

Lomber Radikülopatiyi Taklit Eden Meraljia Parestetika: Üç Olgu Sunumu

Meralgia Paresthetica Mimicking Lumbar Radiculopathy: A Report of Three Cases

KONURALP İLBAY, ÇETİN EVLİYAOĞLU, SAVAŞ CEYLAN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı
41900 Derince-KOCAELİ

Geliş Tarihi: 9.2.2001 ⇔ Kabul Tarihi: 24.4.2001

Özet: Yanlış olarak lomber radikülopati tanısı konulan meraljia parestetikali üç olguyu sunuyoruz. Üst lomber radikülopati klinik tanısı alan hastalarda, motor ve refleks defisitleri yoksa, meraljia parestetika tanısı düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Lomber radikülopati, Meraljia parestetika

Abstract: We describe three patients with meralgia paresthetica who were given the misdiagnosis of lumbar radiculopathy. In patients with the clinical diagnosis of upper lumbar radiculopathy without motor and reflex deficits, the diagnosis of meralgia paresthetica should be considered.

Key words: Lumbar radiculopathy, Meralgia paresthetica

GİRİŞ

Meraljia parestetika lateral femoral kutaneus sinirinin (LFKS) sıkışmasına bağlı olarak uyluk anterolateral bölgesinde ağrı ve dizestezi ya da her ikisinin birlikte bulunmasıyla seyreden bir sendromdur. Hastalar genellikle uyluğun anterior ve lateral kısmında yanıcı tarzda ağrı ve paresteziden yakınır. Bu nörolojik sendrom sıklıkla lomber radikülopatiyi taklit eder. Bazen hafif derecede disk protrüzyonunun da bulunduğu olgularda yanlışlıkla lomber disk hernisi tanısı konularak laminektomi ve diskektomi ameliyatı yapılabilir. Bu yazıda meraljia parestetikali üç olguyu sunuyoruz. Bunlardan biri lokal anestezi ve metilprednizolon enjeksiyonuyla konservatif olarak tedavi edilmiş, diğer iki olguya ise LFKS'ini kesmek suretiyle cerrahi tedavi uygulanmıştır.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1: Sağ uyluk anterolateral kısmında uyuşukluk ve ağrı yakınması olan 35 yaşındaki obez olmayan kadın hastaya, kliniğimize başvurusundan iki ay önce çekilen lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde, L2-3 düzeyinde minimal disk kabarıklığı saptanarak, laminektomi ve diskektomi yapılmıştır. Ameliyat sonrası dönemde yakınmalarının geçmemesi üzerine kliniğimize başvurmuştur. Ayrıntılı öyküde ağrısının devamlı ve yanıcı tarzda olduğu, kalça ekstansiyonu, ayakta durma ve yürümeyle yakınmalarının arttığı öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede sağ uyluk anterolateral kısmında hipoestezi saptandı, bu hipoestezi dizden aşağıya inmiyordu. Motor güçsüzlük yoktu, derin tendon

refleksleri ve sinir germe testleri normal olarak değerlendirildi. Ayrıca spina iliaca anterior superiorun mediali palpasyonla duyarlı idi ve yüzeysel enfeksiyon, kitle ya da skar dokusu yoktu. Herhangi bir karın içi ya da pelvik kitle olasılığı nedeniyle çekilen ultrasonografi normaldi.

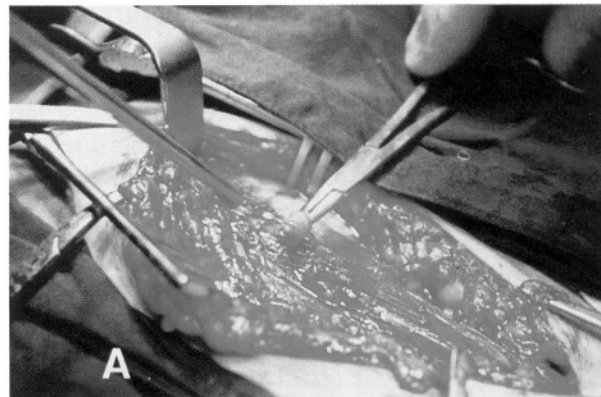
On gün süreyle uygulanan non steroid anti inflamatuvar (NSAİ) ilaç tedavisi, semptomlarda belirgin gerileme sağlamadı. Marcaine (% 0.5'lik solüsyonundan 5 cc) ve metilprednizolon (1 cc) ile tanısal LFKS bloku uygulandı. Semptomlarda geçici düzelme oldu, ancak toplam beş kez tekrarlanan enjeksiyonlara rağmen kalıcı iyileşme elde edilmemesi üzerine cerrahi tedavi uygulandı.

