

Olgu sunumu:

Tekrarlayan femoral kateterizasyon sonrası meraljiya parestetika

Ali Sallı¹, Ender Salbaş¹, İlknur Albayrak¹, Sami Küçükşen¹, Mehmet Yazıcı²

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi ¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve ²Kardiyoloji Anabilim Dalları, Konya

Amaç: Tekrarlayan femoral kateterizasyon sonrası meraljiya parestetika (MP) gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: Akut inferior miyokard infarktüsü tanısı konan, tıkanıklık saptanan iki ayrı koroner damara girişim uygulanan 49 yaşındaki erkek hastada ikinci girişim sonrasında sağ uylukta uyuşma, karıncalanma ve keçeleşme şikayeti gelişmiş. EMG tetkiki ile lateral femoral kutanöz sinir tuzak nöropatisi saptanarak MP tanısı konuldu.

Sonuç: Femoral arter yoluyla kardiyak kateterizasyon uygulanan vakalarda kanama kontrolü için uygulanan kompresyona bağlı olarak lateral femoral kutanöz sinir tuzaklanması gelişebilir.

Anahtar kelimeler: Femoral kateterizasyon, tuzak nöropati, meraljiya parestetika

Meralgia paresthetica after repeated femoral catheterisation

Objective: We reported a case of meralgia paresthetica (MP) after repeating femoral catheterization. **Case report:** Forty-nine years old patient was diagnosed with acute myocardial infarction had two interventions on two different coronary artery which occlusion was detected. The patient complained the right thigh paresthesia after the second intervention. According to the EMG, entrapment of lateral femoral cutaneous nerve was detected and diagnosed as MP. **Conclusion:** Compression for bleeding control can cause entrapment of lateral femoral cutaneous nerve in patients who had cardiac catheterization the femoral artery.

Key words: Femoral catheterisation, entrapment neuropathies, meralgia paresthetica

Genel Tıp Derg 2011;21(3): 115-117.

Meraljiya parestetika (MP) saf duyuşsal bir sinir olan lateral femoral kutanöz sinirin (LFKS) sıkışması sonucu oluşan bir mononöropatidir (1,2). Sıkışmaya bağlı olarak innervasyonunu sağladığı uyluk ön yan yüzünde uyuşma, karıncalanma, keçeleşme ve ağrı gibi şikayetlere neden olur. Sıklığı 10000'de 4,3'dür (1).

Çok sayıdaki etyolojik nedenler spontan ve iyatrojenik olarak gruplanabilir (3). Spontan sebepler şişmanlık, hamilelik gibi intraabdominal basıncı

artıran sebepler (4), dar giysi, korse, dar kemer kullanımı (5), kemerde tabanca taşınması (6), pelvik kitle (7), kurşun zehirlenmesi, alkolizm, diyabet (8) olarak sıralanabilir. İyatrojenik sebepler ise pelvik osteotomi (9), omurga cerrahisi (10), laparoskopik cerrahi (11)'dir. Çok nadir olarak kardiyak kateterizasyon amacıyla femoral arter kanülasyonu sonrasında da MP gelişebilmektedir (12). Çünkü işlem sonrasında kanamayı önlemek için kompresyon, trombin enjeksiyonu veya cerrahi tamir seçeneklerinden biri uygulanmalıdır (13). Eğer eksternal kompresyon tercih edilirse yüzeyel yerleşimli olan lateral femoral kutanöz sinir sıkışabilir. Biz bu olgu sunumunda tekrarlayan kateterizasyon sonrası uyluk lateralinde uyuşma karıncalanma şikayeti ile kliniğimize yönlendirilen ve MP tanısı alan bir hastayı sunduk.

