



<sup>1</sup> C. Eren CANSÜ

<sup>2</sup> İstemi YÜCEL

<sup>3</sup> Kutay ÖZTURAN

## **Meraljiya Parestetika: Bir Polis Memurunda Olgu Sunumu**

### **Meralgia Paresthetica: Case Report in a Policeman**

#### **ÖZET**

Meraljiya parestetika lateral femoral kutanöz sinirin sıkışması sonucunda klinikte uyluk anterolateral kısmında değişen şiddette yanma, karıncalanma, hissizlik, keçeleşme gibi sensoryel şikayetlerle ve nadiren ağrı ile kendini gösteren semptomlar kompleksidir. Genellikle konservatif tedavi ile başarılı sonuçlar alınmakta, nadiren de cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Bu makale ile bir polis memurunda konservatif olarak tedavi edilen bir meraljiya parestetika olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Meraljiya parestetika, lateral femoral kutanöz sinir, sinir sıkışması

#### **SUMMARY**

Meralgia paresthetica is a symptom complex resulting from entrapment of the lateral femoral cutaneous nerve presenting itself with paresthesia, burning sensation, dysesthesia, numbness, and rarely with pain in the anterolateral thigh. Generally with conservative treatment results are satisfactory, and surgery is rarely indicated.

In this study a case of meralgia paresthetica in a policeman which was treated conservatively is presented.

**Key words:** Meralgia paresthetica, lateral femoral cutaneous nerve, nerve entrapment

#### **GİRİŞ**

Meraljiya Parestetika (MP), lateral femoral kutanöz sinirin (LFCN) mononöropatisidir (1, 2). Tamamen sensöryel olan bu sinir uyluğun anterolateralini innerve eder (1). MP bu sinirin yolu üzerinde herhangi bir yerde sıkışması sonucunda klinikte uyluk anterolateral kısmında değişen şiddette yanma, karıncalanma, hissizlik, keçeleşme gibi sensoryel şikayetlerle ve nadiren ağrı ile kendini gösteren semptomlar kompleksidir. İnsidansı yılda 10 000'de 4.3 olarak bildirilmiştir (1).

LFCN, lomber 2 ve 3'ün arka köklerinden kaynak alır. Psoas kasının arkasından geçerek iliacus kasına girer ve çaprazlayarak spina iliaca anterior superiora (SIAS) yönelir, inguinal ligamentin lateral ucunun derininde sartorius kasının üzerinden SIAS'ın inferomedialinden uyluğa girer, yüzeyelleşerek fasya lata üzerinde dağılarak uyluğun anterolateralinin duyusunu alır (3). SIAS'ın komşuluğundaki bu bölge sinirin yüzeyel olması nedeniyle direkt basıya özellikle sık maruz kaldığı yerdir (3).

Etiyoloji konusunda kesin bir görüş birliği yoktur, iki farklı mekanizma öne sürülmüştür (1). Birincisi sinirin basıya maruz kalmasıdır. Bası yapan patolojiler arasında özellikle obezite, sıkı giysi, korse, breys kullanımı, emniyet kemeri yaralanması yer almaktadır. Her ne kadar sinire pelvis ve abdomen içinde bası (lomber disk herniasyonu, retroperitoneal tümörler, psoas kasının aşırı ekartasyonu) sonucuyla da şikayetlerin geliştiği gösterilmişse de bunlar nadir nedenler arasındadır. İkincisi ise sinirin tuzaklanmaya meyilli olmasıdır (1).

