

Derleme / Review

MERALJIA PARESTETİKA: TANIM/AYIRICI TANI/TEDAVİ

MERALGIA PARESTHETICA: DESCRIPTION/DIFFERENTIAL DIAGNOSIS/TREATMENT

ÖZ

Mareljia parestetika (MP) lateral femoral kutanöz sinir (LFKS) liflerinin tuzaklanması sonucu meydana gelen, uyuğun lateral kutanöz sinirinin dermatomlarında ağrı, parestezi ve duyuşma kaybı neden olabilen bir sinir sıkışmasıdır. Uyuğun dış kısmında ağrı ve uyuşma yapan bir klinik durumdur. Bernhardt-Roth sendromu olarak da adlandırılır. Tuzaklanma nedeni inguinal ligaman altından geçerken sinirin kıvrımlaşması ve basıya uğramasıdır. Dar kıyafetler, kalçaya yönelik cerrahi girişimler, korseler, ortezler, gebelik, obezite LFKS' nin zedelenmesine yol açabilir. Şişmanlık veya hamilelik nedeni ile lomber lordozu artmış kişilerde bu sinirin tuzak nöropatisine sık olarak rastlanır. Bu sorun genellikle kendiliğinden veya fizik tedavi ile düzelir. Bazı olgularda spontan iyileşme olur. Ağrının kontrolünde analjezikler kullanılır. Kilo verilmesi ve abdominal kasların kuvvetlendirilmesi yararlıdır. Kortikosteroid ve lokal anesteziğin inguinal ligamanın lateral kısmından enjeksiyonu rahatlama sağlar. Semptomların tekrarlaması halinde fizik tedavi modaliteleri uygulanabilir. Yakınmaların devamı halinde nadiren dekompresyon operasyonu gerekli olabilir.

Anahtar Sözcükler: Mareljia parestetika, Sinir sıkışması, Lateral femoral kutanöz sinir

ABSTRACT

Mareljia paresthetica (MP) is a nerve impingement that can result in pain, paresthesia and sensory loss in the dermatomes of the lateral cutaneous nerve of the thigh, resulting from the entrapment of lateral femoral cutaneous nerve (LFC) fibers. It is a clinical condition that causes pain and numbness in the outer part of the thigh. It is also called Bernhardt-Roth syndrome. The reason for the entrapment is that the nerve folds and compresses while passing under the inguinal ligament. Narrow clothing, hip surgery, corsets, orthoses, pregnancy, obesity may cause LFC injury. In patients with increased lumbar lordosis due to obesity or pregnancy, entrapment neuropathy of this nerve is common. This problem usually resolves spontaneously or with physical therapy. In some cases, spontaneous recovery occurs. Analgesics are used to control pain. Weight loss and strengthening of the abdominal muscles are beneficial. Injection of corticosteroids and local anesthetics from the lateral part of the inguinal ligament provides relief. If symptoms recur, physical therapy modalities may be applied. In the event of persistent complaints, decompression surgery may rarely be necessary.

Keywords: Mareljia paresthetica, Nerve compression, Lateral femoral cutaneous nerve

TANIM

Mareljia parestetika (MP), lateral femoral kutanöz sinirin (LFKS) ağırlı bir mononöropatisidir (21,27).

LFKS ingiunal kanaldan geçerken spontan olarak veya herhangi bir sebebe bağlı olarak sıkışabilir. Genellikle semptomlar sinirin dermatomlarına uyan uyluk laterallerinde görülen duyu kaybı, karıncalanma, ağrı gibi şikayetlerle görülür (Şekil 1). Dar kıyafetler, geçirilmiş kalça cerrahileri, tümörler, obezite, gebelik nedenlerden bazılarıdır. Genellikle şikayetler nedenin ortadan kaldırılmasıyla veya spontan olarak gerileyebilir. Fizik tedavi yöntemleri fayda sağlayabilir. Lokal anestezi ve steroidle blok, genellikle farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişimi tedavinin bir parçası olarak hastalara sunulur (4,8,9,15). Medikal tedaviler veya fizik tedavi yöntemleri başarısız olduğunda ve semptomlar inatçı ve engelleyici olduğunda cerrahi girişim düşünülebilir (8,9).

EPİDEMİYOLOJİ VE ETİYOLOJİ

Hastalığın görülme oranı yaklaşık 100.000 kişi başına 43'tür. Spontan MP, herhangi bir yaş grubunda ortaya çıkabilir, ancak 40 - 60 yaş grubunda en yaygındır (21). Kadın erkek arasında bir fark olmadığı, ancak yapılan bir çalışmada erkeklerde görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (5). Bununla birlikte, son zamanlarda yapılan büyük bir kohort çalışmasında kadınlarda daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (27). Hastalığın kalıtsal olarak otozomal dominant geçiş gösterdiği iddia edilmektedir (22).

