

**MERALGIA PARAESTHETICA
(BERNHARDT — ROTH SENDROMU)**

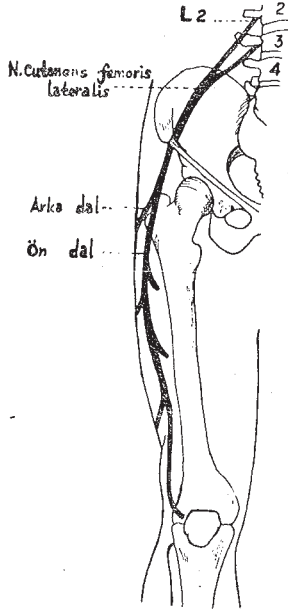
Dr. M. Cemil Uğurlu *

Tıbbî literatürde Meralgie paresthésique (7, 8, 9, 14, 16, 18, 20, 30) veya Meralgia paresthetica (1, 2, 13, 17, 21, 24, 29; 32), Roth hastalığı (13), Bernhardt sendromu veya parestezisi (13, 14, 24, 32) gibi isimlerle de bahsedilen Bernhardt - Roth sendromu (13, 16, 32), N. Cutaneus femoris lateralis'in nevraljisidir (9, 12, 13, 14, 18, 28, 29). Bu sendrom, ilk defa 1895 yılında M. Bernhardt ve birkaç ay sonra da V. K. Roth isimli nörolojistler tarafından meralji ve nevralji parestlizi adıyla tanımlanmıştır (11, 18, 32). Meralji terimi, etimolojik bakımından Grekçe olup uyluk anlamındaki meros ile ağrı anlamındaki algos kelimelerinin birleşmesinden meydana gelerek, uyluk ağrısını ifade etmektedir (13, 14).

Nöro - anatomi :

Nervus cutaneus femoris lateralis (N. Femoro - cutaneus) ikinci ve üçüncü lumbal köklerin birleşmesiyle teşekkül eder (2, 10, 11, 16, 17, 21, 24, 26, 27, 29) (Şekil 1) ve bu lumbal sinirlerin ramus ventralis'lerinin dorsal dallarından menşeyi alır (10); aşağıya ve dışa doğru seyrederek musculus psoas major'u deler (24). bu kasın lateral kenarından itibaren musculus iliacus'un ön yüzünde dışa ve aşağıya doğru çaprazlama seyrine devam eder (10, 17, 24, 26, 27, 29). Femoro - cutaneus siniri, musculus iliacus'tan ince bir fascia ile ayrılmış olup (29), sağ fossa iliac'ta caecum ile münasebette bulunarak (16), fascia iliaca ve periton ile ayrılmış bulunduğu çekumun arkasından ve lateralinden, solda ise inen kolonun aşağı kısmının arkasından ilerler ve fossa iliac'ın parietal peritonuna dallar verir (10); arteria circumflexa ilium profunda'nın arkasından geçerek (27, 29), spina iliaca anterior superior ile tuberculum pubi-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve İdoloji Kürsüsü Uzman Asistanı



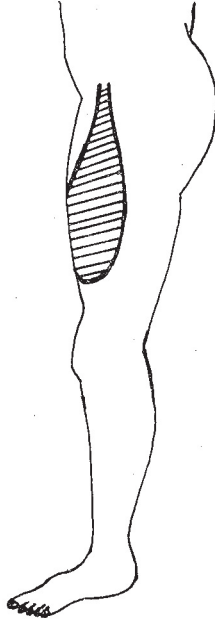
Şekil : 1 — N. Cutaneus femoris lateralis'in anatomisi. (Haymaker - Woodhall'den)

cum'u birleştiren Poupart bağının (ligamentum inguinale) lateral parçasının iki yaprağı arasındaki dar kanalın içinden (29) veya inguinal bağın arkasından (10, 17) geçip uyluğun yukarı kısmına varır (17, 29). Sinirin uyluğa geçiş yeri ön iliak spinalar (spinal iliaca anterior superior ve inferior) arasına tekabül eder. Uylukta önce fascia lata'nın altında seyredip, daha aşağıda fascia lata'nın dışına çıkan sinir, spina iliaca anterior superior'un takriben on cm. kadar aşağısında anterior ve posterior olmak üzere iki dala ayrılır (17, 24, 29). Arka dal, fascia lata vasıtasıyla oblik olarak arkaya doğru gider, anterior daldan daha yukarıda olmak üzere fascia lata'yı deler, uyluğun üst üçte ikisinin ve regio glutea'nın dış yüzeyinde deri hissiyetini sağlamak üzere dağılır (10, 17, 24, 29). Klinik bakımından daha ehemmiyetli olan ön dal, fascia lata'yı fibröz bir kanalla delerek uyluğun ön dış kısmının deri hissiyetini sağlar (16, 21, 24, 29), Ön dalın uyluk derisindeki dağılış sahası aşağıda dize kadardır (2, 10, 17). Ön dalın terminal lifleri, rami cutanei anteriores nervi femoralis ve ramus infrapatelleris nervi sapheni ile birleşerek patel-

lar plexus'u teşkil eder (10). Sinirin ön dalının klinik yönden önem kazanışı, meralgia paresthetica denilen sensoriyel mononeuritis'i yapmasındandır (21). N. Cutaneus femoris lateralis sadece duyu siniridir; kasa dal vermemektedir (2, 16, 24).

Semptomatoloji :

Hastalık uyluğun belirli bölgesinin hissiyetinde objektif ve subjektif çeşitli bozukluklarla ve ağrılarla karakterizedir (14). Meralji parestezik, femoro - cutaneus sinirinin dağılım bölgesinin bir kısmını veya bütününe ilgilendirerek, genellikle uyluğun ön dış yüzünde raket biçiminde ovalimsi bir bölgeyi tutar (9, 11, 18, 30) (Şekil 2). Parestezik oval deri alanı yaklaşık olarak el ayası büyüklüğünde (12) ve aşağıda yukarıdan daha geniş olup üst ucu trokanterien bölgede, bazen daha yukarıda iliak spinada ve inguinal kıvrımdadır; parestezi aşağıda patellanın üst kenarına kadar yayılır (18).



Şekil : 2 — Parestezik meraljide
ağrılı parestezik bölgenin topog-
rafyası (Jumand - Durieu -
Moussy'den)

Başlangıç, vakaların üçte ikisinde aşikâr bir sebep olmaksızın anidir (18). Çok defa parestezi, ayakta durma veya yürüme esnasında aniden meydana gelen, istirahatle aşağı yukarı tamamiyle kaybolan (9, 11, 18, 29) bir uyuşma ve karıncalanmadan ibarettir. (18). Ağrılar zaman zaman olup özellikle fazla ayakta durma yahut uzun yürüme esnasında artar (9, 16) ve istirahatle kaybolabilir (9). B. Stookey, oturmakla hafifliyen veya kaybolan ağrı ve parestezinin ayaktaykenhusulünü, sinirin ilium kemiğinin kenarını geçtiği yerde keskin angulasyon göstererek gerilmesine ve tazyike uğramasına bağlamaktadır (29). Böyle hastalar yürürken — âdeta claudicatio intermittens'ı andırır şekilde — arada bir oturarak istirahat etmek isterler (11). Bazı vak'alarda musap bölgede kartonlaşmış veya cansız deri duyumu mevcuttur (18). Bazen bu bölgedeki deri hissi, cildî irritasyon, yanma, ağırlı karıncalanma ve elektriklenmeler biçiminde hastayı rahatsız edici vasıflar gösterir (8, 18). Bir kısım vak'alarda ise duyu bozukluğu soğuma (11, 16), donma, keçelenme, iğnelenme şeklidir (9). Arada sırada kısa süreli saplanıcı ağrılar olabilir (18, 24).

Bazen ilgili deri bölgesi hiperestezik olup buraya pantolon cebindeki esyanın tazyiki (11), elin değmesi hatta elbisenin teması bile hastayı rahatsız edici duyu bozukluklarını şiddetlendirir veya husule getirir (2, 9, 11, 18, 30). Hemen daima objektif duyu bozuklukları (yüzeyssel disestezi veya hipoestezi, ağırlı anestezi yahut gerçek anestezi) mevcuttur; fakat objektif duyu bozukluklarının bulunmayışı diyagnozu reddetmeğe imkân vermez (18). Ağrılar esnasında, sinirin derideki dağılım sahasında terleme, kılların dikleşmesi ve vazomotor değişiklikler (deri damarlarının daralması) olabilir ki bu belirtiler meraljide lomber sempatik ganglionların rolü olduğunu göstermektedir ve buraya gelen sempatik sinir lomber zincirden ayrılmaktadır (11).