Çeşitli cerrahi işlemler de sinirde iyatrojenik yaralanmalara yol açabilmektedir. LFCN'nin iliak kanattan greft alınması, laparoskopik kolesistektomi ve

<sup>1</sup> Universal Hospital Kadıköy  
Alman Hastanesi Ortopedi  
Travmatoloji ve Mikrocerrahi  
Kliniği. İstanbul

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Ortopedi ve  
Travmatoloji AD. Düzce,

<sup>3</sup> Abant İzzet Baysal  
Üniversitesi İzzet Baysal Tıp  
Fakültesi Ortopedi ve  
Travmatoloji AD. Bolu

**Submitted/Başvuru tarihi:**

01.06. 2009

**Accepted/Kabul tarihi:**

21. 10. 2009

**Registration/Kayıt no:**

09 06 39

**Corresponding Address  
/Yazışma Adresi:**

**İstemi YÜCEL**

**E-Mail:**

**istemiyucel@yahoo.com**

**Tel: 90 – 380 5421390**

**Fax: 90 – 380 5421387**

© 2010 Düzce Medical Journal  
e-ISSN 1307- 671X  
www.tipdergi.duzce.edu.tr  
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

herniorafi, alt abdominal ve pelvik insizyonlar esnasında hasarlandığı bildirilmiştir (3).

Bu olgu sunumu ile bir polis memurunda belinde silah taşıma ile gelişen bir meraljiya parestetika olgusu sunulmuştur.

### **OLGU**

42 yaşında bir erkek polis memuru hasta 1,5 yıldır mevcut olan, özellikle son 3 aydır artan sağ uylukta uyuşma, karıncalanma, hissizlik, keçeleşme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sağ alt ekstremitesinin diğer bölgelerinde ve belinde benzer şikayetleri olmayan hasta kilolu olup sağ tarafta, çalışma şartlarına göre sağ iliak kemiğe dayanacak şekilde kemere takılı veya pantolon içinde iki farklı şekilde tabanca taşıdığını ifade etmiştir.

Hastanın fizik muayenesinde lomber disk patolojisi yönünden özellik saptanmadı; lomber bölge presyonla ağrısız, düz bacak kaldırma ve Laseque testleri negatif, derin tendon refleksleri normal bulundu. Sol uyluk proksimal anterolateral bölge cildinde hipoestezi ve parestezi saptandı. Uyluk kaslarında kuvvet kaybı veya atrofi yoktu. Laboratuvar ve radyografik tetkikleri özelliksizdi.

Hastaya MP öntanısı konarak istenen EMG sonucunda LFCN duysal ileti distal latansının uzun ve amplitüdünün düşük olması tanıyı destekledi.

Hastanın şikayetlerine kilosunun ve 8 yıldır taşıdığı tabancanın ağırlığı ile kemerinin SİAS üzerine bastırmasının yol açtığı düşünüldü. Oral nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç (nsaii) başlanan hastaya tedavinin ana komponentinin kilo vermesi, silah taşımaması ve kemer takmaması olduğu izah edildi.

Yaklaşık 14 ay sonraki son kontrolde hasta, önerilere genelde uyduğunu, yaklaşık 12 kg zayıfladığını ve şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığını belirtti. Fizik muayenede his kusuru saptanmadı.

### **TARTIŞMA**

Sol uyluk anterolateralinde uyuşma, karıncalanma, hissizlik, keçeleşme şikayeti ile kliniğimize başvuran hastada MP öntanısı, uygulanan EMG tetkiki ile teyit edilerek kesinleştirildi. Konservatif olarak tedavi uygulanan hastanın 14. aydaki kontrolünde şikayetlerinde tam düzelme görüldüğü belirlendi.

MP tanısı anamnez ve fizik muayene ile konulur. Uyluğun anterolateralinde yanıcı ağrı, uyuşma, karıncalanma ve hipoestezi karakteristiktir ve temel nörolojik muayene ile parestezi bulgularının saptanması MP tanısını destekler. Kotler (4) hastanın neredeyse bilinçsiz ve kontrolsüz bir şekilde bacağını ovuşturmasının hemen hemen patognomonik bir bulgu olduğunu, devamlı sürtmeye bağlı olarak ta

bölgesel alopesinin görülebileceğini belirtmiştir (5). Elektrodiagnostik test olarak duysal sinir iletim hızı (SNCV) ve somatosensöryel-uyarılmış potansiyel (SEP) uygulanır. LFCN sensoryel sinir olduğundan EMG’de motor sinire ait bulgular beklenmez. Büyük myelinize fiber tutulumunun yanında özellikle uzun süreli hastalık varlığında ağrı ileten küçük fiberlerde de tutulum görülür (6). Bununla birlikte MP öntanısı ile EMG tetkiki istenen hastaların sadece %39’unda teşhisin doğrulandığı da bildirilmiştir (7). EMG ile MP tanısı desteklenmeyen hastalarda ise LFCN’ye diagnostik blok uygulanarak teşhisin doğrulanması önerilmektedir (8).

