

Bir Meraljiya Parestetika Olgusu

A CASE WITH MERALGIA PARESTHETICA

Alev AY*, Zeynep SAĞIRKAYA**, Merih YURTKURAN***

* Uz.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları,

** Arş.Gör.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları,

***Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları, BURSA

Özet

Amaç: Burada meraljiya parestetika ve L₃ radikülopatisinin birlikte olduğu bir olgu takdim edilecektir.

Olgu: Olgumuz, sol uyluk lateralinde ağrı kesicilere yanıt vermeyen uyuşma ve yanma tarzında ağrı ile gelen, femoral sinir germe testi pozitifliği olan, daha önce lomber disk hernisi tanısı ile tedavi gören 52 yaşındaki bir kadını hastaydı. Uzun süreli analjezik kullanımına bağlı transaminaz yüksekliği mevcuttu.

Sonuç: Yapılan elektrofizyolojik değerlendirme sonucuna göre solda lateral kutanöz femoral sinir tutulumu ile giden meraljiya parestetika ve L₃ kökünde kronik bir olayın üzerine eklenmiş akut alevlenme ile seyreden bir etkilenme saptandı. İnguinal ligaman altına steroid enjeksiyonu, fizik tedavi ve uygun pozisyonda yatak istirahatiyle hastada tama yakın iyileşme kaydedildi. İyileşmeyen uyluk ağrı ve uyuşmalarında meraljiya parestetika da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Meraljiya Parestetika, Radikülopati

T Klin FTR 2004, 4:21-24

Summary

Objective: Here, a case with meralgia paresthetica accompanied by L₃ radiculopathy will be submitted.

Case: The case was a 52 years old women with paresthesia and dzestesia of the anterolateral region of her left thigh, unresponsive to analgesic-antiinflammatory drugs. Femoral nerve tension test was positive and her transaminases were high because of long lasting analgesic use.

Conclusion: Electrophysiologic test revealed that, there was meralgia paresthetica with the involvement of the lateral cutaneous femoral nerve of the left thigh and an acute involvement of the L₃ root on the basis of a chronical L₃ radiculopathy. Nearly complete relief of the symptoms were observed with steroid injection (under inguinal ligament), physical therapy and bed rest. Meralgia paresthetica must be thought in the cases of resistant paresthesias and dzestusias of the thigh.

Key Words: Pain, Meralgia Paresthetica, Radiculopathy

T Klin J PM&R 2004, 4:21-24

Berhandt-Roth Sendromu olarak da anılan Meraljiya Parestetika'nın önde gelen belirtileri, uyluğun dış bölgesinde, kalçadan dize kadar uzanan bölümde ortaya çıkan duyu azalması (hipoestezi) ve uyuşmalardır (parestezi). Uyluğun dış bölümünün yüzeysel duyusunu sağlayan ve sadece duysal lifleri içeren N. cutaneus femoris lateralis'in zedelenmesiyle oluşan bu sendromda, söz konusu femoral deri alanında yanma, soğukluk, karıncalanma ve keçelenme mevcut olup, ağrı seyrek (1,2). Sendromun etyolojisi konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. N. cutaneus femoris lateralis'in intervertebral foramende irritasyonunun bu sendromu oluşturduğunu iddia eden yazarlar olduğu gibi, sinirin altından geçtiği inguinal ligamanın veya kendisini örten fasyadaki gerginliklerin, spina iliaka anterior superiora en yakın dış bölümünde veya yolu üzerinde sinire baskı yapmasıyla oluşabileceğini öne sürenler de vardır (1,3). Diyabetik, gebe ve obez kişilerde daha yaygındır (2). Sıkı lomber korse kullanımı, inguinal bölgeye ve uyluğa yönelik travma,

karın içi asit birikimi, ani kalça hiperekstansiyonu, cerrahi girişim ve bacak kısılığı etkili olabilir (2,3). Yakınmalar oturmakla geçerken, ayakta durmak ve yürümekle, kalçanın abduksiyon ve ekstansiyonuyla artabilir. Spina iliaka anterior superiorun tam medialine, inguinal ligamanın tam üstüne basmakla ağrı olabilir. Şişman hastaların zayıflatılmasıyla, bacak kısılığı olanlarda kısa taraf topuğun yükseltilmesiyle ve zamanla semptomlar ortadan kalkabilir (1,4). Tedavide, anterior superior iliak çıkıntının tam medialine lokal steroid veya anestezi madde enjeksiyonu denenebilir. Ferrer Verdera ve arkadaşlarının yaptığı 2 vakalık olgu sunumunda, biri obez, diğeri 6 haftalık gebe olan Meraljiya Parestetika'lı iki olgu değerlendirilmiştir. Her iki hastanın da uyluk lateralindeki uyuşma-yanma tarzındaki yakınmalarının nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara (NSAII) yanıt vermediği, ancak lokal anestezi-steroid enjeksiyonuyla tama yakın azaldığı saptanmıştır (5). Bir başka çalışmada ise, sıkı pantolon kemeri kullanmaya bağlı gelişen Meraljiya Parestetika'nın bel-

