztherapie der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule wird in **Bauchlage** durchgeführt. Sie selbst sollten nur ruhig liegen bleiben. Die Therapie der Halswirbelsäule erfolgt in Rückenlage. Unter CT-Kontrolle wird in **örtlicher Betäubung** die Punktionsnadel bis an den Nerv bzw. die Nervenwurzel herangeführt, die für den Schmerz oder die Sensibilitätsstörung verantwortlich ist. Anschließend wird eine kleine Menge eines Kontrastmittels injiziert, um dessen Verteilung um die Nervenwurzel und den Wirbelkanal zu beurteilen.

Anschließend wird die Therapie mittels Injektion eines länger wirksamen örtlichen Betäubungsmittels und einer **entzündungshemmenden Substanz (Cortisonpräparat)** durchgeführt. Durch die Sichtkontrolle mittels CT ist eine sehr exakte Verabreichung der Medikamente möglich. Damit wirken die Substanzen sehr intensiv vor Ort und nur geringe Anteile gehen in den Körper über.

Die Therapie dauert nur einige Minuten, für die wir Sie lediglich bitten ruhig liegen zu bleiben.

### ▶ Welche unerwünschten Begleiterscheinungen können auftreten?

Normalerweise spürt man vor der Injektion nicht. Je nach Lage der Nadelspitze zur Nervenwurzel kann ein Druckgefühl auftreten. Sollte ein Schmerz auftreten, wird die Injektion sofort unterbrochen.

Nach der Therapie ist mit sofortiger Schmerzfreiheit zu rechnen, die über mehrere Stunden bis zu Tagen anhalten kann. Gleichzeitig ist es aber auch möglich, dass das Gefühl im Oberschenkel oder – bei Injektion im Halsbereich – im Arm gemindert ist. Das Bein bzw. der Arm können schlecht beweglich sein. Dauerhafte nervale Ausfälle treten nur in äußerst seltenen Fällen auf und hängen häufig mit Vorschädigungen zusammen.

Grundsätzlich sollten Sie wegen der zu erwartenden vorübergehenden Behinderungen eine Begleitperson mitbringen, die Ihnen anschließend auf dem Heimweg behilflich ist. Möglicherweise stellt Ihnen Ihr behandelnder Arzt eine Gehilfe zur Verfügung, falls die Therapie an der Lendenwirbelsäule durchgeführt wird.

Wie bei der Gabe anderer Medikamente kann es zu **allergischen Reaktionen** kommen, die sich mit Übelkeit oder Hautausschlag in den ersten Minuten nach Verabreichung ankündigen. Selten führt die Kontrastmittelapplikation zu Luftnot oder Kreislaufreaktionen. Für diese äußerst seltene Situation haben wir die erforderlichen Medikamente immer zur Hand. Falls Sie irgendeine unangenehme Reaktion verspüren, lassen Sie es uns umgehend wissen. Nur in ganz wenigen Fällen treten in Zusammenhang mit Kontrastmittelgaben lebensgefährliche Reaktionen mit Kreislaufversagen oder Atemstillstand und Organversagen auf. Dieses Risiko ist jedoch sehr gering. Bei dieser wie auch bei anderen Injektionen kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Infektion kommen, auch besteht bei einer wirbelsäulennahen Injektion das sehr geringe Risiko einer Querschnittslähmung.

Eventuell bestehende Allergien (Jod, Kontrastmittel) sollten Sie uns auch freundlicherweise mitteilen, ebenso Heuschnupfen oder Asthma.

- ▶ Leiden Sie an einer **Allergie, Asthma oder Heuschnupfen**? Ja ▲ Nein
- Wurde Ihnen **schon einmal Kontrastmittel verabreicht**?  
(Nieren-, Gallen-Untersuchung, Computertomographie) Ja ▲ Nein
- Wenn ja, **traten Nebenwirkungen** auf? Ja ▲ Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Traten Nebenwirkungen im Zusammenhang mit örtlichen  
Betäubungsmitteln** auf?
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja ▲ Nein
- ▶ **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:**
- Schilddrüsenfehlfunktion? Ja ▲ Nein
- Blutungsneigung? Ja ▲ Nein
- Diabetes / Zucker? Ja ▲ Nein
- Nierenerkrankungen? Ja ▲ Nein
- Gicht? Ja ▲ Nein
- Infektionskrankheiten?  
(Hepatitis, Immunschwäche) Ja ▲ Nein
- Medikamenten- / Pflasterallergie?** Ja ▲ Nein
- Wurden bereits Röntgenaufnahmen der untersuchten  
Körperregion durchgeführt? Ja ▲ Nein
- Besitzen Sie dazu noch **Röntgenbilder** oder **Berichte**?  
Wenn ja, dann bitten wir Sie, diese mitzubringen. Ja ▲ Nein
- ▶ Für Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Ja ▲ Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

▶ **Einwilligung:**

Hiermit erkläre ich mich zu der Untersuchung bereit. Ich bin ausführlich über den Ablauf und die Risiken aufgeklärt worden.

Ich keine weiteren Fragen. Herr / Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat mich ausreichend aufgeklärt und mich zusätzlich vor der Untersuchung zu Risiken und Komplikationen befragt. Meine Fragen wurden verständlich beantwortet. Weitere Fragen habe ich nicht. Es wurde mir ausreichende Bedenkzeit gegeben.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt