

OLGU SUNUMU**MERALJİYA PARESTETİKA:
Lateral femoral deri sinirinin sıkışması**

MERALGIA PARESTHETICA: Entrapment of lateral cutaneous femoral nerve

**Filiz Meryem SERTPOYRAZ
İlker ŞENGÜL
Ali İhsan EVİNÇ****ÖZET**

Meraljiya Parestetika, lateral femoral kuteneal sinirin ağrılı mononöropatisidir. Genellikle belirtiler tek taraflıdır; fakat çift taraflı da olabilir. Özellikle uyluk ön yüzünde ağrı ve uyuşma yakınması nedeniyle bel ve kalça problemleri ile sık olarak karışır.

Yaklaşık 6 aydır sağ uyluk ön yüzde ağrı, keçelenme hissi yakınması olan 55 yaşındaki kadın hastaya; Klinik muayene ve elektronöromiyografi bulguları ile meraljiya parestetika tanısı kondu. Sıkı giyisilerden kaçınma, zayıflama ve tıbbi tedavi ile yakınmaların düzeldiği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Lateral femoral kuteneal sinir, Meraljiya parestetika, Tuzak nöropatisi.

SUMMARY

Meralgia Paresthetica (MP) is painful mononeuropathy of the lateral cutaneous femoral nerve. Symptoms are generally unilateral but may be bilateral. In particular, because of complaint of thigh pain and numbness in the anterior aspect of thigh, often confused with waist and hip problems.

55 years-old female patient complaining of pain and tingling sensation in the anterior side of right thigh for about six months was diagnosed as meralgia paresthetica based on clinical examination and electrophysiological finding. All complaints were resolved with avoidance of tight dresses, weight loss and medical treatment.

Keywords: Entrapment neuropathy, Lateral cutaneal femoral nerve, Meralgia paresthetica.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği (Uz. Dr. F. M. Sertpoyraz, Uz. Dr. İlker Şengül)

Nöroloji Kliniği (Uz. Dr. A. İ. Evinç)

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

Yazışma: Uz. Dr. Filiz Meryem Sertpoyraz

Olgu sunumu 24. Ulusal Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresinde Poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Tuzak nöropatiler, izole periferik sinirlerin anatomik seyirleri boyunca spesifik bölgelerde mekanik olarak sıkışması ile oluşur. Lateral femoral kutaneal sinir (LKFS) lumbal 2-3 sinir köklerinden köken alır. İlyak çukurda psoas ve ilyak kasların üzerinde seyrederek. Spina iliaca anterior superiordan (SİAS) geçip, ligamentum inguinale altından uyluğa girer. Muskulus sartorius üzerinde yüzeyelleşir ve fasya lata üzerinde dağılıp uyluğun ön dış kısmının duyasunu iletir, motor işlevi yoktur (1-4).

Meraljiya Parestetika (MP) lateral femoral kutaneal sinirin sıkışma sendromu olarak adlandırılır ve inguinal bağ seviyesinde meydana gelir. Orta yaşıta daha sık görülür (4). Ağrı yayılım şekli nedeniyle lomber radikülopatiler ve kök lezyonları ile karışabilir.

Kliniğimizce izlenen meraljiya parestetika olgusunu ender görülmesi, bel-kalça patolojileri ile karışan klinik bulguları ile tanıda zorluklar oluşturması nedeniyle sunmaya değer bulduk.

OLGU

55 yaşıında, kadın olgu yaklaşık 6 aydır sağ uyluk ön yüzünde ağrı, keçelenme hissi ile polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları ayakta durma, yürüme ve yüz üstü yatma ile artıyordu.. Sıkı kemer kullanımı öyküsü vardı. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sağ uyluk L₂₋₃ dermatomunda dizestezi dışında muayene bulguları olağandı. Vücut kitle indeksi 38.4 kg/m² idi.. Hastanın hemogram ve rutin biyokimyasal verileri, vitamin B₁₂, folik asit, düzeyleri; trigliserit yüksekliği dışında normaldi. BT de lomber vertebralarda dejeneratif değişikler saptanırken sağ kalça manyetik rezonans görüntüleme patoloji saptanmadı. Elektronöromiyografide (ENMG) sağda lateral femoral kutaneal sinir yanıtı alınamadı.