bacak ağrısını taklit edebileceği ve lokal anestezi-steroid enjeksiyonuyla gerileyebildiği belirtilmiştir (6). Yakınmaların kronikleştiği durumlarda, cerrahi dekompresyon (nörolizis) önerilebilir ancak, çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlandığı bilinmektedir. Spinal orijinli olduğu durumlarda, epidural steroid enjeksiyonu faydalı olabilir (2,4).

Olgu

52 yaşındaki B.Ö adlı kadın hasta (öğretmen), yaklaşık 25 gün önce egzersiz sonrası ani bir şekilde sol uyluk lateralinde uyuşma ve son zamanlarda yürümekle sol dize de yayılan yanma tarzında, istirahatte de süregelen ağrı ile merkezimize başvurdu. Bel ve kalça ağrısı yoktu. Valsalvae manevrasıyla ve öne eğilmekle yakınması artmıyor, oturmakla rahatladığını ifade ediyordu. Bu yakınmalarla gitmiş olduğu özel bir poliklinik doktoru tarafından lomber disk hernisi tanısıyla myorelaksan, NSAİİ ve istirahat önerilmişti. Hasta, önerilen tedaviyi 3 hafta kadar uyguladıktan sonra, fayda görememesi üzerine, merkezimiz polikliniğine başvurmuştu. Tekerlekli sandalye ile getirilen hastanın yapılan muayenesi sonrasında; sol uyluğundaki çok şiddetli ağrısı ve ağrıya bağlı yürüyeme yakınmaları nedeniyle tetkik ve tedavisi için kliniğimize yatışı uygun görüldü.

Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinin sorgulamasında özellik yoktu. Sistemik muayenesi doğaldı. Lokomotor sistem muayenesinde; lomber bölgede lordozu azalmış olup, bilateral paravertebral kas spazmı mevcuttu. Paravertebral kas ve processus spinosus duyarlılığı yoktu. Lomber fleksibilitesi 5 cm ve hareket sonu ağrılıydı. Lomber bölge ekstansiyonu ve lateral fleksiyonları tama yakın ve hareket sonu ağrılıydı. Düz bacak kaldırma testi (-/-), Laseque testi (-/-) idi. Kalça muayenesinde deformite, duyarlılık, ısı artışı yoktu. Kalça hareketleri tam ancak solda ekstansiyon ve abduksiyonu ağrılıydı. Sakroiliyak germe ve kompresyon testleri (-/-) idi. Patrick testi (-/-), femoral sinir germe (FSG) testi solda (+) idi. Diz muayenesi doğaldı; ağrı, duyarlılık veya hareket kısıtlılığı yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Nörolojik muayenesinde; sol uyluk laterali ve anteriorunda hipoestezi ve parestezi, sol diz ekstansiyonunda 1/5'lik güç kaybı mevcuttu. Derin

tendon refleksleri normaldi, patolojik refleksi yoktu. Sol kuadriseps (patella üst kenarından 10 cm yukarısı), sağa göre 2 cm. atrofikti. Laboratuvar incelemesinde; ESR:11mm/saat, Hemogram: WBC=4.8 K/uL, RBC=4.74 M/uL, Hb=13.4 g/dL, Hct=39.6 %, Plt=220 000 K/uL idi. TİT: dansite=1030, pH=5.5, idrar sedimentinde; 3-4 lökosit, 9-10 epitel mevcuttu. Rutin laboratuvar bakısında; SGPT=79 U/L, SGOT=98 U/L, AKŞ=83 mg/dL, Kr=0.3 mg/dL, ALP=105 U/L, Ca=9.4 mg/dL, P=2.4 mg/dL, Total Protein=7.2g/dL, Üre=41 mg/dL, Ürik asit=4 mg/dL, TG=150 mg/dL, Kolesterol=219 mg/dL, Alb=4.7 mg/dL. Radyolojik incelemede; 2 yönlü Lumbosakral grafide lordozda düzleşme, L₅-S₁ intervertebral aralıkta daralma ve hafif dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Pelvis grafisinde sakroiliyak eklemler açık, koksofemoral eklemler doğal olarak izlenmekteydi. Hastanın 20 gün önce çekilmiş lumbosakral MRG'de L₃-L₄ ligamentum flavum ve faset eklem hipertrofisi mevcuttu. L₄-L₅ ve L₅-S₁ düzeyinden geçen aksiyel kesitlerdeki nöral foramenler, solda osteofitlerin uzanımına ve posterior elemanlardaki hipertrofiye bağlı inferiordan bir miktar daralmıştı.

