

Meralgia Parästhetica (Kompression des Nervus cutaneus femoris lateralis)

Anatomie:

Der N.cut fem.lat. entspringt dem Plexus lumbalis, zieht der Beckenwand folgend nach vorne und tritt in Höhe der Spina iliaca anterior superior durch die Muskulatur unter die Faszie. Jetzt läuft der Nerv unter dem Leistenband in den lateralen Oberschenkel und versorgt hier sensibel die Haut. Oft gibt es anatomische Varianten.

Geschichte:

Ende des 19. Jahrhunderts wurde diese Kompressionssyndrom zum ersten Mal beschrieben. Prominentester Patient war Sigmund Freud. Schon damals wurde der Nerv erstmals reseziert, erst in den 30er Jahren des 20.Jahrhunderts wurde die erste Dekompression durchgeführt.

Symptome:

Es treten zuweilen rezidivierend, aber auch persistierende Hypästhesien im Bereich des lateralen Oberschenkels auf. Hinzu treten zuweilen störende oder schmerzhaftes Missempfindungen in diesem Bereich, vor allem bei Belastung, aber auch im Liegen oder Stehen.

Ursache:

Der Nervus cutaneus femoris lateralis wird beim Austritt aus dem Becken in Höhe der Spina iliaca anterior superior eingeklemmt. Hinzu treten äußere Faktoren wie Übergewicht, zu enge Kleidung. Auch Traumata oder vorangegangene Operationen im Bereich des Nervens sind manchmal Ursache der Symptomatik.

Diagnostik:

Vor allem bei adipösen Patienten ist die Messung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit oft sehr schwierig. Manche Autoren empfehlen eine aufgrund der anatomischen Variabilität des Nervens sehr aufwendige Messung der sensorisch evozierten Potentiale. Am verbreitetsten ist die lokale Infiltration und Blockade des Nervens. Tritt hierauf eine Besserung ein, ist die Diagnose gesichert.

Differenzialdiagnose:

In erster Linie ist eine radikuläre Kompression abzugrenzen, seltener Raumforderungen oder anderweitige Kompressionen des Nervens.

Konservative Therapie:

Reine Sensibilitätsstörungen ohne Schmerzsymptomatik sind nicht unbedingt therapiebedürftig. Zuweilensind sie auch spontan rückläufig. Zu enge Kleidung sollte vermieden werden. Adipöse Patienten sollten ihr Gewicht reduzieren. Oft lässt sich die Beschwerdesymptomatik durch lokale Infiltrationen des Nervens bessern, manchmal auch anhaltend.

Operative Therapie:

Bei Versagen der konservativen Therapie ist eine operative Therapie in Abhängigkeit mit der Symptomatik notwendig. Es gibt zwei Operationsverfahren. Vor allem früher wurde eine Resektion des Nervens in Höhe des Austrittes aus dem Becken vorgenommen. Hierbei kommt es zu einer Taubheit im Bereich des lateralen Oberschenkels. Als postoperative Komplikation kann es zu einer sehr therapieresistenten Schmerzsymptomatik im Bereich des Nervenstumpfes kommen. Anatomisch korrekter ist die Dekompression des Nervens in Höhe