

Meraljia parestetika – Üç olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Serkan İltar, Kadir Bahadır Alemdaroğlu, Cem Yalın Kılıncı,
Ender Alagöz, Nevres Hürriyet Aydoğan

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

Özet

Meraljia parestetika, lateral femoral kutaneal sinirin ağrılı mononöropatisidir. Etiyolojide birçok faktör suçlanmıştır. Biz de bu çalışmamızda sıkı kemer, dar pantolon nedeniyle meraljia parestetika gelişmiş iki olgu ve iliak kanattan otogreft alımını takiben gelişmiş bir olguyu sunduk. Sonuç olarak meraljia parestetika, ortopedik cerrahi işlemler sonrasında gelişebilen ve özellikle lomber ve kalça problemleri ile karışabilen, bu bölge yakınmalarında akılda bulundurulması gerekli, basit öneri ve tedavi yöntemleri ile çoğunlukla tedavi edilebilen bir problemidir.

Anahtar kelimeler: Meraljia parestetika, lateral femoral kutaneal sinir.

Abstract

Meralgia paresthetica – report of three cases and review of the literature

Meralgia paresthetica is a painful mono-neuropathy of lateral cutaneous femoral nerve. We would like to report of a total of three cases, two had developed due to tight belt and one had arisen after harvesting auto-graft from the iliac bone. In conclusion meralgia paresthetica, which can arise after orthopedic surgery, should be kept in mind as a differential diagnosis in the complaints about particularly hip and lumbar region.

Keywords: Meralgia paresthetica, lateral cutaneous femoral nerve.

Giriş

Meraljia parestetika (MP), lateral femoral kutaneal sinirin ağrılı mononöropatisidir. Lateral femoral kutaneal sinir (LCFN) lumbal 2-3 sinir köklerinden köken alır. İliak fossada m.psoas-m.iliacus üzerinde seyrederek. Spina iliaca anterior superiorundan (SIAS) geçip, lig. inguinale altından uyluğa girer. M.Sartorius üzerinde yüzeyleşir ve fascia lata üzerinde dağılıp uyluğun anterolateralinin duyusunu alır, motor fonksiyonu yoktur(1,2).

LCFN nöropatisinde genellikle hipoestezi ve ağrı görülür. Birçok hastada nöropatinin nedeni bilinmemektedir. Pozisyonel mekanik bası, anterior kalça cerrahisi, disk hernisi, uyluğa oturan korse ya da sıkı kemer kullanımı ile uyluk travmaları en sık nedenlerdir(2-5).

Olgu Sunumu

Olgu 1: 38 yaşında erkek hastada bir yıldır sol uyluk ön yüzde ağrı ve keçelenme hissi mevcut idi. Hastanın balet olduğu ve sıkı-dar kemerli kostüm kullandığı

öğrenildi. Anamnez ve fizik muayenede başka bir ortopedik patoloji saptanmadı. Lomber ve kalça eklemine direkt radyografik, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) incelemelerinde patoloji belirlenemedi. Uyluk ağrısı, hafif uyuşukluk şikayeti ve sıkı-dar kostüm kullanımı ve başka bir patoloji saptanmaması ile hastamızda meralgia parestetika düşünülerek konservatif tedavi başlandı. Hastadan sıkı kemer ve pantolon kullanmaması istendi ancak mesleki açıdan bu sağlanamadı. 12 ay süren non-steroid antiinflatuar (NSAİ), kas gevşetici ilaç ve B vitamini tedavisine rağmen şikayetlerde gerileme sağlanamadı. Hastaya diğer tedavi metodları önerildi, ancak hasta tarafından kabul edilmedi. Olgu 2: 37 yaşında erkek hastada yaklaşık iki yıldır sol uyluk ön yüzünde ağrı şikayeti mevcut idi. Hasta başka kliniklerce takip edilmiş, lomber BT-MR incelemeleri yapılmış ve patoloji saptanamayarak ve bu süreçte NSAİ ve kas gevşetici ilaç tedavisi uygulanarak fayda sağlanamamış durumda hastanemiz ağrı polikliniğine yönlendirilmişti. Ağrı polikliniği ve kliniğimiz tarafından değerlendirilen hastada anamnez ve fizik muayenede özellik saptanmadı. Kalça eklemi ve lumbosakral bölge BT ve MR

Yazışma Adresi: Op. Dr. Serkan İltar
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi II.Ortopedi ve
Trav.Kliniği, Ankara. Telefon: 0312 5953635 Fax No: 0 312 2324302
E-mail: serkaniltar@yahoo.com.tr

incelemelerinde patoloji yoktu. Hastaya kullandığı NSAİ ve kas gevşetici ilaç kombinasyonuna ek olarak B Vitamini ve antidepressan tedavi başlandı. Meralgia parestetika düşünülerek en az 3 ay süresince kemer takmaması ve sıkı-dar pantolon giymemesi tavsiyesinde bulunuldu. 3 ayın sonunda hastada şikayetlerin tamamen geçtiği saptandı.

