

Tarsaltunnelsyndrom

Anatomie:

Der Nervus tibialis entspricht einem Teil des Nervus ischiadicus, der aus dem Plexus sacralis entspringt. Der Nerv verlässt über das Foramen piriformis das kleine Becken. Hier kann es bereits zu einer Kompression des Nervens kommen. Er verläuft im dorsalen Oberschenkel, wo er sich in die zwei Hauptstämme, Nervus fibularis oder peroneus und Nervus tibialis teilt. Der Nervus tibialis läuft mittig durch die Kniekehle in den Unterschenkel zwischen den beiden Köpfen des M. gastrocnemius hindurch. Im unteren Bereich des Unterschenkels verläuft er etwas lateral und tritt hinter dem medialen Malleolus in den Tarsaltunnel ein. Hier teilt er sich auf, gibt Äste an die Ferse ab, dann einen Ast zur Großzehe und zur Fußsohle.

Ursache:

Oft liegen Fußdeformitäten oder Traumata des Innenknöchels vor, auch Ganglien, Lipome oder Neurome werden beobachtet. Selten tritt das Syndrom spontan auf. Manchmal kommt es nach langen Märschen, nach Marathonläufen etc. vor.

Symptomatik:

Die Beschwerden sind zuweilen uncharakteristisch. In erster Linie sind es Parästhesien aber auch Schmerzen im Bereich des medialen Fußes und der Fußsohle, die in Ruhe auftreten, sich unter Belastung aber noch verstärken. Im späteren Verlauf kommt es zur Atrophie der kleinen Fußmuskulatur.

Diagnostik:

In erster Linie führt die Elektrophysiologie zur Diagnose, wobei eine normale NLG ein Tarsaltunnelsyndrom nicht ausschließt. Die NLG ist in Höhe des Tarsaltunnels vermindert, manchmal trifft man auch eine Diskrepanz bei der Messung der Nn. plantaris medialis und lateralis auf. Schließlich wird nach einer Probeinjektion zur Blockade des Nervens beurteilt, inwieweit der Nerv die Symptome verursacht.

Differenzialdiagnostik:

Neben radikulären Ursachen ist vor allem eine Polyneuropathie auszuschließen. Allerdings kommen bei Polyneuropathien gehäuft Nervenkompressionssyndrome auf, sodaß diese ein Tarsaltunnelsyndrom nicht ausschließt. Zudem müssen Beschwerden, die primär dem Fußskelettsystem zuzuordnen sind auszuschließen sein.

Konservative Therapie:

Rezidivierende Injektionen in den Tarsaltunnel mit Kortisonhaltigen Lösungen können zu einer anhaltenden Besserung der Symptomatik führen. Bei belastungsbedingten Beschwerden, ist die Belastung zu vermeiden.

Operative Therapie:

Ist die konservative Therapie nicht erfolgreich, ist die Freilegung des Nervens im Tarsaltunnel durchzuführen. Hierbei wird die über dem Nerven liegende Faszie gespalten und der Nerv von komprimierenden Strukturen befreit.

Operative Risiken:

Neben Nachblutungen, Wundinfektion und einem Rezidiv muß eine Nervenverletzung und Verletzung der begleitenden Arteria tibialis posterior mitaufgeklärt werden. Diese sollte allerdings vermieden werden können. Restbeschwerden sind auch mitzubespochen.