Operasyon

Genel anestezi altında spina iliaca anterior superiorun hemen üstünden ve medialinden başlayıp, inguinal ligamenti çaprazlayarak aşağıya, anterior uyluk bölgesine uzanan S şeklinde cilt



Şekil 1: LFKS'nin pelvisi terkettiği yerde sıkıştığı görülüyor.



insizyonu yapıldı. Diseksiyona, insizyonun alt ucu hizasından başlandı. Sartorius kasının anterior sınırında fasia lata insize edildi ve bu insizyon inguinal ligamente doğru rostral olarak uzatıldı. LFKS, sartorius kasının anterior sınırında bulundu. Sıkışmanın sinirin pelvisi terk ettiği yerde olduğu görüldü (Şekil 1). Sinir inguinal ligamentin biraz uzağından kesildi ve bir hemostatik forseps traksiyon altında sarılarak inguinal ligamentin hemen distalinden tekrar kesilerek çıkarıldı (Şekil 2 a ve b). Postoperatif dönemde hastanın semptomları kayboldu, ancak sinirin kesilmesine bağlı olarak uyluk anterolateralinde anestezi vardı.

Olgu 2: Elli yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık 6 aylık bel ağrısı ve sol uylukta uyuşma yakınmasıyla başvurdu. Lomber MRG'de L2-3 düzeyinde disk kabarıklığı vardı. Muayenesinde motor güçsüzlük saptanmadı. Sol uyluk anterolateral bölgede hipoestezi vardı ve femoral sinir germe testi pozitif. Sol spina iliaca anterior superior mediali palpasyonla ağrılı ve duyarlı idi. NSAİ ve kas gevşetici ilaçlarla yapılan tıbbi tedaviden yarar görmedi. Hastaya günde iki kez sol inguinal bölgeye buz uygulaması önerildi. Bu uygulama ile hastanın yakınmalarının geçici olarak azalması üzerine belirli aralıklarla tekrarlanan lokal anestetik ve steroid enjeksiyonu yapıldı. Tüm bu konservatif yaklaşımlara rağmen hastanın semptom ve bulguları kaybolmayınca, birinci olguda uygulanan cerrahi girişim yapılarak LFKS kesildi. İki yıllık izlemde hastanın sol uyluk anterolateralinde uyuşukluk dışında semptomu yoktu.

Olgu 3: Ellibeş yaşında obez kadın hastanın 8 aydır bel ağrısı ve son 5 aydan beri de sol uyluk



Şekil 2 a ve b: LFKS inguinal ligamentten biraz uzakta kesildikten sonra, bir hemostatik forseps traksiyon altında sarılarak ligamentin hemen distalinden tekrar kesiliyor.

anterolateralinde ağrı ve uyuşukluk yakınması vardı. Hasta daha önce bir fizik tedavi uzmanı tarafından görülmüş, Lomber MRG'si çekilmiş ve L3-4 düzeyinde santral yerleşimli hafif disk kabarıklığı saptanması üzerine konservatif tedavi verilmişti. Bu tedaviden yarar görmemesi üzerine kliniğimize başvuran hastanın muayenesinde sol spina iliaka anterior süperiorunun mediali palpasyonla duyarlı ve ağrılı idi. Sol uyluk anterolaterali ile sınırlı hipostezi vardı. Sinir germe testleri ve derin tendon refleksleri normal bulundu. Abdominal ultrasonografide patoloji saptanmadı.

Diğer hastalarda uygulanan tanısal LFKS bloku bu hastada da tekrarlandı ve hastanın yakınmaları azaldı, fakat kalıcı iyileşmenin sağlanması için 6 aylık bir süre içinde enjeksiyonu beş kez yapmak gerekti. İki yıllık izleme sonunda hasta halen semptomsuz idi.