Olgu 3: 45 yaşında sol tibia psödoartrozu nedeniyle cerrahi tedavi uygulanıp sağ iliak kanattan greft alınan hastada, ameliyat sonrası dönemde SİAS'dan başlayıp, distale uyluk anterolateraline uzanım gösteren ağrı şikayeti gelişti. NSAİ+kas gevşetici, vitamin desteği ve yatak istirahati ile 4.hafta kontrolünde şikayetlerin tamamen geçtiği saptandı. Hastada SİAS üzerinden greft alınırken ekartasyona bağlı gelişen lateral femoral kuteneal sinir nöropatisi düşünüldü.

Tartışma

Meralgia parestetika (MP), lateral femoral kuteneal sinirin (LCFN) ağırlı mononöropatisidir. Özellikle lateral femoral kuteneal sinirin duysal dağılım gösterdiği uyluk anterolateralinde ağrı ve hipoestezi mevcuttur.

Bu sendrom genellikle sinirin mekanik yollarla kronik irritasyonu sonucu gelişir ve idiopatikdir. En sık inguinal ligament altında sıkışma suçlanmıştır. Bunu nedeni olarak da şişmanlık ve sıkı kemer uygulamaları gösterilmiştir (2,5-7). Lomber disk hernisi, trafik kazasına bağlı emniyet kemeri yaralanması ve diabet de MP gelişmesinde suçlanmaktadır (8,9). Posterior spinal cerrahi uygulaması, prone pozisyonda SİAS düzeyinde lateral femoral kuteneal sinir nöropatisine neden olabilmektedir. Yang ve arkadaşları posterior spinal cerrahi uyguladıkları olgularının %25 inde meralgia parestetika geliştiğini bildirmişlerdir(3). Benzer bir çalışmada da Gupta ve arkadaşları, prone pozisyonda yapılan cerrahi işlemler sonrası meralgia parestetika gelişiminin sık olduğunu ancak pozisyon, sıkışma, şişmanlık, diabet varlığı, kanama ve hipotansiyonun sinir disfonksiyonu için risk olduğunu bildirmişlerdir (7). Anterior kalça cerrahisi girişimi ve özellikle spina iliaka anterior superior(SİAS)dan greft alınması sırasında ekartör basısı nedeniyle meralgia parestetika gelişimi sık görülür(2,4,8,9). Yamamoto ve arkadaşları, 40 yıl önce SİAS dan greft alımını takiben SİAS'da gelişen yeni kemik oluşum arasında kalarak sıkışan lateral femoral kuteneal sinir olgusu rapor etmişlerdir(4). Aszmann ve Dias Filho yaptıkları anatomik çalışmalarda lateral femoral kuteneal sinirin SİAS'ın 0.7-1 cm yakınından geçtiğini saptamışlardır(1,10). Bu çalışmalar da SİAS çevresi

cerrahi işlemlerde meralgia parestetikanın neden bu denli sık görüldüğünü açıklamaktadır. Posterior insizyonla total kalça artroplastisi uygulanan, yan yatırılarak pozisyon verilen olgularda da meralgia parestetika bildirilmiştir(11). Bel hiperekstansiyona zorlandığında uyluk anterolateralinde ağrı ve uyuşukluğun artması spinal stenoza bağlı meralgia parestetikanın habercisi olabilir(12). Literatürde laparoskopik inguinal herni onarımı(13), gebeliğin son haftaları(14), doğum sonrası(15), karaciğer transplantasyonu(16) ve aort kapak replasmanı sonrası(17) bile meralgia parestetika gelişimi bildirilmiştir. Özellikle karaciğer transplantasyonu ve aort kapak replasmanı sonrası MP gelişimi nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte cerrahi strese bağlı mekanizmalar ve immunsupresif tedavi olası neden olabilir.