Tartışma

Yapılan muayene ve rutin tetkiklerin sonucunda elde edilen bulgular özetle; hastada sol uyluk lateral ve anteriorunda Vizüel Analog Skala (VAS) ile 9-10 şiddetinde yanma tarzında ağrı ve uyuşma, sol kuadrisepste 2 cm atrofi, diz ekstansiyonunda 1/5 güç azlığı, FSG testinde solda pozitiflik ve hastanın transaminazlarındaki yükseklik idi. Kuadrisepsteki atrofi, güç azlığı ve FSG testi pozitifliği ile L₂-L₃.L₄ kökünde, sol uyluktaki yanma ve uyuşma ile de L₂-L₃ kökünde bası oluşumu, akla ilk gelen tanılardı. Bu semptomları ortaya çıkarabilecek travma (lomber strain, kompresyon fraktürleri), dejeneratif hastalıklar (faset sendromu, herni diskal, kanal stenozu, kombine disk ve faset dejeneransı), spondilolistezis ve spondilolizis, kemik metabolizma hastalıkları, myofasial ağrı sendromu, yer kaplayan tümöral oluşumlar, enfeksiyonlar (vertebral osteomyelit ve diskitis), nonspinal organ (retroperitoneal, vasküler, pelvik) hastalıklarından yansıyan ağrılar ve psikonörotik bozukluklar da ayırıcı tanıda düşünülmeliydi. Lumbosakral MRI

sonucuna göre, L₄ kök basısını açıklayabilecek dejeneratif değişiklikler vardı. Bunlar; L₃-L₄ düzeyi ligamentum flavum ve faset eklem hipertrofisi, L₄-L₅ aksiyel kesitlerde diffüz bulging, disk sol lateral kesimde anüler yırtık ve bilateral nöral foramenlerde inferiordan minimal daralmaydı. Sol uyluk L₂-L₃ dermatomlarına uyan bölgedeki hipoestezi ve yanmaya, motor kayıp, atrofi ve refleks değişikliği eşlik etmediği için direkt olarak duysal sinirleri etkileyen bir nöropati (periferik sinir yaranması, tuzak nöropatisi, akut mononöropati) veya sadece duysal köke bir bası aranmalıydı (2,4,6). Lumbosakral MRI sonucuna ve mononöropati multipleks yapabilecek Diabetes Mellitus gibi bir metabolik hastalığı olmadığına göre tuzak nöropatisi daha öncelikle düşünülmeliydi. Ayrıca, hastanın kliniğe yatışına kadar geçen 3 haftalık süre içinde ağrı ve diğer semptomlarında düzelme olmaması, yatak istirahatine ve NSAII tedavisine tam yanıt alınmaması, akut lomber diskopati bulguları olan DBK testinin ve laseque testinin negatif oluşu da bu düşüncemizi desteklemekteydi. Bu bölge tuzak nöropatilerinden Meraljia Parestetika ön tanısıyla elektronöromyografi (ENMG) istendi.

