Serie „Das kleine Fußübel“ (10): Tarsaltunnelsyndrom

Schmerzender Innenknöchel: N. tibialis im Engpass?

VON A. SCHUH, W. HÖNLE

Schmerzen an der Knöchelinnenseite sind ein typisches Zeichen für ein Tarsaltunnelsyndrom. Hier hat möglicherweise ein Ganglion, eine Exostose oder eine Zyste über längere Zeit auf den Nervus tibialis gedrückt und diesen geschädigt. Lesen Sie, mit welchen Hilfsmitteln Sie die Diagnose sichern und was gegen die Beschwerden zu tun ist.

— Beim Tarsaltunnelsyndrom handelt es sich um ein Engpasssyndrom des N. tibialis hinter dem Innenknöchel am Eingang zum Tarsaltunnel. Es ist das häufigste der insgesamt seltenen Nervenengpasssyndrome des Fußes. Es liegt eine chronische Schädigung des Nervus tibialis bzw. seiner Endäste und des Nervus plantaris medialis bzw. lateralis unter dem Retinaculum musculorum flexorum (Lig. laciniatum) vor.

Einengung des Nervus tibialis

Die Ursachen für ein Tarsaltunnelsyndrom können sein:

- rezidivierende Traumata,
- Exostosen,
- Ganglien,

- Zysten,
- Gefäßanomalien,
- gut- bzw. bösartige Tumoren,
- akzessorische Muskeln,
- eine Tendovaginitis der langen Zehenbeuger oder
- ein Absinken des Innenknöchels bei komplexen Fußfehlstellungen.

Die gemeinsame Folge ist eine Einengung des N. tibialis.

Diagnostiktipps: Hoffmann-Tinel-Zeichen

Die Beschwerden treten im Versorgungsgebiet des N. tibialis auf, der sensibel den medialen Anteil der Ferse und Fußsohle sowie motorisch den Bereich der plantaren Fußmuskeln versorgt. Die

Schmerzen werden v. a. am medialen Knöchel bis zum medialen Kalkaneus hin ausstrahlend angegeben. Sie sind häufig verbunden mit einer Parästhesie im Sinne einer Dys- oder Hyperästhesie und treten oft belastungsabhängig auf.

Zur klinischen Untersuchung steht das Hoffmann-Tinel-Zeichen zur Verfügung (Abb. 1): Der Patient gibt bei Klop-

fen auf den N. tibialis Schmerz- und Dysästhesiephänomene an. Eine diagnostische Lokalanästhesie erhärtet, die fachneurologische Untersuchung mit Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit und EMG bestätigt den Verdacht.

Konservative Therapie

An konservativen Behandlungen stehen die Beseitigung von Fußfehlstellungen durch Einlagen oder Schuhinnenranderhöhungen, die analgetisch-antiphlogistische Therapie und die zwei- bis dreimalige therapeutische Lokalanästhesie (Lokalanästhetikum und Kortikosteroide) zur Verfügung.

Wenn die Beschwerden fortbestehen

Bei Beschwerdepersistenz besteht die Indikation zur operativen Revision und Neurolyse des N. tibialis hinter dem Innenknöchel bis 5 cm distal zum Kahnbein. Hierbei können mögliche Kompressionsursachen wie Ganglien oder Exostosen etc. unter Schonung des Nerven entfernt werden.

Literatur beim Verfasser

Für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alexander Schuh
Leiter der Research Unit Klinikum Neumarkt
Akadem. Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Nürnberg Str. 12
D-92318 Neumarkt i. d. OPf.
E-Mail: Alexander.Schuh@klinikum.neumarkt.de

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

Facharzt für Orthopädie, Leiter der Research Unit, Klinikum Neumarkt i. d. OPf.

Abb. 1 Zur Prüfung des Hoffmann-Tinel-Zeichens wird der N. tibialis mit dem Mittel- oder Zeigefinger beklopft.