Meralgia parestetika tedavisi konservatif ve cerrahidir. Konservatif tedavi; NSAİ, kas gevşetici ilaç tedavisi, vitamin B desteği ve yatak istirahati ile sıkı, dar kemer ve pantolon kullanımının önlenmesi ile yapılır. Gabapentin 300 mg 3 x 1 kullanımı ile %100 başarılı sonuç bildirilmiştir(7). Özellikle ağrının giderilmesinde bupivakain ile blokaj(6) ve ortalama 6 hafta süre ile lidokain bandı kullanımı etkilidir(18). Epidural L2-3 aralığına deksametazon uygulaması özellikle spinal kökenli MP tedavisinde etkilidir(12). MP nin cerrahi tedavisinde nöroliz en çok uygulanan yöntemdir(9,19,20). Sinir dekompresyonu iliak fasya, inguinal lig. ve distalde uyluk fasyası düzeyinde yapılır. Siu ve arkadaşları bu yöntem ile %93 iyi sonuç bildirmişlerdir(20). Yapılabilecek diğer bir cerrahi işlem de lateral femoral kuteneal sinirin bir kısmının nörektomisidir. Bu yöntem ile nörolize oranla çok daha az rekürrens görüldüğü bildirilmiştir(21).

Sonuç olarak meralgia parestetika, çoğu idiopatik olsa da, ortopedik cerrahi işlemler sonrasında da gelişebilen ve özellikle lomber ve kalça problemleri ile karışabilen, bu bölge yakınmalarında akılda bulundurulması gerekli, basit öneri ve tedavi yöntemleri ile çoğunlukla tedavi edilebilen bir problemidir.

Kaynaklar

1. Dias Filho LC, Valenca MM,Guimaraes Filho FA, Medeiros RC, Silva RA, Morais MG, Valente FP et al. Lateral Femoral Cutaneous Neuralgia. Clin Anat. 2003,16(4):309-316.
2. Mirovsky Y, Neuwirth M. Injuries to the Lateral Femoral Cutaneous Nerve During Spine Surgery. Spine 2000, 25(10): 1266-1269.

3. 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.
4. Yamamoto T, Nagira K, Kurosaka M. Meralgia Paresthetica Occurring 40 Years After Iliac Bone Graft Harvesting: Case Report. *Neurosurgery* 2001, 49(6): 1455-1457.
5. Korkmaz N, Özçakar L. Meralgia Paresthetica in a Policeman : To Belt or the Gun. *Plast Reconstr Surg* 2004 ,114(4): 1012-1013.
6. Erbay H. Meralgia Paresthetica in Differential Diagnosis of Low-Back Pain. *Clin J Pain* 2002, 18(2): 132-135.
7. 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.
8. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia Paresthetica : Diagnosis and Treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2001, 9(5): 336-344.
9. Nahabedian MY, Dellon AL. Meralgia Paresthetica: Etiology, Diagnosis and Outcomes Surgical Decompression. *Ann Plast Surg* 1995, 35(6): 590-594.
10. Aszmann OC, Dellon ES, Dellon AL. Anatomical Course of the Lateral Cutaneous Nerve and its Susceptibility to Compression and Injury. *Plast Reconstr Surg* 1997, 100: 600-604.
11. Kitson J, Ashworth MJ. Meralgia Paresthetica : A Complication of a Patient Positioning Device in Total Hip Replacement. *J Bone Joint Surg* 2002, 84(B): 589-590.
12. Jiang GX, Xu WD, Wang AH. Spinal Stenosis with Meralgia Paresthetica. *J Bone Joint Surg (Br)* 1988, 70(B): 272-273.
13. Eubanks S, Newman L, Goehring L, Lucas GW, Adams CP, Mason E, Duncan T. Meralgia Paresthetica : A Complication of laparoscopic Herniorrhaphy. *Surg Laparosc Endosc* 1993, 3: 381-385.
14. Van Diver T, Camann W. Meralgia paresthetica in the parturient. *Int J Obstet Anesth* 1995, 4(2):109-112.
15. 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.
16. Atamaz F, Hepgüler S, Karasu Z, Kılıç M. Meralgia Paresthetica After Liver Transplantation : A Case Report. *Transplant Proc.* 2005, 37(10) : 4424-4425.
17. Antunes PE, Antunes MJ. Meralgia paresthetica after aortic valve surgery. *J Heart Valve Dis* 1997, 6(6):589-590.
18. Devers A, Galer BS. Topical Lidocaine Patch Relieves a Variety of Neuropathic Pain Conditions : An Open-Label Study. *Clin J Pain* 2001 ,16(3): 205-208.
19. 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.
20. Siu TL, Chandran KN. Neurolysis for meralgia Paresthetica: An Operative Series of 45 Cases. *Surg Neurol* 2005 ,63(1): 19-23.
21. Holanda MM, Meira UM, Magalhaes FN, da Silva JA. Surgical Treatment of Meralgia Paresthetica: A Case Report. *Arq Neuropsiquiatr* 2003, 18(2):132-135.