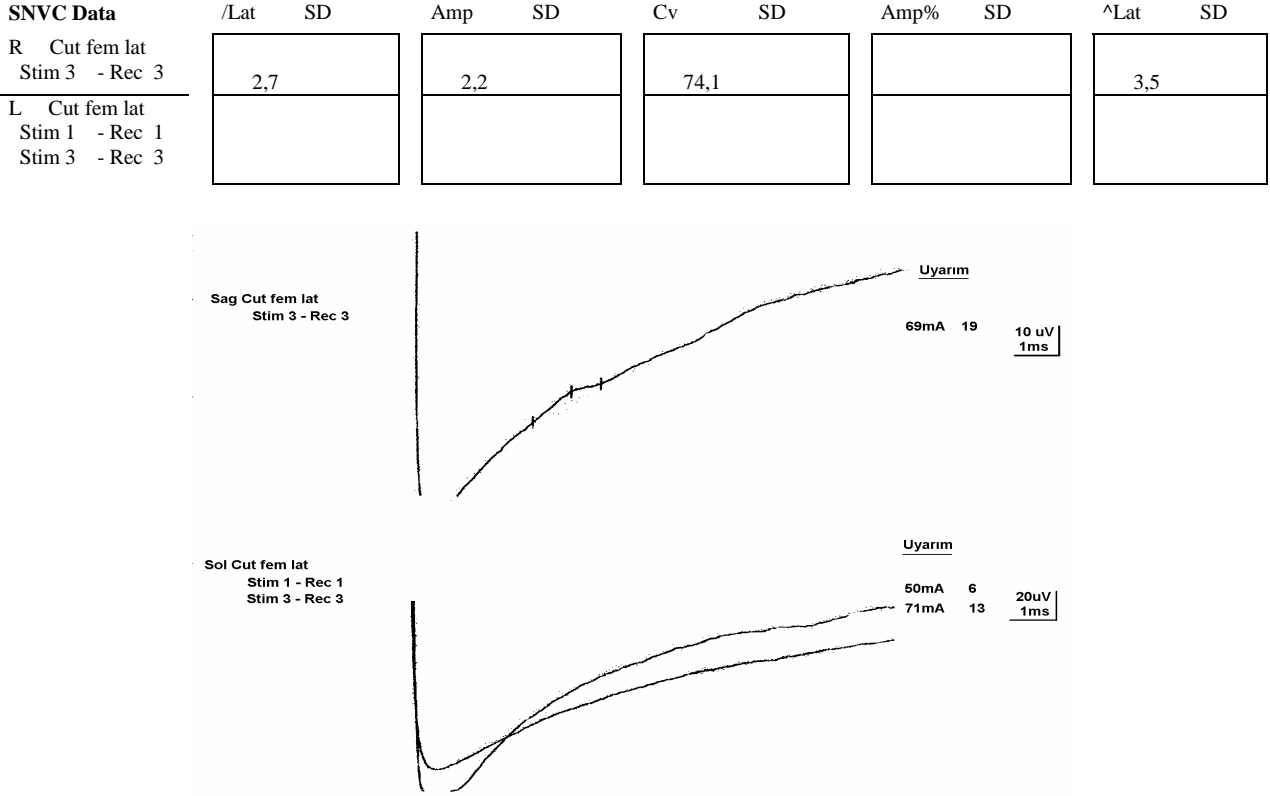
Elektronöromyografik incelemede, her iki lateral femoral kutanöz sinir uyarıldı. Solda yanıt elde edilemedi, sağda ise elde edildi. İğne EMG'de, M Vastus Lateraleste spontan denervasyon potansiyelleri gözlemlendi. İstemli kasıda sol M. Vastus Lateralis'de kronik nörojenik motor ünit potansiyelleri (MUP) ve katılımda hafif seyrelme mevcuttu. Sonuç olarak bu bulgular solda lateral kutanöz femoral sinir tutulumu ile giden Meraljia Parestetika ve L₃ kökünde kronik bir olayın üzerine eklenmiş akut alevlenme ile seyreden bir etkilene ile uyumluydu (Şekil 1).

Meraljia Parestetika; bir duysal sinir olan ve uyluğun ön dış yan yüzünü innerve eden lateral kutanöz femoral sinirin (L₂-L₃) inguinal ligamanın altından geçerken sıkışması sonucu gelişen klinik tablodur. Uyluk ön yan yüzdeki yanıcı ağrı, uyuşma, karıncalanma ve hipoestezi karakteristiktir. Tensor fasya lata içi veya psoas kası çıkışı sık olmayan tuzak bölgeleridir. Bu sinir tam bir duyu siniri olduğundan dolayı tuzak nöropatisinde motor defisit görülmez. Diğer bir çok sinir irritasyonları

veya tuzak nöropatilerinde olduğu gibi eğer sinir 'zaten hasta' ise, etkilenmeye daha yatkındır. Hamilelik veya obezite nedeni ile batin gerginliği, sıkı lomber korseler ve ani kalça hiperekstansiyonu gibi durumlar bu sinirin irritasyonuna sebep olur (7). Kilo verme, sıkı giyeceklerden kaçınma, inguinal ligaman seviyesine lokal steroid ve anestezi madde enjeksiyonları, amitriptilin ve karbamazepin gibi oral ilaçlar tedaviyi oluşturmaktadır. Son seçenek nörolizis olup, sonuçları yüz güldürücü değildir (1,4).