MP’nin bildirilen 80’e yakın etyolojisi olmakla birlikte genellikle spontan veya iatrojenik olarak sınıflandırılır (5). Spontan sebepler mekanik ve metabolik olarak ikiye ayrılır. Mekanik sebepler arasında şişmanlık, hamilelik gibi intraabdominal basıncı arttıran nedenler (9), dar giysi, dar kemer ve korse kullanımı (10), kemerde kılıf ile tabanca taşınması (11), pelvik kitleler (12) sayılabilir. Metabolik faktörler arasında ise kurşun zehirlenmesi, alkolizm ve diyabet bulunur (13).

İatrojenik sebepler olarak pelvik osteotomi (14), omurga cerrahisi (15), iliak kemikten greft alınması (5), laparoskopik cerrahi (16) bildirilmiştir.

Ayırıcı tanıda akla ilk gelmesi gereken lomber disk patolojileridir. Direkt bası yapan nedenler haricinde sinire SİAS proksimalinde bası yapan asit, hamilelik, kitle gibi pelvis-batın içi hadiseler veya çeşitli cerrahi girişimlerin sonucunda meydana gelen iatrojenik yaralanmalar özellikle konservatif tedaviye cevap vermeyen vakalarda düşünülmelidir. Şüphede kalınması halinde pelvis-batın USG, BT, MR veya lomber MR tetkikleri tanıda kullanılan diğer metodlardır.

MP tedavisinde konservatif metodlar genellikle yeterli sonuç verir (3). Konservatif tedavide ana yol bası yapan etkenin uzaklaştırılmasıdır. Obez hastaların kilo vermesi, SİAS çevresini sıkıştıran dar giysi ve kemerlerin kullanılmaması, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar, gabapentin (17) önemlidir. Sonraki basamak lokal anestezi ve steroid enjeksiyonudur ki hem tanıyı kesinleştirmek hem de tedavi amacıyla kullanılabilir. Ecker ve Woltmann konservatif tedavi ile 2-yıllık takip sonunda başarı oranını %67, Williams ve Trizl ise %91 olarak bildirmişlerdir. 79 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada başlangıçtaki konservatif tedaviye 21 hastanın cevap verdiği, 48 hastaya lokal kortikosteroid enjeksiyonu yapıldığı, 3 hastanın cerrahi olarak tedavi edildiği, toplam 72 hastada ortalama 3 yıllık takip sonunda nüks görülmediği

bildirilmiştir (18).

Konservatif tedaviye dirençli durularda yukarıda bahsettiğimiz ayırıcı tanı önem kazanmaktadır. Belirtilen patolojilerin saptanmaması halinde sıra cerrahi tedavidedir. Nöroliz, nörolizle beraber transpozisyon ve rezeksiyondan oluşan cerrahi seçeneklerin herhangi biri üzerinde konsensus sağlanmamıştır (3,5). Bununla birlikte cerrahi tedavide sinirin anatomik varyasyonlarının mutlaka göz önünde bulundurulması gerekmektedir (19).

Bizim vakamız MP tanısı ile izlenen literatürdeki tabanca taşımaya bağlı 3. polis memuru hastadır (4,11). Kotler (4), bir bayan polis memurunda MP'nin ağır silah kemeri nedeniyle olduğunu düşünmüş; nsaii ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon uyguladığı hastanın kemerini de modifiye etmek suretiyle şifa sağladığını belirtmiştir. Korkmaz ve Özçakar (11), vaka sunumlarında, erkek polis memurunda bilateral MP teşhis edip konservatif tedavi (nsaii kullanımı, kemer ve silah taşıma pozisyonunun değiştirilmesi) uygulamışlardır. Aynı tedavi ile bizim olgumuzda da hastanın şikayetlerinde tam düzelme sağlamıştır.

