

# KONGRESS / CONGRÈS 27.11. – 29.11.2025

## Die Brachialgie in der manualmedizinischen Hausarztpraxis *Radikulär*

(n)immer eindeutig?

Holger Voigt, Hausarzt aus Wettswil a.A.

## **Anamnese: F, Jahrgang 1983, Konsultation 09/2020**

- Nackenbeschwerden seit 2 Tagen, morgens erwacht mit Nackenschmerzen **links**  
Ausstrahlung bis zum Schulterblatt **links** und suboccipital **links**
- 2 Tbl. Irfen 600 genommen vor 2 Tg., keine Besserung,
- Auslöser nicht bekannt, jetzt nicht mehr so stechend, Li.-Rot. und Inklination (??)  
verschlimmert

### **Bekannte Diagnosen:**

1. Idiopathische Hypersomnie (780.54-7)
2. Periodische Bewegungen der Gliedmassen (327.51)
3. St.n. Burnout-Symptomatik (2017)
4. Depressive Verstimmung (ED: 2012)

### **Was tun?**

1. Klinische Untersuchung?
2. Röntgen der HWS?
3. MRI der HWS?

## Untersuchung nach dem System MANS(Z) und MIP

### Befund artikulär

- Inklination 2 Querfinger Kinn-Jugulum-Abstand, irgendwie endgradig schmerzhaft
- Rotation 80-0-80, endgradig schmerzhaft
- Reklination ca. 30° eingeschränkt, Rotation in Reklination minim schmerzhaft eingeschränkt
- Kopfgelenke frei
- 1. Rippe **links** blockiert, IZ im CTÜ-Bereich bds., Dysfunktion C5-Th1 **links**

### Befund myofaszial

- Massiver muskulärer Maximalpunkt Lev. scap. **links**, weniger Trapezius **links** und Supraspinatus **links**, aber keine eindeutige TrP-Symptomatik auslösbar

### Befund neurogen

- Spurling: **beidseits** minimier Ausstrahlungsschmerz eher bis in den Mittelfinger

## Untersuchung 1. Rippe

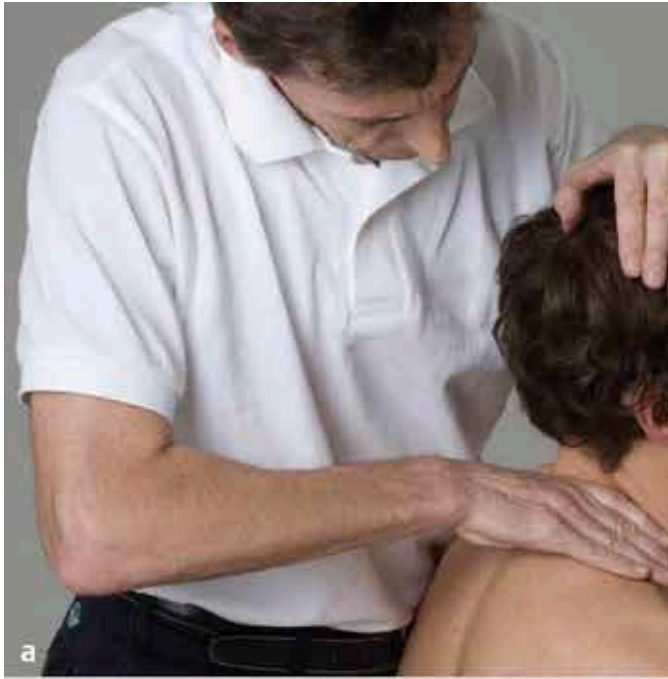


Abb. 1.97 130. Optimierung der Palpation der Rippenbewegung bei der Inspiration/Expiration. Durch leichte Abstützung beider Arme durch den Patienten werden der M. trapezius und die Mm. scaleni entspannt und deren Zug nach kranial wird dadurch vermindert.



Abb. 1.96 130. Optimierung des Kontakts durch leichte Lateral-flexion der HWS zur palperten Rippe. Palpation der Rippenbewegung während der Atmung im Seitenvergleich; die erste Rippe bewegt sich vor allem in der Sagittalebene nach kranial.

## Spurling-Test



**Abb. 1.52 111. Dreidimensionale Bewegungstestung.**

- a** Unter kaudaler Fixation durchgeführte Extension und gleichsinnige Rotation/Lateralflexion des kranialen Segmentpartners und der darüberliegenden Segmente führen am Facettengelenk zu einer maximalen Konvergenz und foraminal zu einer maximalen Einengung.
- b** Maximale Entlastung foraminal umgekehrt durch Divergenzbewegung: gegensinnige Rotation/Lateralflexion und Flexion.