Hastalık ayrıca çocuk yaş grubunu da etkiler. Pelvik osteoid osteoma nedeniyle tedavi edilen pediatrik hastaların üçte birinde MP geliştiği görülmüştür (7). Mekanik, metabolik ve iyatrojenik faktörler MP'ya neden olabilir (23,24). Çoğu hastada sebep belli değildir. İliak bölgedeki tümörlerin basısına bağlı olarak gelişebilir (23). Obez ve hamile hastalarda veya karın içi basıncındaki artış MP riskini daha da artırır. Kemerler, korseler, bel kısmı dar pantolon giyilmesi de sinir üzerinde doğrudan baskıya neden olabilir (13,17). Mareljia parestetika, çeşitli ortopedik ameliyatlardan sonra bildirilmiştir (14,16). Mareljia parestetika, laparoskopik kolesistektomi, laparoskopik myomektomi, koroner baypass, aort kapak ameliyatları, morbid obezite hastası için bariatrik cerrahi, sezaryen ve laparoskopik herni gibi çok çeşitli ortopedik olmayan ameliyatlardan sonra da bildirilmiştir (10,11).

FİZYOPATOLOJİ

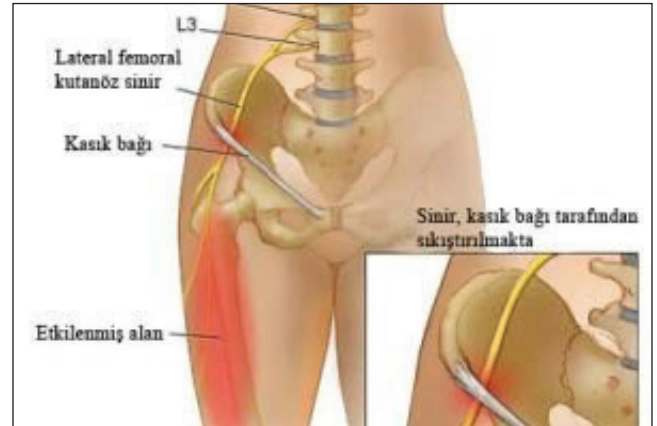
LFKS, lomber 2 ve 3'ün arka köklerinden kaynak alır.

Psoas kasının arkasından geçerek iliakus kasına girer ve çaprazlayarak spina iliaca anterior superiora (SİAS) yönelir, inguinal ligamentin lateral ucunun derininde sartorius kasının üzerinden SİAS'ın inferomedialinden uyluğa girer (Şekil 2). Daha sonra yüzeyleşerek fasya lata üzerinde dağılarak uyluğun anterolateralinin duyasunu alır (11). SİAS'ın komşuluğundaki bu bölge sinirin yüzeyel olması nedeniyle direkt basıya özellikle sık maruz kaldığı yerdir (11).

Etiyoloji konusunda kesin bir görüş birliği yoktur ve iki farklı mekanizma öne sürülmüştür (27). Birincisi sinirin basıya maruz kalmasıdır. Bası yapan patolojiler arasında özellikle obezite, sıkı giysi, korse, emniyet kemeri yaralanması yer almaktadır. Pelvis ve abdomen içinde bası oluşturan nedenlerde basıya sebep olur. İkincisi ise sinirin



Şekil 1: Lateral femoral kutanöz sinirin duyu dermatomu.



Şekil 2: Lateral femoral kutanöz sinirin seyri.

tuzaklanmaya meyilli olmasıdır (27). Çeşitli cerrahi işlemler de sinirde iyatrojenik yaralanmalara yol açabilmektedir. LFKS' nin iliak kanattan greft alınması, laparoskopik kolesistektomi, alt abdominal ve pelvik cerrahiler esnasında hasarlandığı bildirilmiştir (11).

TANI VE TEDAVİ

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. SİAS medialine bası ile ağrı olur ve Tinel belirtisi bulunabilir (19). Tanı için SİAS veya inguinal bağ yakınına yerel anestetik enjeksiyonu yapılabilir.

Tanıda Elektronöromiyografi (ENMG) yararlıdır. Duyu iletim hızı çalışmaları bilateral yapılmalıdır. Hastaların %70'inde duyu yanıtı alınmaz, %30'unda ise latans uzamış bulunur (18). Dermatomal somatosensoryel uyarılmış potansiyel (SEP) çalışmalarının tanı için oldukça duyarlı olduğu bildirilmektedir (18). Son çalışmalarla yüksek çözünürlüklü ultrasonla yapılan incelemenin erken tanıda yararlı olduğu saptanmıştır (2,28).

Lateral femoral kutanöz sinir sıkışma belirtilerinin tedavisinde lokal anestetik veya steroid enjeksiyonu kullanılabilir. Bu tedavi ile inflamasyon azalır ve uzun süreli etki sağlanır. Ağız yoluyla tıbbi tedaviden de yararlanır. Hastaya sinir irritasyonunu 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 (1,12). MP tedavisinde kilo verilmesi önemlidir. Ağrılı nöropatilerde gabapentin ve pregabalin tedavisi ilk basamak ilaçlar olarak kullanılmaktadır (3,20).

