



Nichts ist unmöglich

Biophysikalische Informationstherapie

Alexander Dürr

Das schönste Gefühl für einen Menschen, insbesondere für einen Arzt oder Heilberufler, ist, wenn man in einem mehr oder weniger hoffnungslosen, chronischen, therapieresistenten Fall helfen, Leiden oder Schmerzen lindern und dem Patienten wieder mehr Lebensfreude und Hoffnung schenken kann.

Einen solchen Fall möchte ich gerne mit Ihnen teilen. Er erstaunte mich selbst, da auch ich schon nicht mehr an die Linderung der Leiden geglaubt hatte. Dementsprechend bin ich ohne irgendeine Erwartung an den Fall herangegangen.

Auch wenn es sonst nicht meine Art ist, neurologische Spezialuntersuchungen und Fachausdrücke zu erwähnen, so halte ich es hier für angebracht, damit Sie sehen können: Yes, we can (help)!

Der Fall

Ein 62-jähriger Patient war im November 2020 von seinem Mountainbike gestürzt. Dabei hatte er sich eine Fraktur des HWK 6 zugezogen, initial mit ausgeprägten Schmerzen im linken Arm. Er wurde in einer Spezialklinik mit einem Fixateur interne der HWS versorgt. Acht Tage nach der Operation bekam er unerträgliche Schmerzen (jetzt im rechten Oberarm), die trotz intensiver analgetischer Medikation nicht in den Griff zu bekommen waren. Eine erneute Vorstellung in der Spezialklinik ergab keine pathologischen Veränderungen oder operationsbedingte Ursachen. Seither belasteten ihn extreme Schmerzen im rechten Arm, die von der HWS über die Schulter, die ventrodorsale Oberarmseite über den Ellbogen radialeseitig am Unterarm bis in den Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger rechts zogen. Zudem hatte er bei längerer Belastung ein Taubheitsgefühl bzw. ein Kribbeln bis Missempfindungen über den radialen rechten Unterarm und in den ersten drei Fingern. Er bemerkte zudem eine Schwäche bei der Hebung (Elevation) des rechten Armes.

Beim Neurologen war in der klinischen Untersuchung alles unauffällig gewesen. Bei einer erneuten Untersuchung im April 2021 hatte der Patient dann eine Scapula alata rechts entwickelt, weswegen er erneut in die Klinik eingewiesen wurde. Der Befund der dortigen klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungen lautete wie folgt:

Klinische Untersuchung

Kraftprüfung der oberen Extremität: rechts Elevation reduziert, Kraftgrad 3-4/5, Anteversion 4/5, Ellbogenbeugung 4+/5, Retroversion beidseits 5/5, Ellbogenstreckung beidseits 5/5. Deutliche Scapula alata rechts. Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten: RPR, BSR, TSR erloschen.

Technische Untersuchungen

Medianus-SEP: Beidseits normale N20-Latenzen, kleine, aber normwertige Amplituden (rechts 0,9 μV , links 0,8 μV , normal ab 0,6 μV), kein signifikanter Amplitudenunterschied.

Tibialis-SEP: Artefaktgestörte Kurven, soweit beurteilbar beidseits verlängerte P40-Latenzen (rechts 60 ms, links 50 ms, normal bis 46 ms), normale Amplituden, kein signifikanter Amplitudenunterschied.

SEP: Kein Nachweis einer sensiblen Leitungsstörung zu beiden Armen

MEP: Im MEP der Arme (zum M. abductor digiti minimi) zwischen Kortex und C7/Th1 bds. normale zentrale motorische Latenzzeit (CMCT). Kein Hinweis auf zentrale motorische Leitungsverzögerung.

EEG: Unauffälliges EEG in Beta-Grundaktivität.

AEP: Kein Hinweis auf eine Störung im Bereich der Hörbahn. Beidseits normale Peak- und Interpeak-Latenzen.

Elektroneurografie: Es wurden der N. medianus, N. ulnaris rechts und N. axillaris bds. untersucht.

Motorische Elektroneurografie: N. medianus rechts: Normale distal motorische Latenzen (dmL), normale Amplituden der Muskelsummenaktionspotenziale (MSAP) und grenzwertige motorische Nervenleitgeschwindigkeiten (mNLG=49 m/s). F-Wellen bei deutlichen motorischen Artefakten nicht beurteilbar. N. ulnaris rechts: Normale dmL, normale MSAP, normale mNLG. N. axillaris: In der Überleitungszeit Latenz nicht sicher abgrenzbar, **im Seitenvergleich deutliche Amplitudenminderung rechts.**

Sensible Neurografie: N. medianus rechts mit normalen Amplituden der sensiblen Nervenaktionspotenziale (SNAP) und erniedrigten sensiblen NLG (40 m/s, normal ab 47 m/s). N. ulnaris rechts: Grenzwertige

SNAP (6 μ V), erniedrigte sNLG (35 m/s, normal ab 45 m/s). N. ulnaris links: Normale SNAP, erniedrigte sNLG (35 m/s). **Im Seitenvergleich deutliche Amplitudenminderung rechts.**