## Befundwertung und Behandlungsplanung

### Artikulär

- Mobilisation C5-Th1 **links** (NMI II)
- Mobilisation und Manipulation 1. Rippe **links**

### Myofaszial

- TrP-Behandlung M. lev. scap., M. trapezius und M. supraspinatus **links** mit TrP-Technik I (ischämische Kompression) und dry needling

Nächster Termin nach 1 Woche, weiterer Termin 2 Wo. später mit befundorientierter Behandlung, dann war die Patientin beschwerdefrei

## MMI der 1. Rippe

270





## Neue Konsultation 02/2022 zur präoperativen Untersuchung....

### Anamnese (im Rahmen einer präoperativen Untersuchung)

- OP geplant - **C5/6 Bandscheibenprothese**
- braucht keine Schmerzmittel wegen Nacken (?), keine Besserung durch Schmerzmittel des Kribbelns und der Taubheitsgefühle im **rechten** und weniger linken Arm,
- Ameisenlaufen in **rechten** Arm, nachts brennende Beschwerden zusätzlich im **rechten** Arm bis in die Finger, nachts auch im **linken** Arm Beschwerden, tags im linken Arm keine Beschwerden, im **rechten** Arm bleiben die Beschwerden



## Untersuchung nach dem System MANS(Z) und MIP

### Befund artikulär

- Inklination und Rotation frei
- Reklination weiterhin ca. 30° eingeschränkt, Rotation in Reklination minim  
schmerzhaft eingeschränkt
- 1. Rippe **rechts** blockiert, IZ im CTÜ-Bereich bds., Dysfunktion C5-Th1 **rechts**

### Befund myofaszial

- Diskreter TrP Supraspinatus rechts, auch Mm. scaleni

### Befund neuromeningeal:

- Spurling: **beidseits weiterhin minim** Ausstrahlungsschmerz eher bis in den  
Mittelfinger, rechts beschwerdeführend

## Was nun? Befunde suchen

### MRI der HWS

#### 2019

- Mediane Bandscheibenhernie **HWK5/6** mit Tangierung des Myelons und leichtgradiger Einengung der Forameneingangsebene **links**
- Keine Pathologie im Segment HWK6/7.

#### 2022

- Im Verlauf in etwa unveränderte links paramedian betonte Diskusprotrusion HWK5/6 mit leichtgradiger Spinalkanaleinengung. Begleitend leichtgradige neuroforaminale Einengung beidseits **rechtsbetont**.

## Nochmals: Geplanter Eingriff

OP: Diskektomie und Implantation einer Bandscheibenprothese C5/6 geplant durch Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

## Seine Diagnosen

Chronisch rezidivierende Zervikobrachialgie bei:

- Diskushernie C5/6 links
- St. n. zervikaler epiduraler Infiltration (1. Infiltration mit Besserung, 2. Infiltration ohne Effekt. Zeitpunkt und Höhe der Infiltration unbekannt)

## Kurze Erinnerung an die Anamnese und den Befund der Patientin:

- braucht keine Schmerzmittel wegen Nacken (?), keine Besserung durch Schmerzmittel des Kribbelns und der Taubheitsgefühle
- Ameisenlaufen in rechten Arm, nachts brennende Beschwerden zusätzlich im rechten Arm bis in die Finger, nachts auch im linken Arm Beschwerden, tags im linken Arm keine Beschwerden, im rechten Arm bleiben die Beschwerden

### **Grundsätzliche Fragen aus hausärztlicher Sicht:**

- Indikation für eine OP C5/6 – Radikulopathie?
- Befunde MRI: eher hinweisend für **LINKE** Seite, Patientin beklagt Hauptschmerz Schulter bis **RECHTE** Hand!

### **Entscheid durch mich/meine Expertise/Empfehlung?**

OP absagen/abraten

Zweitmeinung Neurochirurgie

### **Diagnose Neurochirurg**

Breitbasige Protrusion C5/6 ohne Myelonkompression und ohne radikuläre Kompression

**Procedere:** Aktuell ist der MRI-Befund für mich zu wenig eindrücklich, um hier das auswärts vorgeschlagene operative Procedere ebenfalls zu unterstützen

## Was tun als manualmedizinisch orientiert arbeitender Hausarzt in dieser Konfliktsituation?

### Befundwertung und Behandlungsplanung

#### Artikulär:

- Mobilisation C5-Th1 **rechts**
- Mobilisation und Manipulation 1. Rippe **links**

#### Myofaszial:

- TrP-Behandlung M. scalenus medius **rechts**, M. supraspinatus **rechts** mit TrP-Technik I (ischämische Kompression) und dry needling

Nachfolgend befundorientierte weitere Behandlung 2x, seitdem ist die Patientin mittlerweile seit 2022 beschwerdefrei

## Take-Home-Messages aus meiner hausärztlichen Sicht

- Nicht beeinflussen lassen von möglichen psychisch-orientierten Zusatzdiagnosen
- Die spezifische manualmedizinische Befunderhebung kann zielführend sein
- (Mein) Problem: Von Anfang bei unklaren Befunden ULTT mit durchführen, wäre vielleicht zielführend gewesen?
- Nicht täuschen lassen von MRI-Befunden mit einer möglichen Radikulopathie, die NICHT zum Beschwerdebild des Patienten passt!

Vielen Dank!

