

Mortonsche Neuralgie / Kompression von Nerven



Die Ursache für die Morton-Neuralgie ist eine Kompression der Nerven zwischen den Köpfchen der Mittelfußknochen bzw. in Höhe der Zehengrundgelenke. Bei andauernder Kompression entwickelt sich eine Verdickung an der Verzweigung. Man spricht hier von einem Neurom (gutartige Knotenbildung). Eine zusätzliche Kompression kann auch durch einen entzündlich veränderten und vergrößerten Schleimbeutel hervorgerufen werden, der sich ebenso

zwischen den Köpfchen der Mittelfußknochen befindet und mit dem Nervenknollen ein Konglomerat bilden kann.

Begünstigend für die Entstehung des Morton-Neurinoms sind vor allem das Vorliegen anderer Fußdeformitäten wie z.B. Spreizfuß und Hallux Valgus, welche auch durch das Tragen von ungeeigneten, zu engen Schuhen entstehen können. Betroffen sind vor allem die Nerven zwischen dem III. und IV., seltener zwischen dem II. und III. Mittelfußknochen.

Symptome

Die Patienten geben vor allem nach längerer Gehzeit starke Schmerzen an, die typischerweise durch das Abrollen des Fußes hervorgerufen werden. Sie strahlen vom Mittelfuß in die Zehen aus.

Gleichzeitig besteht in der Regel ein Taubheitsgefühl der Zehen im Schuh, so dass die Patienten die Schuhe ausziehen und die Füße massieren müssen. Diese anfallsweise auftretenden Parästhesien und Schmerzen im Vorfußbereich werden durch die sklerosierende Verdickung der Nervi digitales plantares communes hervorgerufen.

Das Gefühl in den Zehen wird durch mehrere kleine Nervenäste gewährleistet, deren letzte Aufzweigungen sich auf Höhe der Mittelfußknochen befinden. Kommt es bei Veränderungen des Fußgewölbes wie beispielsweise einem Spreizfuß zu einem Tiefertreten eines oder mehrerer Mittelfußknochen, kann es zu einer Kompression des jeweils "in die Zange genommenen" Nerven kommen. Der durch diese Kompression verursachte Reizzustand kann eine lokale Wucherung des Nervengewebes nach sich ziehen, die sich für den Betroffenen in Schmerzen und Brenn- bzw. Kribbelgefühlen im mittleren Vorfuß äußert. Meist ist der Bereich zwischen dem zweiten und dritten bzw. dritten und vierten Zeh betroffen.

Behandlung

Ein erster, konservativer Behandlungsversuch mit Schuhzurichtungs- bzw. Einlagenversorgung mit dem Ziel einer Druckentlastung kann erfolgreich sein. Ist dies nicht der Fall, bringt die operative Behandlung mit Entfernung des gewucherten Nervengewebes häufig gute Ergebnisse mit Beschwerdefreiheit oder zumindest wesentlicher Besserung.

Sensomotorischer Ansatz

Das Hauptaugenmerk liegt in der Stabilisierung des Rückfußes über sensomotorische Impulse und wird ergänzt durch retrocapitale wie auch subcapitale Anstützung des vorderen Fußquergewölbes. Das gewährleistet eine Gewölbeaufriechung in der Be- und Entlastungsphase.