EMG: Untersuchte Muskeln: M. biceps brachii rechts, M. deltoideus rechts, M. supraspinatus rechts, M. trapezius rechts, M. infraspinatus rechts. M. biceps brachii rechts: Kein Nachweis pathologischer Spontanaktivität. In der Einzelpotenzialanalyse MUPs (motor unit potentials) mit normaler Amplitude und Dauer, keine erhöhte Polyphasierate. Bei maximaler Willkürinnervation normales Interferenzmuster. M. deltoideus rechts: Kein Nachweis pathologischer Spontanaktivität. In der Einzelpotenzialanalyse MUPs mit erhöhten Amplituden (bis 2.500 μ V); normale Potenzialdauer, keine erhöhte Polyphasierate. Bei maximaler Willkürinnervation normales Interferenzmuster. **M. supraspinatus rechts: Nachweis pathologischer Spontanaktivität in Form von Faszikulationspotenzialen. In der Einzelpotenzialanalyse MUPs mit normaler Amplitude und Dauer, keine erhöhte Polyphasierate.** Bei maximaler Willkürinnervation normales Interferenzmuster. M. trapezius rechts und M. infraspinatus rechts: In beiden Muskeln kein Nachweis pathologischer Spontanaktivität. In der Einzelpotenzialanalyse MUPs mit normaler Amplitude und Dauer, keine erhöhte Polyphasierate. Bei maximaler Willkürinnervation normales Interferenzmuster.

Beurteilung: Insgesamt Befund vereinbar mit einer Läsion der motorischen C5-C6-Fasern, z.B. im Rahmen einer Läsion des Truncus superior des Plexus brachialis. Die Amplitudenminderung der sensiblen Neurografie spricht für eine zusätzliche C8-Läsion. Insgesamt auffällig ist zusätzlich die NLG-Verlangsamung der sensiblen Neurographie als Ausdruck einer möglichen beginnenden Polyneuropathie.

MRT: HWS nativ + KM

Kein Nachweis einer Myelopathie oder neu aufgetretenen Spinalkanalstenose. Bekannte, diskogen bedingte, hochgradige Spinalkanalstenose im Segment HWK 4/5 und mittelgradige Stenose im Segment HWK 3/4. Von anterior angebrachte Osteosynthese mit Schrauben in HWK 5 bis 7 bei Z. n. HWK6-Fraktur. Regelrechte Darstellung des Plexus zervikobrachialis bds. ohne entzündliche oder tumoröse Veränderungen. Die Nervenstränge auf Höhe HWK5 zeigen sich bds. signalangehoben, a. e. artefaktbedingt bei einliegender Metallplatte.

In der Zusammenfassung aller klinischen und technischen Befunde ergab sich nun folgendes laut Klinikärzten:

MRT-tomografisch fanden sich multisegmentale degenerative Veränderungen und medianbetonte Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten HWK3 und HWK4 mit mittelgradiger Spinalkanalstenose sowie der im Segment HWK4 und 5 breitbasigen median und rechts mediolateral betonten Bandscheibenprotrusionen mit hochgradiger Spinalkanalstenose, diese jedoch ohne klinische Korrelation, da der Patient ein klinisches C5/C6-Syndrom rechts hat. Die Veränderungen erklären in keinsten Weise den klinischen Befund. Des Weiteren wurde kein Hinweis auf eine Myelopathie festgestellt. Kein Nachweis einer pathologischen Kontrastmittelanreicherung intraspinal und paravertebral.

 **Dr. med. Alexander Dürr**

Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Akupunktur und Naturheilverfahren. Seit 2008 beschäftigt er sich mit bioenergetischen Therapiemethoden und deren Anwendung in der Praxis und setzt die lebenskonforme Medizin nach Dr. Bodo Köhler um.



Kontakt: www.ammerschlaeger-duerr.de

Insgesamt gingen die Kliniker von einer traumatischen Läsion der C5/6-Wurzel rechts oder des oberen Armplexus rechts bei Zustand nach schwerem Fahrradunfall aus, am ehesten bedingt durch eine Distorsion des Armplexus im Rahmen des Unfalls. Eine morphologisch fassbare Läsion, die die Symptomatik des Patienten gänzlich erklärt oder operativ behandlungsbedürftig wäre, fanden sie nicht.

Entschuldigen Sie das trockene Untersuchungsergebnis, aber das ist für das Verständnis des Falls erforderlich, um die Tragweite, die Diagnostik, die der Patient in der Hoffnung auf Abhilfe geduldig über sich ergehen ließ, umfänglich darzustellen.

Am Schluss sagte man ihm jedoch nur, es sei mehr oder weniger alles in Ordnung, außer Krankengymnastik komme nichts in Frage; also keine Therapieempfehlung.

So kam der Patient verzweifelt in meine Praxis und hofft auf Hilfe.

Ich führte Mesotherapie, Triggerpunktbehandlung und Akupunktur ohne Erfolg durch, auswärtig blieben Krankengymnastik und Reha erfolglos. Der Patient war nicht mehr arbeitsfähig. Ich entschloss mich zu einer Schocklösungstherapie und anschließender UP-Behandlung mittels ZMR sowie der AS-Therapie. Diese wurde im Abstand von einer Woche zweimal durchgeführt.

Nach der ersten Behandlung berichtete mir der Patient, er würde sich viel leichter und schmerzfreier fühlen. Da er nach der zweiten Behandlung nicht mehr erschien, rief ich ihn an, um zu erfahren, ob alles in Ordnung sei. Er erzählte, dass es ihm den Umständen entsprechend so gut ging wie schon lange nicht mehr. Wir vereinbarten neue Sitzungen für den Fall, dass sich seine Situation und seine Schmerzen verschlechtern würden, doch bisher bestand dafür keine Notwendigkeit mehr.

Dieser Fall soll einmal mehr verdeutlichen, dass es in scheinbar ausweglosen Situationen doch möglich ist, zu helfen und man getrost Hoffnung spenden kann. Außerdem ist es gut, an solche einfachen und effektiven Therapiemethoden wie die Biophysikalische Informationstherapie (BIT) zu denken – denn nichts ist unmöglich!