

Meraljia parestetika

Huriye ARAS (*), Afıtap İÇAĞASIOĞLU (**), Esmâ DEMİRHAN (*), Şeyma KOLUKISA (*), Esmâ ÖCAL ERİMAN (*)

SUMMARY

Meralgia paresthetica (Case report)

Meralgia paresthetica is a painful mononeuropathy of lateral cutaneous femoral nerve. Many factors have been accused in etiology. In this case report, 63 year old female complaining of hypoesthesia and paresthesia on lateral and anterior sides of the right thigh, diagnosed with electroneuromyography, a case of idiopathic meralgia paraesthetica is presented.

Key words: Meralgia paresthetica, lateral femoral cutaneous nerve

Anahtar kelimeler: Meraljia parestetika, lateral femoral kuteanal sinir

Meraljia Parestetika, uyluğun dış bölgesinin yüzeysel duysunu sağlayan ve sadece duysal lifleri içeren N. cutaneus femoris lateralis'in zedelenmesiyle oluşan, kalçadan dize kadar uzanan bölümde ortaya çıkan duyu azalması (hipoestezi) ve uyuşmalarıdır (parestezi). Bu sendromda, femoral deri alanında yanma, soğukluk, karıncalanma ve keçelenme mevcut olup, ağrı seyrekdir (1,2).

OLGU SUNUMU

63 yaşındaki ev hanımı olan hasta, yaklaşık 1 ay önce ani başlayan sağ uyluk lateralinde uyuşma, batma ve yürümekle sağ dize yayılan, istirahatde devam eden ağrı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın bel ve kalça ağrısı yoktu. Valsalva manevrasıyla ve öne eğilmekle yakınması artmıyordu. Hastanın sistemik muayenesi doğal özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Lokomotor

sistem muayenesinde lomber fleksibilitesi 5 cm ve ağrısızdı. Lomber bölge ekstansiyonu, lateral fleksiyonları ve rotasyonları tama yakın ve ağrısızdı. Düz bacak kaldırma testi (-/-), Laseque testi (-/-) idi. Kalça muayenesinde deformite, duyarlılık, ısı artışı yoktu. Kalça hareketleri tam ve ağrısızdı. Sakroiliyak germe ve kompresyon testleri (-/-) idi. Femoral sinir germe (FSG) testi (-) idi. Diz muayenesi doğaldı; ağrı, duyarlılık veya hareket kısıtlılığı yoktu. Nörolojik muayenesinde; sağ uyluk laterali ve anteriorunda hipostezi ve parestezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri normaldi, patolojik refleksi yoktu. Laboratuvar incelemesi de normaldi. Radyolojik incelemede; her iki kalça AP-lateral grafide koksafemoral eklem aralığında hafif skleroz artışı mevcuttu. Lumbosakral grafide lordozda düzleşme ve hafif dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Pelvis grafisinde sakroiliyak eklemler açıktı. Hastada sağ uyluk lateral ve anteriorunda Vizüel Analog Skala (VAS) ile 10 şiddetinde yanma tarzında ağrı mevcuttu. Sağ uyluk L2-L3 dermatomlarına uyan bölgedeki hipostezi ve yanmaya, motor kayıp, atrofi ve refleks değişikliği eşlik etmediği için direkt olarak duysal sinirleri etkileyen bir nöropati (periferik sinir yaralanması, tuzak nöropatisi, akut mononöropati) veya sadece duysal köke bir bası düşünüldü. Tuzak nöropatilerinden MP ön tanısıyla elektronöromyografi istendi yapılan incelemede, sağ lateral femoral kutanöz sinir uyarılmadı. Sonuç olarak sağda lateral kutanöz femoral sinir tutulumu ile giden MP ile uyumluydu. Tedavi olarak oral B vitamini ve lokal NSAİİ verildi, 2 hafta sonunda VAS değeri 5'e geriledi ve

Geliş tarihi: 01.04.2009

Kabul tarihi: 24.07.2009

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Dr.*; Doç. Dr.**

tedaviye oral gabapentin 100 mg 3x1/gün eklendi. 15 gün sonra VAS değerinde bir değişiklik olmaması üzerine gabapentin 300 mg dan 3x1/gün'e geçildi. 1 ayın sonunda hastanın şikayetlerinde tama yakın (VAS: 2) iyileşme saptandı.

TARTIŞMA

Lateral femoral kutaneal sinir lomber 2-3 sinir köklerinden çıkar ve iliak fossada m.psoas-m.iliacus üzerinde seyreder. Spina iliaca anterior superior (SIAS) geçip, lig. inguinale altından uyluğa girer. M.Sartorius üzerinde yüzeyleşir ve fascia lata üzerinde dağılıp uyluğun anterolateralinin duyusunu alır, motor fonksiyonu yoktur (3,4). Bu sinirin intervertebral foramende irritasyonu, sinirin altından geçtiği inguinal ligamanın veya üzerini örten fasyadaki gerginlikler MP'ya neden olur (1,5). MP'nın önde gelen belirtileri, uyluğun dış bölgesinde, kalçadan dize kadar uzanan bölümde duyu azalması ve uyuşmalardır. Etyoloji konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Diyabetik hastalarda, gebe ve obez kişilerde görülebileceği gibi, sıkı lomber korse kullanımı ve sıkı kemer kullanımı, inguinal bölgeye ve uyluğa yönelik travma, karın içi asit birikimi, ani kalça hiperekstansiyonu, cerrahi girişim ve bacak kısısalığı etkili olabilir (2,5). Yang ve ark posterior spinal cerrahi uygulanan olguların % 25'inde MP geliştiğini bildirmişlerdir (6). Yamamoto ve ark., 40 yıl önce SIAS'dan greft alınımını takiben yeni kemik oluşum arasında sıkışan lateral femoral kutaneal sinir olgusu rapor etmişlerdir (7). Literatürde laparoskopik inguinal herni onarımı (8), gebeliğin son haftaları (9), doğum sonrası (10) MP gelişimi bildirilmiştir. Şikayetler oturmakla geçerken, ayakta durmak, yürümek, kalçanın abduksiyon ve ekstansiyonuyla artabilir. SIAS'un tam medialine, inguinal ligamanın üstüne basmakla ağrı olabilir.

MP'nin tanısı lateral femoral kutaneal sinirde oluşan elektrofizyolojik anormalliklerin gösterilmesi ile konulur. Farklı tekniklerle bu sinirdeki iletim değerlendirilebilir ancak anatomik varyasyonlar nedeni ile tanı koymak zor olabilir. Bu nedenle

invaziv prosedürlere ihtiyaç duyulabilir. MP'nin tanısında bir diğer metod somatosensoryel uyartılmış potansiyel (SEP) ile bu sinirdeki hasarın tespiti (11).

MP tedavisi konservatif ve cerrahidir. Konservatif tedavi; NSAİİ, kas gevşetici ilaç, vitamin B desteği ve yatak istirahati ile sıkı, dar kemer ve pantolon kullanımının önlenmesi ile şişman hastaların zayıflamasıyla, bacak kısısalığı olanlarda kısa taraf topuğun yükseltilmesiyle ve zamanla semptomlar ortadan kalkabilir (1,12). Gabapentin 300 mg 3x1/gün oral yoldan kullanımı ile % 100 başarılı sonuç bildirilmiştir (13). Bizde olgumuza B vitamin ve lokal NSAİİ tedavisi uyguladık ve daha sonra tedaviye gabapentin ekledik ve başarılı sonuç elde ettik. Özellikle ağrının giderilmesinde bupivakain ile blokaj (14) ve ortalama 6 hafta süre ile lidokain bandı kullanımı etkilidir (15). Epidural L2-3 aralığına deksametazon uygulaması özellikle spinal kökenli MP tedavisinde etkilidir (16). MP'nin cerrahi tedavisinde nöroliz en çok uygulanan yöntemdir (17,18,19). Sinir dekompresyonu iliak fasya, inguinal lig. ve distalde uyluk fasyası düzeyinde yapılır. Siu ve ark bu yöntem ile % 93 iyi sonuç bildirmişlerdir (19). Yapılabilecek diğer bir cerrahi işlem de sinirin bir kısmının nörektomisidir. Bu yöntem ile nörolize oranla çok daha az rekürrens görüldüğü bildirilmiştir (20). Ferra Verdera ve ark.'nın 2 vakalılık olgu sunumunda, biri obez, diğeri 6 haftalık gebe olan MP'li iki olguda uyluk lateralindeki uyuşma-yanma tarzındaki yakınmalarının NSAİİ'a yanıt vermediği, ancak lokal anestezi-steroid enjeksiyonuyla tama yakın azaldığı saptanmıştır (21). Diğer bir çalışmada ise, sıkı pantolon kemeri kullanmaya bağlı gelişen MP'nın bel-bacak ağrısını taklit edebileceği ve lokal anestezi steroid enjeksiyonuyla gerileyebileceği belirtilmiştir (14). Tuzak nöropatilerinde enjeksiyon tedavisi, akut ağrıyı azaltmak, hastanın kısa sürede ayağa kalkmasını sağlamak, rehabilitasyon programına katılımını desteklemek, analjezik kullanımını azaltmak gibi nedenlerle uygulanabilir (2,12). Steroid enjeksiyonu, hasarlı bölgeyi besleyen periferik sinirde nosiseptif duysal liflerin fonksiyonunu durdurarak, ağrıya

eşlik edebilen kas spazmından sorumlu anormal reflekslerin afferent dalını da etkileyerek, ağrı ve spazmı azaltır. Ayrıca fizik tedavi yöntemlerinden hidroterapi, ısı ve mekanik etkisiyle, cilt altı yumuşak dokularda ağrıyı azaltma ve artmış kas spazmıyla birlikte olan kas iskemisini azaltma amacına yöneliktir (22). TENS, stimüle ettiği β -lifleri aracılığıyla nosiseptif A-delta ve C liflerini inhibe etmekte, dolayısıyla analjezik amaçlı kullanılmaktadır. Lomber bölgeye uygulanan izometrik egzersiz ise, gövde ve proksimal ekstremitelerdeki kasların hızlı ve risk içermeyen girmesi ve kas gücünün korunması için uygulanır (2,12). Tuzak nöropatilerinde, periferik sinirin hasarlanmasına sebep olan kompresyonun mekanizması tam olarak anlaşılamamış ancak, sinirin içinden geçtiği fibro-ossöz kanala dışarıdan uygulanan hafif bir bası, sinirin friksiyon ve iskemisi, sinir kılıfı etrafında ödem ve fizyolojik disfonksiyona sebep olabilmektedir (12,23).