Sakral, inguinal ve testikular bölgelere atipik intişarlar oldukça sık olarak görülmektedir (18). Femoro — cutaneus siniri üzerine, deriye nisbeten yaklaştığı noktada, spina iliaca anterior superior ile inferior arasından elle tazyik edilirse, ağrıyı uyandırmak bazen mümkün olur (11, 16, 18, 24). Bazı vak'alarda inguinal 1/3 dış kısma yapılan tazyikle, sinirin deriye ait dağılım sahasındaki parestezi şiddetlenmektedir. (29). Sendromun ikinci ve üçüncü lom-

ber foramenler seviyesindeki lezyonlardan ileri gelen funiküler tip-lerinde ise buraya tekabül eden lumbal paravertebral bölge tazyikle ağırlıdır (11).

Femoro - cutaneus sinirinin motor fonksiyonu olmadığı için adale (M. Quadriceps femoris) atrofisi ve refleks (patella) değişikliği yoktur (2, 9, 18). Patella refleksinin azalması veya kaybı ile müte-rafık bulunan bazı meraljiler poliradiküler bir musâbiyete delâlet eder (18). Sendromun idyopatik şekillerinde, röntgen ve laboratu-var bulguları normaldir; klasik elektrodyagnozda ve elektromiyog-rafik incelemede kayda değer patolojik bir değişiklik tespit edilmez.

Hastalığın gidişi değişiklik gösterir (18, 21); aylarca (9) hat-ta aralıklı olarak senelerce (12, 14, 18) sürebilir. Vak'aların çoğu tek taraflı (2, 21, 29) olup daha ziyade solda görülmektedir (11, 16). Kısa süreli ve bilateral şekilleri nadirdir (18). Bu sendrom ek-seriya hastaya fazla rahatsızlık vermediği için, hekime sık olarak müracaata yol açmaz; bu itibarla daha ziyade ağrı ve parestezinin şiddetli olduğunda müracaat edilmesi, hastalığın az olduğu kanı-sını vermekte ve bir kısım vak'alar da siatalji ile birlikte bulundu-ğundan dikkati çekmemektedir (11).

Etyoloji :

Erkekler hastalığa kadınlara nazaran daha fazla sıklıkta tutul-maktadırlar (16, 18, 21, 24, 29); bazı yayınlara göre erkeklerde kadın-lardan üç misli fazla görülmektedir (21, 24, 29). Bu insidans, er-keklerin daha fazla travmaya maruz kalması ve zamanlarını daha ziyade ayak üstünde geçirmeleriyle izah edilmektedir (24). Bir kısım literatür, sinirin pelvisten çıkış yerinde yaptığı kıvrıntının, baca-ğın ekstansiyon hareketinde arttığını belirterek, uzun zaman ayak-ta durmanın veya yürümenin etyolojide bazen önemli bir faktör olabileceğini ifade etmektedir (21, 24, 29). Mekanik sebeplerin send-romun husulündeki önemi ilk defa B. Stookey tarafından belirtil-miştir (29).

Bazı yayınlar parestezik meralji vak'alarında pes planus'a rastlandığına dikkati çekmektedir (1, 16, 23). Böylece postür bo-zukluğuna bağlı olarak, sinir fascia lata'yı deldiği hizada tazyike uğramaktadır (23).

Dirisu, bu sendromu N. Femoro - cutaneus'a ait tronküler bir hastalık olarak değil, ikinci ve üçüncü lomber foramenlerde sinirin irritasyonundan ileri gelen bir funikülit olarak kabul etmektedir ve bundan dolayı hastalığın fizik tedavisinin lomber 2 - 3 foramenler üzerine uygulanması gerektiği kanısındadır (11). Sinirin nispeten uzun oluşu ve deri sathına yakın seyredışı sebebiyle travmaya kolayca maruz kalması mümkünse de (24, 29), vak'aların çoğunda semptomların başlangıcını izah eden bir travma hikâyesi bulunmamaktadır (21, 29).

Etyolojide değişik sebepler ileri sürülmekle beraber bir kısım vak'alarda sebebin tespit edilmesi mümkün olmamaktadır. Buna göre hastalığın başlıca şekliinden bahsedilir (12):

a) İdyopatik (esansiyel, kriptojenetik) olanlar : Burada sebep bilinmemektedir. (9, 12).

b) Sekonder olanlar (12) : Bunlarda N. Cutaneus femoris lateralis'i trasesi boyunca çeşitli noktalarda etkileyen aşağıdaki değişik faktörler etyolojide rol oynamaktadır :

1) İkinci ve üçüncü lumbal kökleri ilgilendiren disko - vertebral bir lezyon (18, 25, 28), spondylolisthesis, Lumbarthrose (9, 18), rachis artropatileri ve tümörleri (12).

Sicad ve Boureau, ikinci lumbal kökü ilgilendiren L2 - 3 diskinin hernisini vak'alarında bulamadıklarını belirtmektedirler (25).

2) Pelvis içinde N. Cutaneus femoris lateralis'i tazyik edebilen sebepler : Apandisit (2, 6, 9), Pott hastalığı (9), çekum tümörü (9), ilium kemiğinin osteoperiostiti (9), kolesistektomi gibi abdominal cerrahi sonrası durumlar (2), gebelik (9, 18).

3) Periferik sebepler : Uyluğun fazla soğuğa maruz kalması (11), travma (2, 9, 16, 18, 24), obesitas (2, 9, 16, 18, 23), uyluğun ön dış kısmına ait cellulite (panniculitis) (7, 11, 16), korse kullanma (2, 9, 18, 29), sıkı kuşak ve kemer kullanma (2, 24, 29) (hernia inguinalis bandajları v.s.), postacılarda olduğu üzere devamlı çanta taşıma (29), glomik tümör (angio - myo - neurome artériel) (14, 18), sikatris (17, 18), fascia lata'nın sertleşmesi (12) veya kontraktürü (22).

Haymaker ve Woodhall, sinirin travmatik lezyonlara en fazla fascia lata yı deldiği mahalde maruz kaldığını bildirmektedirler (17).

4) Tabes (12, 14), paralizi jeneral (14) gibi bazı sinir hastalıkları.

5) Grip (24) ve diğer viral hastalıklar (18), tifo (2, 14, 24), tifüs (14), malarya (2), sifiliz (2, 24), kızıl (24), tüberküloz (24), romatizma ve diğer infeksiyonlar bu sinirin neuritis'ine sebep olabilmektedir (24). Bazı yayınlara göre toksik infeksiyonlardan ileri gelen neuritis şekli % 30 kadardır (24).

6) Diyabet (2, 5, 14, 15, 16, 24), gut (2, 16), alkol (24) ve kurşun (24) toksikasyonları da bu sinirde neuritis yapabilmektedir.

Ayırtıcı diyagnoz :

Dysesthesia sinirin dağılım sahasına munhasır ise hastalığın topografisi ve semptomatolojisindeki diğer özellikler dikkate alınmakla diyagnozu kolayca yapılır (2, 21, 29). Ayırtıcı tanıda, daha ziyade bacağa ait çeşitli sinirlerin (N. Femoralis, Ischiadicus, Obturatorius), uyluk kaslarının ve kalça eklemine hastalıkları bahis konusu olabilir. Spinal lezyonlardan veya pelvis tümörlerinden ileri gelen - uyluğun lateral yüzündeki - ağrılar gerekli diyagnostik incelemelerle ayırt edilmelidir.

Tedavi :

Sebep tespit edilebilirse ilgili etyolojik tedavi uygulanabilir.

Sendromun tedavisi konservatif ve cerrahî olmak üzere iki esasta toplanabilir.

1) Konservatif tedavi :

Konservatif tedavi, ilâç tedavisini, fizikoterapiyi, radyoterapiyi ve termal kürü kapsamaktadır. Analjeziklerin (9, 12, 16, 18) ve antinevritik vitaminlerin verilmesi (18), spina iliaca anterior superior'un altında, sinirin aponevrozdan çıkış yerinde novokain (veya benzeri bir lokal anestezi) ile infiltrasyonu (novocainisation) (11, 12, 18) ve bundan faydalanılamıyan vak'alarda alkolizasyonu (1-2 cc alcool absolue'un lokal injeksiyonu) ile iyi sonuçların alındığı bildirilmiştir. (9, 12, 16).