TARTIŞMA

Meraljia parestetika, Bernhardt-Roth sendromu olarak da bilinir. LFKS pür bir sensoryal sinir olup aynı tarafta L2 ve L3 köklerinden orijin alır. İnguinal ligamentin 4 cm kadar aşağısından fascia latayı deler. Sinir, iki dala ayrılır. Anterior dalı uyluk lateralinin dize kadar olan kısmının cildini innerve eder. Daha küçük olan posterior dal, trokanter majörden başlayıp, anterior dalın innerve ettiği yere kadar olan bölgenin cildinin duyusunu taşır.

Meraljia parestetikanın etiyojisinde birçok faktör rol oynar. En sık nedenler obezite, sıkı giysiler, cerrahi iatrojenik faktörler, gebelik, diabetes mellitus, abdominal veya pelvik kitleler, dar kemerler ve karında asit birikimidir (3, 4, 6, 12). By pass cerrahisinden sonra, pelvik inflamatuvar hastalık sonrası, hipotiroidizm, sistemik skleroz ve kaza ile kendi kendine enjeksiyon yapmaya sekonder meraljia parestetika geliştiğine ilişkin olgu bildirimleri de vardır (1, 5, 7, 9, 10). Bizim olgularımızdan üçüncüsü obez olup, ikinci olgu uzun süre sıkı kemer kullanan bir polis memurudur.

Sinirin sıkışmasının en sık karşılaşılan mekanizması, hasta ayakta dik pozisyonda iken fascia lata tarafından sinirin aşağıya doğru traksiyonudur. Hastalar en fazla bu pozisyonda semptomatiktirler (8).

Meraljia parestetikanın klinik tanısı şu semptom ve bulgular temelinde yapılır: 1)Parestezi 2)Uyuşukluk 3)Yanma hissi 4)Dizestezi 5)Uyluk anterolateralinde ağrı 6)Semptomların kalça ekstansiyonu, ayakta durma veya yürüme ile şiddetlenmesi 7)İnguinal ligamentin proksimalinde, distalinde veya ligament boyunca ve pelvik çıkıntıda kuvvetli palpasyonla lokalize duyarlılık olması ve semptomların şiddetlenmesi (2, 4). Lokal duyarlılığın olduğu noktaya 5-10 cc lokal anestezi enjeksiyonu semptomları azalttığından tanıyı da sağlamış olur ((12).

Patolojinin kesinleşmesi elektromyografi ve sinir iletim hızı çalışmalarıyla sağlanabilir, fakat çoğu olguda bu testler gereksizdir ve bazen uygulamak hem güç hem de yararsız olabilir (8).

Meraljia parestetika ile en sık karışan durum, benzer semptomatolojiden dolayı üst lomber radikülopati sendromudur (4, 12). Meraljia parestetikada nörolojik disfonksiyon yalnızca sensoryaldır ve etkilenen bölge uyluk anterolaterali ile sınırlıdır. Motor güç kaybı veya refleks değişikliği yoktur. Bilgisayarlı tomografi ve MRG herhangi bir kök basısı olasılığını dışlamak için uygulanmalıdır. Meraljia parestetikalı hastalarda üst lomber düzeylerde hafif veya orta derecede disk kabarıklığı saptanmasının, dikkatin buraya yönelip primer patolojinin gözden kaçırılmasına neden olabileceği unutulmamalıdır.

Konservatif tedavi mekanik veya postüral sorunların çözülmesi (kilo vermek, dar elbise veya kemerler kullanmamak gibi), NSAİ ilaçlar ve inguinal bölgeye buz uygulanması gibi yöntemleri içerir ve hastaların çoğunda etkili olur. Lokal anesteziyle blok hem tanıyı koydurur, hem de kalıcı iyileşme sağlayabilir (4). Tek bir enjeksiyonla semptomlarda uzun süreli azalma sağlandığı bildirilmekle birlikte (4, 11), Dureja ve arkadaşları bazı olgularda beşten fazla enjeksiyonla bile düzelme elde edilemediğini belirtmişlerdir (2). Bizim cerrahi tedavi uygulamadığımız olgumuzda beş kez enjeksiyonla hastanın semptomları kaybolmuş ve rekürrens görülmemiştir.

