

ΥΓΕΙΑ

Ο πόνος επιδεινώνεται με το περπάτημα και τη χρήση στενών ή ψηλοτάκουων υποδημάτων

Πότε ο πόνος στο πόδι μπορεί να είναι νεύρωμα Morton



Όταν έχεις την επίμονη αίσθηση ότι έχεις ένα χαλίκι μπροστά στο παπούτσι αλλά τελικά δεν επιβεβαιώνεται, ίσως να πρόκειται για το νεύρωμα Morton, μία από τις πιο συχνές αιτίες πόνου στο μπροστινό μέρος του ποδιού.

Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τη νόσο εξηγεί ο **Αντώνιος Παρτινέβελος**, Χειρουργός Ορθοπαιδικός, MD, MSc, συνεργάτης ΙΑΣΩ και Βιοκλινικής Αθηνών.

Το νεύρωμα Morton, παρά την ονομασία του, δεν αποτελεί πραγματικό όγκο, αλλά ερεθισμό και πάχυνση του νεύρου που «περνά» ανάμεσα από τα μετατάρσια, λόγω χρόνιας πίεσης.

Η πάθηση σχετίζεται κυρίως με μηχανικούς παράγοντες. Η καθίζηση του εγκάρσιου τόξου των κεφαλών των μεταταρσίων (πτώση μεταταρσίων) αυξάνει την πίεση στα δακτυλικά νεύρα, οδηγώντας σταδιακά στον τραυματισμό τους. Παράλληλα, τα στενά παπούτσια και το τακούνη προδιαθέτουν για τη συμπίεση των δακτυλικών νεύρων ανάμεσα στις κεφαλές των μεταταρσίων.

Πώς εκδηλώνεται

Το νεύρωμα Morton εμφανίζεται συχνότερα μεταξύ τρίτου και τέταρτου δακτύλου. Λιγότερο συχνά εντοπίζεται στο δεύτερο μεσοδιάστημα ή σε άλλα σημεία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Καυστικό πόνο στο πρόσθιο πέλμα.
- Αίσθημα «ηλεκτρισμού» ή μουδιάσματος στα δάκτυλα.
- Χαρακτηριστική αίσθηση «χαλικιού» μέσα στο παπούτσι (που περιγράφουν περίπου οι μισοί ασθενείς).



Ο **Αντώνιος Παρτινέβελος**, Χειρουργός Ορθοπαιδικός

- Ο ασθενής έχει την αίσθηση ότι υπάρχει ένα χαλίκι μπροστά στο παπούτσι
- Εμφανίζεται συχνότερα μεταξύ τρίτου και τέταρτου δακτύλου

Ο πόνος επιδεινώνεται με το περπάτημα και τη χρήση στενών ή ψηλοτάκουων υποδημάτων, ενώ συχνά υποχωρεί με την αφαίρεση του παπουτσιού ή την ανάπαυση. Παρατηρείται συχνά και σε δρομείς, λόγω της μεταφοράς του βάρους στο μπροστινό μέρος του ποδιού.

Σε προχωρημένα στάδια, ο πόνος μπορεί να γίνει συνεχής, ενώ σε ορισμένους ασθενείς εμφανίζεται ακόμη και κατά την ανάπαυση ή τη νύχτα. Ένας στους τέσσερις ασθενείς έχει νυχτερινό πόνο ή πόνο και κατά την ανάπαυση.

Η διάγνωση

Η διάγνωση ξεκινά με την κλινική εξέταση. Όταν ο εξεταστής ψηλαφεί ανάμεσα στη βάση των δακτύλων, ενώ ταυτόχρονα πιέζει το πρόσθιο μέρος του ποδιού από τα πλάγια, μπορεί να υπάρχει αίσθηση ή ακουστό κλικ (σημείο του Mulder). Στη συνέχεια, μια δυναμική εξέταση, όπως το υπερηχογράφημα, επιτρέπει στον γιατρό να βλέπει το νεύρωμα να προβάλλει ανάμεσα στα οστά, καθώς πιέζει το πόδι την ώρα της εξέτασης. Είναι μια γρήγορη, οικονομική και εξαιρετικά αξιόπιστη μέθοδος που επιβεβαιώνει το μέγεθος και την ακριβή θέση της βλάβης.

Ωστόσο, η μαγνητική τομογραφία αποτελεί το «gold standard» όταν υπάρχει αμφιβολία στη διάγνωση. Χαρακτηριστικές βλάβες, με διάμετρο μεγαλύτερη από 5 mm, θεωρούνται ότι προκαλούν συμπτώματα. Μικρότερες βλάβες χαρακτηριστικές για νεύρωμα Morton εμφανίζονται σε έναν στους τρεις ασθενείς χωρίς συμπτώματα.

Η θεραπεία

Η θεραπεία αρχικά είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

- **Ορθωτικά πέλματα.** Πρόκειται για πέλματα με ειδική υποστήριξη ακριβώς πίσω από τις κεφαλές των μεταταρσίων. Η υποστήριξη λειτουργεί σαν ένα «σαμαράκι» (metatarsal bar) ή «δάκρυ» (metatarsal pad), τοποθετημένη στρατηγικά στο εσωτερικό του παπουτσιού. Ανυψώνοντας ελαφρώς το πέλμα ακριβώς πριν από τα δάκτυλα, αναγκάζει τα μετατάρσια να «ανοί-

ξουν» και δημιουργεί ζωτικό χώρο για το πιεσμένο νεύρο.

- **Θεραπευτική ένεση κορτιζόνης.** Γίνεται κατά προτίμηση ραχιαία, μαζί με τοπικό αναισθητικό, στο σημείο της τοπικής ευαισθησίας και προκαλεί σημαντική βελτίωση στο 70%-80% των ασθενών. Η ένεση μπορεί να γίνει υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση ή λαμβάνοντας υπ' όψιν ανατομικά σημεία. Η θεραπεία αυτή είναι πιο αποτελεσματική εάν γίνει εντός ενός έτους από την έναρξη των συμπτωμάτων.

- **Άλλες θεραπείες.** Η ένεση αλκοόλης είναι επίσης αποτελεσματική, αλλά μπορεί να προκαλέσει καυστικό πόνο που μπορεί να παραμείνει για εβδομάδες ή ίνωση στο νεύρο που δυσχεραίνει μια επακόλουθη χειρουργική επέμβαση.

Σε ανθεκτικές περιπτώσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σύγχρονες τεχνικές, όπως η θεραπεία με ραδιοσυχνότητες ή η κρυοθεραπεία.

Πότε χρειάζεται χειρουργείο

Παρά την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας (με ποσοστά επιτυχίας που φτάνουν το 80%-90%), η πλειονότητα των ασθενών δεν θα χρειαστεί επέμβαση.

Όταν όμως τα συμπτώματα είναι επίμονα και επηρεάζουν την καθημερινότητα, παρά την εφαρμογή συντηρητικής θεραπείας για διάστημα τουλάχιστον 3-6 μηνών, το χειρουργείο είναι μονόδρομος.

Η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει εκτομή του νευρώματος και γίνεται με τομή στο πάνω μέρος του ποδιού. Αυτό επιτρέπει στον ασθενή να βαδίσει έγκαιρα με στήριξη στο χειρουργημένο πόδι και να επιστρέψει στην εργασία του, ενώ δεν δημιουργεί επώδυνη ουλή.