Parestezik bölgeye revülsif çeşitli fizik tedavi vasıtalarının (galvanik iyontoforez, faradi akımı, hot frekans, ultrason, kısa dalga diyatermi, ultraviyole ve infraruj ışınları, vibrasyon masajı) biri veya sinerjik kombinasyon içinde birkaçı lokal olarak uygulanır. Ekseriya tercih edilen kalsyum veya histamin iyonizasyonunda elektrotlar lomber ve parestezik bölgeler üzerine tatbik edilmektedir (11). Bunun kısa dalga ve ultrason tedavileriyle kombine edilmesi bazı vak'alarda daha iyi sonuçlar vermektedir. Fizik tedavi vasıtaları arasında etkili başka tedavi kombinasyonları mümkündür. Meralji parestezikte ultrasonoterapi tekniğinin özel bir dikkati gerektirdiğini belirten Ledoux - Lebard ve Bargy, saniyede 1 Mc frekanslı ve 1,5 Watt/cm² güçteki ultrasonun süresi on dakikayı geçmeyen seanslar halinde şu metotla uygulanmasını tavsiye etmektedirler : İlk hafta 1/5 pulsasyon oranında kesikli biçimde her gün, müteakip seanslarda ise impulsiyonsuz, devamlı şekilde olarak haftada üç gün tatbik edilmelidir (20). Bazen birincinin bitiminden bir ay sonra yeni bir seri ultrasonoterapi gerekebilir (20).

Muannit vak'alarda lomber 2-3 üzerine radyoterapi uygulanabilir (11, 12, 20).

Konservatif tedavi içinde hastaya travmadan ve soğuğa maruz kalmaktan sakınması, tespit edilen postür bozukluklarının (pes planus) tedavisi ve kronik durumlarda termal kür (crénothérapie) tavsiye olunur.

Bazı meralji parestezik vak'alarında mevziî çamur tedavisi (fangotherapy) (7, 31) ve Kneipptherapie (19) faydalı olmaktadır. Bu vak'aların kaplıca tedavisinde hipertermal, oligometalik, radyoaktif kaplıca sularından kalsyum sulfatlı (Oylat, Yalova kaplıcaları gibi) (4, 7) veya sodyum bikarbonatlı (Kızılcahamam kaplıcaları gibi) (3) yahut kalsiyum sulfat ve bikarbonatlı (Bursa kaplıcaları gibi) (7) olanlar tercih edilmelidir.

İyi tabiatlı bu hastalıkta (18) bazen birkaç haftada spontan şifa husule gelmektedir (21).

2. Cerrahî tedavi :

Konsertatif tedavinin etkili olmadığı şiddetli meralji vak'alarında radikotomi yapılabilir (9, 12, 18). Fascia lata'nın sertleşmesi-

ne bağıli periferik tiplerde, bu apenovrozun insizyonu tedaviyi sağılar (12, 23).

İlio - inguinal bölgede oldukça dar osteofibröz bir kanaldan geçen sinirin tazyike uğramasında burayı genişleten bir operasyon iyi sonuç vermektedir (9). N. Cutaneus femoris lateralis'in Poupart bağıının lateral kısmının altından uyluğı geçtiğı yerde, ligament tarafından baskı altında bırakıldığı vak'alarda, burada sinirin dekompresyonunu sağılamak ve mediale doğru bazen 1 - 2 cm. kadar yerinin değıştirilmesi uygun bir cerrahî müdahaledir (29).

ÖZET

Bu makalede, klinik pratikte oldukça sık rastlanan parestetik meraljinin etyopatogenezi, semptomatolojisi ve tedavi esasları belirtilmiştir.

RÉSUMÉ

La Méralgie Paresthésique

Dans cet article, l'auteur fait un exposé de l'étiopathogénèse, la symptomatologie et le traitement de la méralgie paresthésique qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique clinique.

LİTERATÜR

- 1 — ABAOĞLU, C.; ALEKSANYAN, V.: Semptomdan teşhise, s. 315, dördüncü baskı, İstanbul, 1968.
- 2 — ALPERS, B. J.: Clinical neurology, s. 242 - 243, fifth edition, Blackwell scientific publications, Oxford, 1963.
- 3 — ARI, N.: Kızılcahamam kaplıcaları; Romatizma mecmuası, 1 : 25, 1955.
- 4 — ARI, N.: Oylat Kaplıcası; Romatizma mecmuası 2: 22, 1961.
- 5 — BOULIN, R.; LAPRESLE, J.: Complications nerveuses du diabète sucré; Encyclopédie Médico - Chirurgicale, Glandes endocriniens, Nutrition, 3 : 10508, p. 10 Patis, 1957.
- 6 — CALVET, J. P.: Une singulière complication de l'appendicite aigue : l'atteinte du nerf crural; La Presse Médicale, 67 : 1199, 1959.
- 7 — ÇUBUKÇU, O. C.: Kronik romatizmalar ve fizik tedavileri, s. 143, 200 - 213, İkinci baskı, İstanbul, 1947.
- 8 — ÇUBUKÇU, O. C.: Tedavide fizik vasıtalar ve tatbikatı, s. 196, İstanbul, 1954.
- 9 — ÇUBUKÇU, O. C.: Pratikte nevralji ve miyaljiler, s. 58 - 59, İstanbul, 1963.

