Serie „Das kleine Fußübel“, Teil 1: Morton'sche Neuralgie

Diagnose „auf Knopfdruck“

VON A. SCHUH, W. HÖNLE

Ihre Patientin klagt über brennende Schmerzen im Fuß beim Auftreten? Hier hilft im wahrsten Sinne des Wortes ein diagnostischer Kniff: Lässt sich das sogenannte Klingelknopfphänomen zwischen dem 3. und 4. Zeh auslösen, liegt sehr wahrscheinlich eine Morton'sche Neuralgie vor. Lesen Sie, wo genau Sie drücken müssen, wie Sie die Diagnose sichern und was man tun kann, um den Schmerz zu lindern.

**Priv.-Doz. Dr. med.
Alexander Schuh**

Facharzt für Orthopädie, Leiter der Research Unit, Klinikum Neumarkt

— Die Morton'sche Neuralgie betrifft überwiegend Frauen. Sie manifestiert sich in zwei Drittel der Fälle zwischen der 3. und 4., seltener zwischen der 2. und 3. Zehe.

Durch Kompression der Digitalnerven kann es zu einer zunehmenden, später auch druckunabhängigen gutartigen „Wucherung“ des Nervengewebes der Interdigitalnerven mit einem sogenannten Pseudoneurinom kommen.

Auslöser: Spreizfuß oder Schleimbeutel

Ausgelöst wird die Erkrankung oft durch eine **Spreizfußbildung** mit Tiefertreten der Mittelfußköpfchen. Dadurch kommt es zur Annäherung der Köpfchen im Schuh unter Belastung.

Die Interdigitalnerven können u. U. auch durch eine **Schleimbeutelbildung** zwischen den entsprechenden Mittelfußköpfchen eingengt werden. Das Pseudoneurinom ist seitlich durch den Knochen und kranial durch das quer verspannende Metatarsaleligament begrenzt, kann also dem Druck nicht ausweichen.

Elektrisierender Schmerz

In der Regel leiden die Patienten unter einem brennenden, teils elektrisierenden Schmerzgefühl, besonders bei Druckbelastung im Schuh.

Das „Klingelknopfphänomen“

Die Palpation ergibt bei Druck von distal und plantar zwischen den Metatarsaleköpfchen einen Punkt, durch dessen Druck das anamnestisch angege-

bene Beschwerdebild ausgelöst werden kann, das „Klingelknopfphänomen“. Bei fortgeschrittenen Fällen ist evtl. ein kleiner Tumor zu tasten.

So sichern Sie die Diagnose

Die wichtigste Untersuchung ist die **diagnostische Lokalanästhesie**. Dabei wird der entsprechende Digitalnerv mit einem Lokalanästhetikum (1–2 ml, z. B. Meaverin) infiltriert. Die prompte Beschwerdefreiheit nach Lokalanästhesie beweist die Morton'sche Neuralgie.

Ultraschall und Magnetresonanztomografie stehen zur Verfügung, sind jedoch i. d. R. nicht erforderlich.

Therapie: spritzen oder schneiden?

Zu den konservativen Verfahren s. Kas- ten. Bei Persistenz der Beschwerden ist eine Revision des entsprechenden Interdigitalnerven erforderlich mit Spaltung des transversen Metatarsalebands, Resektion von Narben und ggf. des Neurinoms. Der Patient muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass Letztere zu einer anhaltenden verringerten Empfindungsfähigkeit der Zehen führen kann.

Für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alexander Schuh
Research Unit, Klinikum Neumarkt
Nürnberg Str. 12, D-92318 Neumarkt i. d. OPf.
E-Mail: Alexander.Schuh@klinikum.neumarkt.de

Konservative Therapie

Spritze, Einlagen oder Stoßwellen?

Folgende Verfahren stehen zur Therapie der Morton'schen Neuralgie zur Verfügung:

- **Analgetisch antiphlogistische Therapie**
- **Einlagen** mit retrokapitaler Pelottierung zur Unterstützung bzw. Aufrichtung des Quergewölbes und somit Entlastung der Interdigitalnerven
- **Therapeutische Lokalanästhesie (TLA)** mit Kortikosteroid und Lokalanästhetikum (kann bis zu dreimal wiederholt werden) (Abb. 1)
- **Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)**. Hierzu gibt es nur erste positive Berichte; Studien liegen zzt. noch nicht vor.