MP'nin sık görülen ancak bir o kadar da tanı konulamayan bir durum olmasından dolayı literatürdekilerin haricinde vakaların olması kuvvetle öngörülebilir. Dar ve özellikle ağır kemer taşıyan meslek gruplarında, belirtilen şikayet ve bulgular öncelikle MP'yi akla getirmelidir.

Sonuç olarak MP nadir görülen, uyluk anterolateral kısmında değişen şiddette yanma, karıncalanma, hissizlik keçeleşme ve ağrı gibi sensoryel şikayetlerle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, tanısı kolaylıkla konulabilen ve erken konservatif tedavi ile başarılı sonuçlar alınabilen bir hastalıktır.

#### KAYNAKLAR

1. Van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RM, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. *J Neurol.* 251:294-7, 2004.
2. Otoshi K, Itoh Y, Tsujino A, Kikuchi S. Case report: meralgia paresthetica in a baseball pitcher. *Clin Orthop Relat Res.* 466:2268-70, 2008.
3. Ivins GK. Meralgia paresthetica, the elusive diagnosis: clinical experience with 14 adult patients. *Ann Surg.* 232:281-6, 2000.
4. Kotler D. Meralgia paresthetica. Case report in policewoman. *JAAPA.* 13:39-42, 47, 2000.
5. Harney D, Patijn J. Meralgia paresthetica: diagnosis and management strategies. *Pain Med.* 8:669-77, 2007.
6. Schestatsky P, Lladó-Carbó E, Casanova-Molla J, Alvarez-Blanco S, Valls-Solé J. Small fibre function in patients with meralgia paresthetica. *Pain.* 15;139:342-8, 2008.

7. Seror P, Seror R. Meralgia paresthetica: clinical and electrophysiological diagnosis in 120 cases. *Muscle Nerve.* 33:650-4, 2006.
8. Shetty VD, Shetty GM. Persistent bilateral anterior hip pain in a young adult due to meralgia paresthetica: a case report. *Cases J.* 15;1:396, 2008.
9. Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. *J Neurosurg.* 74:76-80, 1991.
10. Boyce JR. Meralgia paresthetica and tight trousers. *JAMA.* 251:1553, 1984.
11. Korkmaz N, Ozçakar L. Meralgia paresthetica in a policeman: The belt or the gun. *Plast Reconstr Surg.* 114:1012-3, 2004.
12. Suber DA, Massey EW. Pelvic mass presenting as meralgia paresthetica. *Obstet Gynecol.* 53:257-8, 1979.
13. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: Diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg.* 9:336-44, 2001.
14. Hogh J, Macnicol MF. The Chiari pelvic osteotomy. A long-term review of clinical and radiographic results. *J Bone Joint Surg Br.* 69:365-73, 1987.
15. Cho KT, Lee HJ. Prone position-related meralgia paresthetica after lumbar spinal surgery : a case report and review of the literature. *J Korean Neurosurg Soc.* 44:392-5, 2008.
16. Yamout B, Tayyim A, Farhat W. Meralgia paresthetica as a complication of laparoscopic cholecystectomy. *Clin Neurol Neurosurg.* 96:143-4, 1994.
17. Gupta A, Muzumdar D, Ramani PS. Meralgia Paresthetica Following Lumbar Spine Surgery: A Study in 110 Consecutive Surgically Treated Cases. *Neurology India.* 52: 64-66, 2004.
18. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P, Dekel S. Meralgia paresthetica: A retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthop.* 77:482-6, 2006.
19. Carai A, Fenu G, Sechi E, Crotti FM, Montella A. Anatomical variability of the lateral femoral cutaneous nerve: findings from a surgical series. *Clin Anat.* 22:365-70, 2009.