Meraljia Parestetika'lı olgunun kliniğe yatışının ilk gününden itibaren, semifowler pozisyonunda yatak istirahati, bel koruyucu önlemler, etkilenen sinir traselerine TENS, termal havuzda hidroterapi (38°C de, 20 dk/gün) ve lombere izometrik egzersiz uygulandı. Tanının konduğu 3. günde anterior superior iliak çıkıntının tam medialine 1cc triamcinolone acetone (40 mg amp)+3cc %0.5'lik Prilocain (flakon)+2cc serum fizyolojik enjeksiyonu yapıldı. Kliniğe yatışının 10. gününde hastanın sol uyluk lateralindeki ağrı ve uyuşma %80 oranında azaldı. Hasta rahatlıkla dik durabiliyor, bağımsız yürüyebiliyordu. Transaminazları normale dönmüştü (SGOT:42 U/L, SGPT:35 U/L, GGT:30 U/L).

Tuzak nöropatilerinde enjeksiyon tedavisi, akut ağrıyı azaltmak, hastanın kısa sürede ayağa kalkmasını sağlamak, rehabilitasyon programına katılımını desteklemek, analjezik kullanımını azaltmak gibi nedenlerle uygulanabilir (2,4). Steroid enjeksiyonu, hasarlı bölgeyi besleyen periferik sinirde nosiseptif duysal liflerin fonksiyonunu durdurarak, ağrıya eşlik edebilen kas spazmindan sorumlu anormal reflekslerin afferent dalını da etkileyerek, ağrı ve spazmı azaltır. Afferent nosiseptif yolun bloğu için, beraberinde lokal anestezi ajanlar da kullanılabilir. Bu olguda uygulanan fizik tedavi yöntemlerinden hidroterapi, ısı ve mekanik etkisiyle (hidrostatik basınç, viskozite, dansite), cilt altı yumuşak dokularda ağrıyı azaltma (mekanik irritasyon mekanizması) ve artmış kas spazmıyla birlikte olan kas iskemisini azaltma (vazodilatasyon) amacına yöneliktir (8). TENS, stimüle ettiği β-lifleri aracılığıyla nosiseptif A-delta ve C liflerini inhibe etmekte, dolayısıyla analjezik amaçlı kullanılmaktadır. Lomber bölgeye uygulanan izometrik egzersiz ise,



Şekil 1. Meralgia Paresthetica'lı hastanın elektronöromyografik incelemesi.

gövde ve proksimal ekstremite kaslarının hızlı ve risk içermeyen gemesi ve kas gücünün korunması için uygulanır (2,4).

Tuzak nöropatilerinde, periferik sinirin hasarlanmasına sebep olan kompresyonun mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. 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. Çoğunlukla sinovit ve tenosinovit yapan romatolojik bozukluklar ve fokal nörolojik defisit yaptığı için vaskülit, radikülopati durumlarıyla ayırıcı tanısının yapılması gerekir (4,7). Çoğunlukla bu vakada olduğu gibi daha sık rastlanan ve bilinen radikülopati birlikteliği, olayın kendisini maskeleyen veya esas patoloji gözden kaçmaktadır. Düzelmeyen veya kısmen düzelen bel-bacak ağrılarında ve semptomların tamamıyla radikülopati ile açıklanamadığı durumlarda, predispozan faktör de var ise, tuzak nöropatilerinden Meralgia Paresthetica'nın düşünülmesi yerinde olur. Böylelikle, çok sayıda yan

etkiye sahip olan NSAI'ların ısrarlı bir şekilde kullanılması önlenmiş olduğu gibi, tedavisi basitçe mümkün olabilen benzer durumlar, hasta ve hekimin memnuniyetiyle sonuçlanmış olur.

KAYNAKLAR

1. Dawson DM, Hallet M, Millender LH. Lateral femoral cutaneous nerve entrapment. In: Entrapment neuropathies, 2E. Boston: Little and Brown; 1990:301-5
2. Nashel DJ. Entrapment neuropathies. In: Rheumatology by Klippel and Dieppe 2000;5:19:5-6
3. Erbil KM, Sargon FM, Şen F et al. Examinations of the variations of lateral femoral cutaneous nerves. Anat Sci Int 2002;7(4):247-9
4. Erbay H. Meralgia Paresthetica: diagnosis and treatment. (Review) J Am Acad Orthop Surg. 2001 9(5):336-11
5. Ferrá 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
6. Erbay H. Meralgia Paresthetica in differential diagnosis of low back pain. Clin J Pain 2002;18(2):132-5
7. 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
8. Karagülle Z. Kaplıca Tedavisi, Balneoterapi, Hidroterapi. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (ed). Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 2000:893-6

Geliş Tarihi: 20.08.2003

Yazışma Adresi: Dr.Alev AY

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi
Kükürtlü Kaplıcaları, 16080,BURSA
ay_alev@hotmail.com