

Morton-Metatarsalgie

Anatomie:

Der betroffene Nerv ist der Interdigitalnerv vor allem zwischen der 3. und 4. Zehe, seltener zwischen der 2. und 3. Zehe, die dem N. plantaris und somit dem Nervus tibialis (siehe dort) entspringen. Der Nerv knickt im Bereich des Metatarsophalangealgelenkes unter dem Lig. metatarsale transversum profundum nach vorne ab und läuft als sensibler Nerv zu den Zehen.

Geschichte und Vorkommen:

Zum ersten Mal hat das Syndrom Ende des 19. Jahrhunderts Morton beschrieben, nach dem es benannt wurde. Es betrifft vier Mal häufiger Frauen als Männer und wird häufig verkannt.

Ursache und Klinik:

Eine Kompression des Nervens unter dem Ligamentum metatarsale wird diskutiert. Häufig findet man intraoperativ eine verdickte Bursa, die mit dem Nerven, bzw. dem von diesem unter Druck ausgebildeten Neurom verschmilzt. Dies führt zu einer zunehmenden Irritation des Nervens. Vor allem beim Auftreten und nach Belastung kommt es zu starken, zum Teil einschneidenden Schmerzen im Bereich des Vorderfußes, so dass ein längeres Gehen nicht mehr möglich ist.

Diagnostik:

Durch Druck auf den betreffenden Bereich ist der dem Patienten bekannte Schmerz auszulösen. Manchmal kann auch die Bursa, bzw. das Neurom getastet werden. Durch lokale Infiltrationen bessern sich die Beschwerden deutlich, bisweilen aber nur kurzfristig.

Differenzialdiagnostik:

Ausgeschlossen müssen anderweitige Schmerzen im Bereich des Fußes, vor allem im Bereich der Metatarsalia. Dies ist nicht immer einfach. Die lokalen Infiltrationen, die auch der Diagnostik dienen, helfen auch bei Arthritiden im Bereich der Mittelfuß-Zehengelenke. Im MRT lässt sich das Neurom manchmal nachweisen.

Konservative Therapie:

Die lokalen Infiltrationen mit Kortison bessern die Beschwerden zum großen Teil nachhaltig, so dass diese oft zur Therapie ausreichen. Pflaster, die unter den Fuß geklebt werden und der Entlastung der betreffenden Stelle dienen soll, helfen oft nicht genügend.

Operative Therapie:

Es gibt verschiedene Operationstechniken. Unterschiede gibt es im Zugang, der von dorsal und von plantar vorgenommen werden kann. Der große Nachteil des plantaren Zugangs ist, dass die postoperative Belastbarkeit des Fußes nur eingeschränkt vorhanden und das Auftreten deutlich schmerzhafter ist, als bei dem dorsalen Zugang. Desweiteren wird einerseits der Nerv nur dekomprimiert, was die Sensibilität in den Zehen erhält, aber die Gefahr eines Rezidives birgt, andererseits wird eine Durchtrennung des Nervens empfohlen.

Operative Risiken:

Die Risiken des Eingriffes sind gering. Neben Nachblutung, Wundinfektion besteht das Risiko eines Rezidives und der Nervenverletzung bei Nerverhaltenden Operation.

Ergebnisse:

Die Heilungsquote ist hoch und liegt bei etwa 80%.