Klinik muayene ve ENMG bulguları nedeniyle hasta meraljiya parestetika ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya öncelikle sıkı giysilerden kaçınması ve kilo vermesi için diyet önerildi. Tıbbi tedavi olarak günlük

1800 mg gabapentin ve non-steroidal antiinflamatuar tedavi başlandı. Hastanın 1. ve 3 ay kontrollerinde kilo verdiği VKİ'in 38.1'den 31'e gerilediği ve yakınmalarının tamamen geçtiği saptandı.

TARTIŞMA

Lateral femoral kutaneal sinirin ağrılı mononöropatisi olan Meraljiya Parestetika(MP), özellikle sinirin duysal dağılım gösterdiği uyluk anterolateralinde ağrı ve hipoesteziye neden olur. MP'ye yol açan nedenler; pelvis içi ve dışı mekanik nedenler olmak üzere 3 grupta toplanabilir. İntrapelvik nedenler gebelik, abdominal tümörler, uterus kitleleri, abdominal aort anevrizması, divertikülit veya apendisit gibi yer kaplayan kitlelerdir. Ekstrapelvik nedenler arasında SİAS bölgesine olan travmalar, emniyet kemeri basısı, sıkı giysiler, kemer, korse, şişmanlık ve asit sayılabilir. Mekanik faktörler ise uzun süre oturma, ayakta durma veya bacak uzunluk farklarıdır. Diabetes mellitus gibi sistemik hastalıklar da meraljiya parestetikaya neden olabilir(16).

MP'de en tipik belirti uyluk ön ve dış yanında yanma, iğnelenme ve uyuşmadır. Ayakta durma, yürüme, yüzüstü yatma ve kalça ekstansiyonu ile semptomlar artar. Genellikle tek taraflıdır ancak çift taraflı da olabilir. Fizik muayene tamamen normal bulunabilir ancak genellikle uyluk lateralinde hiperestezi saptanabilir. SİAS medialine bası ile ağrı olur ve Tinel belirtisi bulunabilir (4-7).

Tanı için SİAS veya inguinal bağ yakınına yerel anestetik injeksiyonu yapılabilir. Tanıda ENMG yararlıdır. Duyu iletim hızı çalışmaları bilateral yapılmalı, ortodromik yöntem tercih edilmeli, yüzeyel kayıtlayıcı elektrod yeterli gelmezse kayıt için iğne elektrod kullanılmalıdır. Hastaların %70'inde duyu yanıtı alınmaz, %30'unda ise latans uzamış bulunur (8). Olgumuzda da ENMG'de yanıt alınamamıştır. Dermatomal somatosensoryel uyarılmış potansiyel çalışmalarının tanı için oldukça duyarlı olduğu bildirilmektedir (8). Son çalışmalarla yüksek çözünürlüklü ultrasonla yapılan incelemenin erken tanıda yararlı olduğu saptanmıştır (9).

Tablo 1. Sağ alt ekstremite ENMG bulguları

Stimüle edilen sinir	Distal latans(ms)	Proksimal latans(ms)	Mesafe(mm)	Amplitüd	Hız (ms/mm)
Fibularis	4.4	12.4	350		44
Suralis	2.3		110	10	52
Lateral Femoral kutaneal	İleti yanıtı alınmadı.				

Lateral femoral kutanöz sinir sıkışma belirtilerinin tedavisinde yerel anestetik veya steroid injeksiyonu kullanılabilir. Bu tedavi ile inflamasyon azalır ve uzun süreli etki sağlanır. Ağız yoluyla tıbbi tedaviden de yararlanılır. Hastaya sinir iritasyonunu önlemenin kuralları öğretilir. Kalça ekstansiyonundan, uzun süre ayakta durmaktan ve bası oluşturacak giysilerden kaçınması önerilir. Fizik tedavi uygulamalarından en iyi yanıt soğuk uygulama ve TENS cihazından alınmaktadır (10,15).

MP tedavisinde kilo verilmesi önemlidir. Parisi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada VKİ 30 kg/m² ve üzeri ve diyabetli hastalarda MP sıklığının daha yüksek olduğu ve kilo verilmesi ile semptomların gerilediği saptanmıştır. Ağrılı nöropatilerde gabapentin ve pregabalin tedavisi ilk basamak ilaçlar olarak kullanılmaktadır (11, 12). Olgumuzda da zayıflama ve gabapentin tedavisi sonrası yakınmalar azalmıştır.

