

- [XML version](#)
-

[Send article](#)

Von Meralgie bis Metatarsalgie-Übersicht über Nervenkompressionssyndrome der unteren Extremität und deren klinische Relevanz

Meeting Abstract

Search Medline for

- [Raghunath M](#)

Authors

-  Martin Raghunath - Arabellaklinik München, Plastische Chirurgie, München

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. München, 30.04.-03.05.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. Doc13dgch282

[doi: 10.3205/13dgch282](https://doi.org/10.3205/13dgch282), [urn:nbn:de:0183-13dgch2821](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0183-13dgch2821)

Published: April 26, 2013

© 2013 Raghunath.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

Outline

- [Top](#)
- [Text](#)

Text

Einleitung: Aus der Anatomie der unteren Extremität ergeben sich viele potentielle Kompressionsstellen für periphere Nerven. Dabei kann es sich um Tunnels und Kanäle (tarsale Tunnel, Adduktorenkanal), Fasziendurchtritte (Suralis, Peroneus superficialis), Unterkreuzen von anderen Strukturen (Sehnen, Arcus tendineus), direkten Druck (Plantarnerven) oder ungünstige Verläufe um Knochen (Peroneus communis) oder mit abrupten Änderungen der Verlaufsrichtung (Cutaneus femoris lateralis) handeln.

Trotz dieser zahlreichen Engstellen an der durch das Körpergewicht belasteten Extremität werden Nervenkompressionssyndrome an der unteren Extremität selten diagnostiziert.

Zur Differentialdiagnose bei Sensibilitätsstörungen oder neuropathischen Schmerzen sollten die potentiellen Kompressionsstellen geläufig sein.

Material und Methoden: Nach genauer Anamnese zu Schmerzcharakter und Lokalisation, klinischer Untersuchung der Nervenverläufe und der potentiellen Kompressionsstellen, Sensibilitätstestung (pressure specified sensory device, PSSD, S.M.S. International, Towson, USA) und Elektroneurographie sind die Kompressionssyndrome identifizierbar. Die Kompressionssyndrome werden am anatomischen und intraoperativen Bild dargestellt.

Betroffen sind folgende Nerven: Nervus cutaneus femoris lateralis (Meralgie), Nervus saphenus (Adduktorenkanal), Nervus tibialis proximal (Arcus tendineus m. solei) und distal (tarsale Tunnel), Peroneus communis (Fibulakopf), Peroneus superficialis (Fasziendurchtritt), Nervus suralis (Fasziendurchtritt), N. peroneus profundus (Unterkreuzung Sehne Ext. hallucis brevis), Nn. digitales plantares (Metatarsalgie).

Schlussfolgerung: Nervenkompressionssyndrome an der unteren Extremität sind differentialdiagnostisch bei Sensibilitätsstörungen und neuropathischen Schmerzen zu beachten.

Klinische Relevanz tritt auf bspw. bei komprimierten Nerven, die durch geringere Gleitfähigkeit bei Gelenkersatzoperationen oder Knochen-Distraktionen zu unerwartet starken Nervenläsionen führen können. Nervenkompressionen können zusätzlich oder verstärkt bei Grunderkrankungen wie Polyneuropathien (diabetisch, idiopathisch, chemotherapie-induziert) oder Restless-Legs-Syndrom auftreten und die Symptomatik verstärken. Daraus ergibt sich eine operative Behandlungsoption.