

Name: Vorname:

Geb.: Tel.:

Aufklärung zur CT – gesteuerten Schmerztherapie

Indikation:

Die Indikation zur CT-assistierten Schmerztherapie stellt der behandelnde Orthopäde, Neurochirurg oder auch Hausarzt. Als Indikation gelten akute und chronische Rückenschmerzen, insbesondere aufgrund eines Bandscheibenvorfalles oder einer Spinalkanalstenose. Durch diese Therapie lassen sich in vielen Fällen Operationen an der Wirbelsäule vermeiden. Ihr behandelnder Arzt bespricht mit Ihnen die Therapie und auch die verschiedenen Behandlungsalternativen (z.B. entzündungshemmende Medikamente, Krankengymnastik, Operation).

Ablauf:

Bei Therapie an der Halswirbelsäule liegen Sie in Rückenlage, an der Brust- und Lendenwirbelsäule in Bauchlage auf dem Untersuchungstisch. Die Einstichstelle wird zunächst lokalisiert und markiert, anschließend gründlich desinfiziert. Eine dünne Injektionsnadel wird unter CT-Bildsteuerung in die Nähe des Nervs/Gelenks platziert und anschließend die Lage unter Einsatz einer geringen Menge Kontrastmittels kontrolliert. Nach Spritzen des Medikamentes (Mischung aus Kortison und Lokalanästhetikum) wird die Nadel entfernt. Die Einstichstelle wird mit einem Pflaster bedeckt, das bis zum nächsten Morgen verbleiben sollte. Die Dauer des Eingriffs beträgt jeweils nur wenige Minuten. Für die Therapie werden etwa drei Behandlungstermine in wöchentlichen Abständen eingeplant.

Behandlungsformen:

P R T = Periradikuläre Therapie: Injektion schräg neben der Wirbelsäule in Höhe des Nervenaustritts.

F C B oder F A B = Facettenblockade: Injektion an das Facettengelenk hinter die Wirbelsäule.

I S T = Peridurale (intraspinale) Therapie: Injektion in den Rückenmarkskanal in Umgebung des Rückenmarkschlauches und der intraspinal verlaufenden Nerven.

Risiken:

Bei jeder Injektion besteht die geringe Gefahr einer bakteriellen Infektion, einer Blutung oder Nervenlähmung. Eine Querschnittslähmung gilt als absolute Rarität, bei der PRT an der Halswirbelsäule kann es in extrem seltenen Fällen auch zu einem Schlaganfall kommen (weltweit wenige dokumentierte Fälle). Sehr selten sind auch allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel oder das lokale Betäubungsmittel. Bei der IST kommt es selten zu einer unbeabsichtigten Injektion in den Durasack („Lumbalpunktion“), durch den Austritt von Nervenflüssigkeit kann es in Folge zu starken Kopfschmerzen kommen (Liquorverlust-Syndrom), diese können im Einzelfall auch mehrere Tage anhalten.

Häufige Nebenwirkungen auf das Kortisonpräparat (Triam 40/Volon A40/Lipotalon):

Wadenkrämpfe, Hitzewallungen, Hautrötung, Unruhegefühl, Zyklusstörungen, Anstieg des Blutdrucks und des Blutzuckers (Diabetiker sollen während und nach der Therapie regelmäßig die Zuckerwerte kontrollieren).

Sollten Sie wegen einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie) medikamentös behandelt werden, sprechen Sie uns bitte an. Einige Psychopharmaka dürfen nicht parallel zu Kortison eingenommen werden.

Überweisung:

PRT und FCB gelten nur dann als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen, wenn die Überweisung von einem zugelassenen Schmerztherapeuten ausgestellt wird.

Sollte eine zweimalige PRT keine Besserung bringen, kommt die Durchführung einer IST (epidurale Therapie) in Betracht. Wir weisen darauf hin, dass die IST keine Kassenleistung darstellt. Vor der Durchführung müsste ein Behandlungsvertrag über eine IGeLeistung abgeschlossen werden (ca. 90 € pro Therapie). Für die IST darf nicht das kristalloide Kortison Triam (Volon A) verwendet werden, sondern nur Dexamethason (Lipotalon). Diese Anwendung ist offiziell nicht zugelassen und gilt daher als „off label use“ (wird u.a. von Schmerztherapeuten/Anästhesisten eingesetzt).

Alternative Behandlungsmöglichkeiten:

Diese sollten Sie im Vorfeld mit Ihrem behandelnden Orthopäden, Neurochirurgen oder auch Hausarzt besprechen. Sollten Sie hierzu noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Vor Beginn der Therapie:

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar; ASS o.ä.) müssen vor der Untersuchung abgesetzt werden. Bitte sprechen Sie ggf. auch Ihren behandelnden Kardiologen oder Neurologen an.

Nach der Therapie:

Nach der Therapie dürfen Sie nicht selber mit dem Auto oder Fahrrad fahren, bitte lassen Sie sich von einer Begleitperson fahren oder nutzen Sie ein öffentliches Verkehrsmittel/Taxi.

Um das Risiko der Behandlung für Sie gering zu halten, benötigen wir vorab folgende Angaben:

- | | | |
|-------------------|---|---|
| Besteht bei Ihnen | - ein Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - eine behandlungsbedürftige Zuckerkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - eine Allergie (Allergiepass?)
wenn ja, welche? _____ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - eine akute oder chronische Erkrankung
insbesondere eine Entzündung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente
(Marcumar, ASS, Pradaxa, Iscover, Tyklid, Heparin,
Godamed, Plavix, Clexane o.a.) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - Wurden Sie in den letzten 2 Wochen geimpft oder ist eine
Schutzimpfung geplant? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | - Besteht eine Schwangerschaft? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ich bin über die möglichen Risiken und Komplikationen der Therapie aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen. Ich bin mit der Behandlung einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde/Bilder von mitbehandelnden Ärzten angefordert bzw. an diese weitergegeben werden.

 Datum

 Unterschrift Patient/in

 Unterschrift Arzt