Konservatif tedavilere yanıt alınamayan hastalarda cerrahi eksplorasyon önerilir.MP'de tedavi ile ilgili çalışmalar analiz edildiğinde bu konuda randomize kontrollü çalışma bulunmadığı gözlenmiş ve analizlerde yüksek kalitedeki gözlemsel çalışmalar dikkate alınmıştır. Bir çalışmada olguların %69'unda kendiliğinden iyileşme olduğu bildirilmiş, yerel anestetik ve kortikosteroid injeksiyonunun araştırıldığı dört çalışmada %83 iyileşme saptanmış, cerrahi dekompresyon ile %88, nörektomi ile %94 iyileşme belirlenmiştir (13). Tüm bu yüksek oranlara karşın randomize kontrollü çalışma olmaması nedeniyle kanıtların zayıf olduğu düşünülmektedir. İnjesiyon tedavileri ve cerrahi ile yüksek iyileşme oranları bildirilmiştir (14). Ancak kendiliğinden iyileşmenin de sık olması hastalığın doğal seyri ve tedavi etkinlikleri konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır.

Sonuç olarak meralgiya parestetika, özellikle bel ve kalça problemleri ile karışabilen, bu bölge yakınmalarında akılda bulundurulması gerekli, basit öneri ve tedavi yöntemleri ile çoğunlukla tedavi edilebilen bir problemdir. Klinik pratikte hastalar değerlendirilirken ayırıcı tanıda mutlak akılda tutulmalıdır.

İLETİŞİM

Dr. Filiz Meryem Sertpoyraz
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FTR Kliniği Yenişehir Konak, İzmir
0 532 7426579
e mail.: dr.fms70@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Stewart JD. Compression and entrapment neuropathies. In: Dyck PJ, Thomas PK, editors. **Peripheral Neuropathy**, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993: 961-79.
2. Dumitru D, Amato A, Zwarts M. Focal peripheral neuropathies. In: **Electrodiagnostic Medicine**. 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2002.
3. Oh SJ. **Clinical Electromyography**: Nerve Conduction Studies. 2nd ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins, 2003.
4. Öztürk C.Tuzak Nöropatileri,Refleks Sempatetik Distrofi Sendromu ve Diğerleri. Doğanavşargil E.Gümüşdiş G **Klinik Romatoloji**'de.İzmir, 1999:555-71.
5. Akarırnak Ü. Tuzak Nöropatiler. Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, editorler. **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon**'da. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000:2071-89.
6. Hollis MH, Lemay DE, Jensen MP. Nerve entrapment syndrome of the lower extremity. <http://emedicine.medscape.com/article/1234809>.
7. Chauhan G, Gupta K, Nayar P. Meralgia paresthetica after totaahlip arthroplasty in supine position. **Saudi J Anaesth**. 2013 Jan;7(1):105-6.
8. Nouraei SA, Anand B, Spink G, O'Neill KS. A novel approach to the diagnosis and management of meralgia paresthetica. **Neurosurgery** 2007;60:696-700.
9. Aravindakannan T,Wilder-Smith EP High resolution ultrasonography in the assessment of meralgia paresthetica. **Muscle Nerve** 2012 Mar;45(3):434-5.
10. Khalil N, Nicotra A, Rakowicz W. Treatment for meralgia paresthetica. **Cochrane Database Syst Rev** 2008;16: CD004159.
11. Parisi TJ,Mandrekar J., Dyck PJ, Klein CJ Meralgia paresthetica: relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus.**Neurology** 2011 Oct 18 77(16)1538-42
12. Attal N. Pharmacological treatment of neuropathic pain in primary care. **Rev Prac** 2013 Jun;63(6):795-802.
13. Tagliafico A, Serafini G, Lacelli F, Perrone N, Valsania V, Martinoli C.Ultrasound-guided treatment of meralgia paresthetica (lateral femoral cutaneous neuropathy): technical description and results of treatment in 20 consecutive patients. **J Ultrasound Med** 2011 Oct;30(10):1341-6.
14. Emamhadi M.Surgery for Meralgia Paresthetica:neurolysis versus nerve section.**J Turc Neurosurg** 2012;22(6):758-62.
15. Aras H ve ark. Meralgia parestetika **Göztepe Tıp Derg**. 2009; 24(3):142-4,
16. İltar S ve ark.Meraljia parestetika . Üç Meraljia parestetika . Üç olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. **Süleyman. Demirel.Üniv. Tıp Fak. Derg**. 2008:15(1)/ 35-7