- 10 — DAVIES, D. V.: Gray's Anatomy, s. 1219 - 1220, Thirty - fourth edition, Longmans, London, 1967.
- 11 — DIRISU, N. Ş.: Meralji ve tedavisinin özellikleri; Romatizma mecmuası, 1: 3, 1955.
- 12 — DOĞULU, S.: Sinir hastalıklarında tedavi, s. 196, Ankara, 1962.
- 13 — DORLAND'S. Illustrated Medical Dictionary, s. 816, 1196, 23 rd edition, Saunders, Philadelphia, London, 1957.
- 14 — GARNIER, M., DELAMARE, V.: Dictionnaire des termes techniques de médecine, s. 413, 633, 18 e édition, Librairie Maloine S. A., Paris; 1967.
- 15 — GODLEWSKI, S.: Les algies cruraes et sciatiques; SÉZE, S. de; GUÉRIN, C.: Aux confins de la rhumatologie, s. 288-291, L'expansion scientifique française, Paris, 1961.
- 16 — GÖNENÇ, Ş.: Meralgie paresthesique'lerde fizik tedavisi; Türk romatoloji ve fizikoterapi mecmuası, 1: 24, 1955
- 17 — HAYMAKER, W., WOODHALL, B.: Peripheral nerve injuries, s. 185-187, Saunders Co. Philadelphia, London, 1947.
- 18 — JURMAND, S. H., DURIEU, J., MOUSSY, P.: La meralgie paresthésique; névralgie du fémoro-cutané; SÉZE, S. de; CAROÏT, M.: Breviaire de rhumatologie, s. 523-525, 3 e édition, L'expansion scientifique française, Paris, 1967.
- 19 — KOÇAŞ, H.: Kneipptherapie, Romatizma mecmuası, 1: 11, 1958.
- 20 — LEDOUX - LEBARD, G.; BARGY, P.: Physiothérapie, s. 168 - 169, Masson et Cie, Paris, 1957.
- 21 — MERRITT, H. H.: A textbook of neurology, s. 399, fourth edition, Lea & Febiger, Philadelphia, 1969.
- 22 — ÖZTÜREL, A.; ARI, N.; AYRAL, N.; Bir facia lata contracture'ü vakası; Romatizma mecmuası, 2: 40, 1961.
- 23 — POLVAN, N.: Nöroloji, s. 258, İstanbul, 1956.
- 24 — SARIBAŞ, Ş. Y.: Sinir hastalıkları, s. 454 - 455, 1957.
- 25 — SİCARD, A.; BOUREAU, M.: Le traitement chirurgical de la névralgie crurale; La semaine des hôpitaux de Paris, 35: 1718, 1959.
- 26 — SMOUT, C. F. V.; MCDOWALL, R. J. S.: Anatomy and physiology, s. 215 - 216, 3 rd edition, Edward Arnold Ltd., London, 1956.
- 27 — SOBOTTA, J.; BECHER, H.: Atlas der Anatomie des Menschen, 3. Teil, s. 144, 161, 169, 182, 184 Urban & Schwarzenberg, München - Berlin 1962.
- 28 — TAPTAS, J. N.: Les hernies des trois premiers disques lombaires; La Presse Médicale, 68 : 1130, 1960.
- 29 — UYGUR, Z. A.: Meralgia parasthetica; Deniz tıp bülteni, 15: 36, 1969.
- 30 — WELFLING, J.: Douleurs crurales antérieures; Encyclopédie Médico - Chirurgicale, 14372 E. 10, 6, Paris, 1959.
- 31 — YENAL, O.: Hidroloji, s. 123 - 131, İstanbul, 1960.
- 32 — YENER, M. Ş.: Sendromlar, s. 41 - 42, İstanbul, 1956.

(Mecmuaya geldiği tarih : 2 Kasım 1970).