Eğer konservatif yöntemler yetersiz kalırsa cerrahi tedavi önerilmektedir (11). İlk iki olgumuzda cerrahi tedavi gerekmiştir. Uygulanan cerrahi yöntemler, iki ana gruba ayrılır: 1) Yalnızca sıkışan

dokunun nörolizisi 2) LFKS'nin bir kısmının eksizyonu ile nörektomi (8). Nörolizis ve sinirin transpozisyonu önerilmemektedir, çünkü sinir pelvis içinde iliak fasia tarafından kuşatılmıştır ve sinirin medial olarak hareketi pelvis içindeki proksimal kısmında sinirin seyri değişmeyecektir. Transpozisyon kıvrılmaya neden olabilir, çünkü proksimal parça iliak fasia ile kuşatılmıştır ve iliak kasa karşı sıkıca tutunmuştur (8). Williams ve Trzil'e göre bizim de iki olgumuzda uyguladığımız LFKS'nin kesilmesi düşük rekürrens oranı olan ve daha geçerli alternatif bir yoldur (12).

Sonuç olarak, üst lomber radikülopati klinik tanısı almış olan hastalarda MRG'de disk aralığında kabarıklık olsa bile, eğer semptomlar LFKS'nin dağılım sahasına uyuyorsa meraljia parestetika tanısı da düşünülmelidir. Eğer nörolojik muayenede motor ve refleks defisiti yoksa ve semptomlar kalça ekstansiyonu ile şiddetleniyorsa, LFKS bloku da semptomları hafifletiyorsa o zaman meraljia parestetika tanısı sağlanmış olur. Konservatif yöntemler yetersiz kalırsa cerrahi tedavi uygulanmalıdır. En uygun yöntem LFKS'nin kesilmesidir.

Yazışma adresi: Konuralp İlbay
Kocaeli Üniversitesi
Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı
41900 Derince-Kocaeli
Tel:0262 2335980/391
e-mail:konuralpilbay@turk.net

KAYNAKLAR

1. Auriacombe M, Dhopes V, Yagnik P: Meralgia paresthetica syringectica. JAMA 265:2807-2808, 1991
2. Dureja GP, Gulaya V, Jayalakshmi TS, Mandal P: Management of meralgia paresthetica: A multimodality regimen (letter). Anesth Analg 80: 1060-1061, 1995
3. Flowers RS: Meralgia paresthetica: a clue to retroperitoneal malignant tumor. Am J Surg 116: 89-92, 1968
4. Kallgren MA, Tingle LJ: Meralgia paresthetica mimicking lumbar radiculopathy. Anesth Analg 76: 1367-1368, 1993
5. Kaufman J, Canosso JJ: Progressive systemic sclerosis and meralgia paresthetica. Ann Intern Med 105: 973, 1986
6. Massey EW, O'Brian JT: Mononeuropathy in diabetes mellitus. Postgrad Med 65: 128-138, 1979
7. Parsonnet V, Karasakalides A, Gielchinsky I, Hochber M, Hussain SM: Meralgia paresthetica after coronary bypass surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 74: 219-221, 1991
8. Rengachary SS: Entrapment neuropathies, Wilkins RH, Rengachary SS (eds), Neurosurgery, cilt 3, ikinci baskı, NewYork: Mc Graw Hill, 1996: 3073-3098 içinde
9. Stewart JD: Bilateral meralgia paresthetica and PID. Can Med Assoc J 143: 90, 1990 10.Suarez G, Sabin TD: Meralgia paresthetica and hypothyroidism. Ann Intern Med 112: 149, 1990
11. Tindall SC: Chronic injuries of peripheral nerves by entrapment, Youmans JR (ed), Neurological Surgery, cilt 4, üçüncü baskı, Philadelphia: WB Saunders, 1990: 2511-2542 içinde
12. Trzil KP, Williams PH: Management of meralgia paresthetica. J Neurosurg 74: 76-80, 1991

Periferik sinir yaralanmalarında Seddon ve Sunderland sınıflamalarının kıyaslanması:

<u>Seddon</u>	<u>Sunderland</u>
Nöropraksia	1. derece
Aksonotmesis	2. derece
Aksonotmesis/nörotmesis	3. derece
Nörotmesis	4. derece
Kesilmiş sinir	5. derece