Konservatif tedavilere yanıt alınamayan hastalarda cerrahi eksplorasyon önerilir. Lokal anestetik ve kortikosteroid enjeksiyonunun %83, cerrahi dekompresyon ile %88, nörektomi ile %94 iyileşme belirlenmiştir (25). Enjeksiyon tedavileri ve cerrahi ile yüksek iyileşme oranları bildirilmiştir (6).

KAYNAKLAR

1. Aras H, İçağasıoğlu A, Demirhan E, Kolukısa Ş, Öcal Eriman E: Meralgia paresthetica. Göztepe Tıp Derg 24(3):142-144, 2009
2. Aravindakannan T, Wilder-Smith EP: High resolution ultrasonography in the assessment of meralgia paresthetica. Muscle Nerve 45(3):434-435, 2012
3. Attal N: Pharmacological treatment of neuropathic pain in primary care. Rev Prac 63(6):795-802, 2013
4. Dureja GP, Gulaya V, Jayalakshmi TS, Mandal P: Management of meralgiaparesthetica: A multimodality regimen. Anesth Analg 80(5):1060,1061, 1995
5. Ecker AD, Woltmann HW: Meralgia paresthetica: A report of one hundred and fifty cases. JAMA 110:1650-1652, 1938
6. Emamhadi M: Surgery for meralgia paresthetica: Neurolysis versus nerve section. J Turc Neurosurg 22(6):758-762, 2012
7. Goldberg WM, Jacobs B: Osteoid osteoma of the hip in children. Clin Orthop 106:41-47, 1975
8. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS: Meralgia paresthetica: Diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg 9(5):336-344, 2001
9. Harney D, Patijn J: Meralgia paresthetica: Diagnosis and management strategies. Pain Med 8:669-677, 2007
10. Hutchins FL Jr, Huggins J, Delaney ML: Laparoscopic myomectomy Van unusual cause of meralgia paresthetica. J Am Assoc Gynecol Laparosc 5:309-311, 1998
11. Ivins GK: Meralgia paresthetica, the elusive diagnosis: Clinical experience with 14 adult patients. Ann Surg 232:281-286, 2000
12. Khalil N, Nicotra A, Rakowicz W: Treatment for meralgia paresthetica. Cochrane Database Syst Rev 16: CD004159, 2008
13. Korkmaz N, Ozcakar L: Meralgia paresthetica in a policeman: The belt or the gun. Plast Reconstr Surg 114:1012-1013, 2004
14. Kurz LT, Garfin SR, Booth RE: Harvesting autogenous iliac bone grafts: A review of complications and techniques. Spine 14:1324-1331, 1989
15. Massey EW: Sensory mononeuropathies. Semin Neurol 18: 177-183, 1998
16. Mirovsky Y, Neuwirth M: Injuries to the lateral femoral cutaneous nerve during spine surgery. Spine 25:1266-1269, 2000
17. Moucharafieh R, Wehbe J, Maalouf G: Meralgia paresthetica: A result of tight new trendy low cut trousers (Ftaille basse). Int J Surg 6:164-168, 2008
18. Nouraei SA, Anand B, Spink G, O'Neill KS: A novel approach to the diagnosis and management of meralgia paresthetica. Neurosurgery 60:696-700, 2007
19. Öztürk C: Tuzak Nöropatileri, Refleks Sempatetik Distrofi Sendromu ve Diğerleri. Doğanavşargil E, Gümüşdiş G, (ed). İzmir: Klinik Romatoloji 1999:555-571
20. Parisi TJ, Mandrekar J, Dyck PJ, Klein CJ: Meralgia paresthetica: Relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus. Neurology 77(16):1538-1542, 2011
21. Park JW, Kim DW, Hwang M, Bun HR: Meralgia paresthetica caused by hip-huggers in a patient with aberrant course of the lateral femoral cutaneous nerve. Muscle Nerve 35:678-680, 2007
22. Richer LP, Shevell MI, Stewart J, Poulin C: Pediatric meralgiaparesthetica. Pediatr Neurol 26:321-323, 2002

23. Schnatz P, Wax JR, Steinfeld JD, Ingardia CJ: Meralgia paresthetica: An unusual complication of post-cesarean analgesia. *J Clin Anesth* 11:416, 1999
24. Suber DA, Massey EW: Pelvic mass presenting as meralgia paresthetica. *Obstet Gynecol* 53:257,258, 1979
25. 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* 30(10):1341-1346, 2011
26. Tharion G, Bhattacharji S: Malignant secondary deposit in the iliaccrest masquerading as meralgia paresthetica. *Arch Phys Med Rehabil* 78:1010-1011, 1997
27. Van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RM, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM: Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. *J Neurol* 251:294-297, 2004
28. Zeliha Karaahmet O, Gurcay E, Ozturk D, Guzel S, Cakci A: A rare presentation of meralgia paraesthetica in limb girdle muscular dystrophy. *Scott Med J* 63(1):25-27, 2018