Sonuç olarak MP, çoğu idiyopatik, cerrahi işlemler sonrasında da gelişebilen, lomber ve kalça problemleri ile karışabilen, bu bölge yakınmalarında akılda bulundurulması gerekli, basit öneri ve tedavi yöntemleri ile çoğunlukla tedavi edilebilen bir problemdir.

KAYNAKLAR

1. Dawson DM, Hallet M, Millender LH. Lateral femoral cutaneous nerve entrapment. In: Entrapment neuropathies, 2E. Boston: Little and Brown 301-5, 1990
2. Nashel DJ. Entrapment neuropathies. In: Rheumatology by Klippel and Dieppe 200;5.19: 5-6.
3. Dias Filho LC, Valenca MM, Guimaraes Filho FA, et al. Lateral Femoral Cutaneous Neuralgia. Clin Anat 2003;16(4):309-316.
4. Mirovsky Y, Neuwirth M. Injuries to the Lateral Femoral Cutaneous Nerve During Spine Surgery. Spine 2000;25(10):1266-1269.
5. Erbil KM, Sargon FM, Sen F et al. Examinations of the variations of lateral femoral cutaneous nerves. Anat Sci Int 2002;77(4):247-9.

6. Yang SH, Wu CC, Chen PQ. Postoperative Meralgia Paresthetica After Posterior Spine Surgery: Incidence, Risk Factors and Clinical Outcomes. Spine 2005;30(18):47-50.
7. Yamamoto T, Nagira K, Kurosaka M. Meralgia Paresthetica Occurring 40 Years After iliac Bone Graft Harvesting: Case Report. Neurosurgery 2001;49(6):1455-1457.
8. Eubanks S, Newman L, Goehring L, et al. Meralgia Paresthetica: A Complication of laparoscopic Herniorrhaphy. Surg Laparosc Endosc 1993;3:381-385.
9. Van Diver T, Camann W. Meralgia paresthetica in the par-turient. Int J Obstet Anesth 1995;4(2):109-112.
10. Vargo MM, Robinson LR, Nicholas JJ, Rulin MC. Postpartum femoral neuropathy: relic of an earlier era? Arch Phys Med Rehabil 1990;71(8):591-596.
11. Tataroğlu C, Çimen Ö, Kaleağası H, Kanık A. A Different Way in the Diagnosis of Meralgia Paresthetica: A Late Response Obtained From Vastus Medialis Muscle. T Klin J Med Sci 2004;24:336-344.
12. Erbay H. Meralgia Paresthetica: diagnosis and treatment. (Review) J Am Acad Orthop Surg 2001;9(5):36-11.
13. Gupta A, Muzumdar D, Ramani PS. Meralgia Paresthetica Following Lumbar Spine Surgery: A Study in 110 Consecutive Surgically Treated Cases. Neurology India 2004;52(1):64-66.
14. Erbay H. Meralgia Paresthetica in Differential Diagnosis of Low-Back Pain. Clin J Pain 2002;18(2):132-135.
15. Devers A, Galer BS. Topical Lidocain Patch Relieves a Variety of Neuropathic Pain Conditions: An Open-Label Study. Clin J Pain 2001;16(3):205-208.
16. Jiang GX, Xu WD, Wang AH. Spinal Stenosis with Meralgia Paraesthetica. J Bone Joint Surg (Br) 1998;70(B):272-273.
17. Nahabedian MY, Dellon AL. Meralgia Paresthetica: Etiology, Diagnosis and Outcomes Surgical Decompression. Ann Plast Surg 1995;35(6):590-594.
18. Ducic I, Dellon AL, Taylor NS. Decompression of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve in the Treatment of Meralgia Paresthetica. J Reconstr Microsurg 2006;22(2):113-118.
19. Siu TL, Chandran KN. Neurolysis for meralgia Paresthetica: An Operative Series of 45 Cases. Surg Neurol 2005;63(1):19-23.
20. Holanda MM, Meira UM, Magalhaes FN, da Silva JA. Surgical Treatment of Meralgia Paresthetica: A Case Report. Arq Neuropsiquiatr 2003;18(2):132-135.
21. Ferra Verdera M, Ribera Leclerc H, Garrido Paster JP. 2 cases of paresthetic meralgia of the femoral cutaneous nerve. Rev Esp Anestesiol Reanim 2003;50(3):154-6.
22. Karagülle Z. Kaplıca Tedavisi, Balneoterapi, Hidroterapi. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (ed). Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 893-6, 2000.
23. Grossman MG, Ducey SA, Naddler SS et al. Meralgia Paresthetica in differential diagnosis of low back pain. Clin J Pain 2002;18(2):132-5.