



## Mortonneurom

Die Morton-Krankheit verursacht Vorfusschmerzen. Die den Schmerz auslösenden, feinen Nerven auf der Unterseite des Fusses teilen sich auf, um die Haut der Kleinzehen zu versorgen, damit Berührungen gespürt werden können. Das Leiden wird nach dem Arzt T.G. MORTON benannt. Im Bereich der Nerven liegen die Mittelfussknochen, die durch Bänder verbunden sind. Kommt es zu einer verstärkten Vorfussbelastung, zum Beispiel aufgrund einer Wadenmuskulaturverkürzung, eines Hallux valgus, eines Spitz-, Spreiz- oder Hohlfusses oder nach Fussverletzungen/-operationen, so können auch diese Nerven überbeansprucht werden. Dies führt zu einer **Entzündung** und schliesslich zur Veränderung der Nerven selbst mit **Verdickung** und **Vernarbung der Nervenscheide**.

Typisch ist ein scharfer, stechender, ziehender, reissender, elektrisierender Schmerz. Häufig sind Ausstrahlungen in die Zehen, verbunden mit einem Taubheits- oder Einschlafgefühl sowie Ausstrahlungen entlang des Fussristes oder der Aussenkante des Fusses. Manche Patienten beschreiben auch Fremdkörpergefühle wie „Reiskörner“ unter der Fusssohle. Oft treten die Schmerzen in engen Schuhen unter Belastung auf. Das Ausziehen der Schuhe, Massage oder Hochlagerung lässt die Schmerzen rasch abklingen. Barfussgehen wird vielfach besser toleriert. Diese belastungsabhängigen Schmerzen können zum Beispiel bei sportlichen Betätigungen mit vorwiegender Vorfussbelastung (wie zum Beispiel Badminton, Tennis) vorkommen. Charakteristisch für Nervenschmerzen ist ausserdem, dass sie spontan in Ruhe oder auch nachts auftreten können. Am häufigsten ist die Pathologie im Raum zwischen der zweiten und dritten sowie dritten und vierten Zehe, äusserst selten zwischen erster und zweiter sowie vierter und fünfter. Durch Zusammendrücken der Mittelfussköpfchen entsteht der klassische Schmerz. Es kann oft auch ein Klick zwischen den Mittelfussknochen verspürt werden.

Die Diagnosestellung geschieht klinisch. Bildgebend können Ultraschall oder MRI eingesetzt werden, wobei häufig eine Verdickung der intermetatarsalen Nerven gefunden wird, die kein klinisches Korrelat haben.

### Behandlungsmöglichkeiten

Es sollen immer zuerst **konservative Massnahmen** ausgeschöpft werden. Solange eine Entzündung der Nerven vorliegt, kann versucht werden, diese Entzündung zu behandeln. Die beste Möglichkeit hierfür sind **Kortison-Lokalanästhetikum-Infiltrationen** direkt an den schmerzenden Nerven. Oft genügen eine bis drei Injektionen, um eine Schmerzfreiheit zu erzielen. Durch **Einlagen** mit retrocapitaler Stütze wird die Belastungsfähigkeit des Vorfusses verbessert und damit die Reizung der Nerven gemindert. Es ist wichtig, dass ein allfälliger Grund für die Vorfussüberlastung behandelt wird (z.B. Korrektur des Spreizfusses mit Einlagen).

Wenn bereits eine Vernarbung oder Verdickung des Nervengewebes vorliegt, hilft diese Therapie oft ungenügend, der Nerv muss durch eine **Operation** entfernt werden.

Die Operation stellt eine **Schmerztherapie** dar. Grundsätzlich entscheiden Sie selbst, ob Sie nach Spritzen, Einlagen, Dehnung der Muskulatur mit einer Operation einverstanden sind.

### Komplikationen

Bei der **Spritzentherapie**: Nachblutungen, Infektionen, Hautverdünnung oder Verfärbung (sehr selten). Überempfindlichkeit oder Allergiereaktionen auf Lokalanästhetikum oder Kortison. Schmerzhaftigkeit für 1 bis 3 Tage nach der Spritze (zum Beispiel wegen eines Blutergusses).

Bei der **Operation**: Nachblutungen, Infektionen, Wundheilungsstörungen. Restbeschwerden: Narbenbeschwerden, Schmerz am Nervenstumpf, der wiederum vernarbt, was einem Rezidiv entspricht. Es verbleibt eine Gefühlsminderung in den Zehen, die durch die resezierten Nerven versorgt wurden. Zudem gibt es allgemeine Operations- und Anästhesierisiken.

### Ablauf der operativen Behandlung

Die Operation ist grundsätzlich ambulant möglich.

Sie kann in einer Betäubung des Fusses (sogenannte Fussblockanästhesie) oder in einer Rückenmarksanästhesie oder ganz selten in Vollnarkose durchgeführt werden.

### Nachbehandlung

Stöcke brauchen Sie in der Regel nicht. Anfänglich sollten Sie den Fuss hochlagern (das heisst, nicht viel stehen, wenig gehen, beim Sitzen den Fuss hochlegen), damit die Schwellung zurückgeht und die Wunde heilen kann. Sie können auch mit Eis kühlen. Der Verband wird durch den Hausarzt am 2. postoperativen Tag gewechselt, anschliessend können Sie den Verband selbst erneuern (Pflaster und Binde). Zur Verbesserung der Blutzirkulation sollten Sie das Bein trotzdem gut durchbewegen (Thromboseprophylaxe). I.d.R. ist eine 10-tägige Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparin in Form von Injektionen unter die Haut sinnvoll, v.a. bei RisikopatientInnen (Varizen). Die Fäden werden nach ca.14 Tagen entfernt. Duschen mit Plastikschutz ist erlaubt, baden dürfen Sie erst nach der Fadenentfernung.

### Erfolgsaussichten

Nach der Operation können Sie möglicherweise noch Nervenschmerzen verspüren, obwohl diese entfernt wurden! Dies ist bedingt durch den Nervenstumpf (Phantomschmerz). Üblicherweise klingen diese Beschwerden rasch ab, das heisst innerhalb von 2 bis 3 Wochen, können aber auch länger andauern. Zum Glück kommt es nur sehr selten vor, dass ein derartiger Schmerz als Restschmerz nicht mehr verschwindet.

Üblicherweise verspüren Sie auch die Narbe anfänglich beim Gehen in den eigenen Schuhen. Sie sollen diese nach Fadenentfernung massieren, eincremen, damit sie geschmeidig wird. Diese Restbeschwerden klingen im weiteren Verlauf meistens ab, so dass Sie die Narbe kaum mehr sehen oder spüren.

Es gibt auch Rezidive von Neuomen, indem der abgeschnittene Nerv am Ende auswächst (Narbenneurom). Um dies zu vermeiden, wird der Nerv möglichst in Muskulatur eingebettet.