Gönderim Tarihi: 02.03.2011

Kabul Tarihi: 13.04.2011

Yazışma adresi: Dr.Ali Sallı, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Konya

E-posta: dralisalli@hotmail.com

Olgu sunumu

Kırkdokuz yaşındaki erkek hasta göğüs ağrısı yakınması ile kardiyoloji kliniğine yatırılmış. Hikayesinde koroner arter hastalığı olan hastaya 3 yıl önce stent uygulanmış. Hastaneye yatırıldığı gün sırtına yayılan, terlemenin eşlik ettiği, sıkıştırıcı vasıfta sol göğüs ağrısı olmuş. Hasta akut inferior MI tanısıyla yatırıldığı kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş. Hastaya yapılan koroner anjiyografi ile tıkanıklık saptanan sağ koroner artere anjioplasti ve stent uygulanmış. 3 gün sonra da sirkümler arter optus marginalis 1'deki lezyonuna anjioplasti ve stent uygulanmış. Her iki işlemden sonrada hastaya kanama kontrolü amacıyla sağ inguinal bölgeye 6 saat süresince birinin ağırlığı 1,5 kg olan, yaklaşık 15x15 cm boyutundaki 3 adet kum torbası konulmuş. İkinci uygulamadan hemen sonra hastanın sağ uyluk ön yan yüzünde uyuşma, karıncalanma, keçelenme yakınması olmuş ancak ağrı olmamış. Kardiyak komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edilmiş.

Bir ay sonra kontrol için kardiyoloji polikliniğine başvuran hasta sağ uyluk ön yan yüzdeki mevcut şikayetlerinin devam etmesi üzerine kliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenesi yapılan hastanın lomber bölge muayenesi normaldi. Nörolojik muayenede sağ uyluk proksimal anterolateral bölge cildinde hipoestezi ve parestezi saptandı. Cilt görünümü normaldi. Uyluk kaslarında kuvvet kaybı veya atrofi yoktu, derin tendon refleksleri normoaktif ve patolojik refleks yoktu. Laboratuvar ve radyografik tetkikleri normaldi. Hastaya meraljiya parestetika ön tanısıyla elektromiyografi (EMG) tetkiki istendi. EMG sonucunda LFKS duysal ileti distal latansının uzun ve amplitüdünün düşük olması tanıyı destekledi. Yüzeyel yerleşimli lateral femoral kütanöz sinirin kompresyon uygulamasına bağlı olarak bası altında kalarak hastanın mevcut şikayetlerine yol açtığı düşünüldü. Oral nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) başlanan hasta fizik tedavi programına alındı. Şikayetleri geçmeyen hastaya lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı ve hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme saptandı.

Tartışma ve sonuç

MP kalçanın ön yan yüzünün ağrı ve/veya dizestezi ile seyreden LFKS'nin mononöropatisidir. LFKS lomber 2 ve lomber 3 spinal sinirlerinin arka

kökünden orjin alır. Psoas kasının arkasından geçerek iliakus kasına girer ve çaprazlayarak spina iliaka anterior superiora (SİAS) yönelir, kalçadan inguinal ligaman ve SİAS tarafından oluşturulan tünel yoluyla geçer. Bu geçiş noktası sinirin en sık tuzaklandığı yerdir (14). Geçiş yeri çoğunlukla SİAS'ın 1 cm medialı olmakla beraber kişiden kişiye de değişiklik gösterebilmektedir. Bazı vakalarda sinirin retroperitoneal bölgede veya radikülopati nedeniyle kompresyona uğraması sonucu MP'ye benzer semptomlar oluşabilir.

MP intramusküler enjeksiyon sırasındaki sinir hasarı (15), spinal anestezi sonrası (16), emniyet kemerine bağlı travma gibi sebeplerle oluşabilir. Uyluk ön yan yüzeyinde hissizlik, uyuşma, yanma, karıncalanma, parestezi gibi şikayetler ana başvuru nedenleridir. Ayakta durmak veya yürümekle artabilen semptomlar oturmakla rahatlama eğilimindedir. Kalçayı ekstansiyona zorlamak siniri gerdiğinden semptomları ortaya çıkarabilir. SİAS'ın hemen altına yapılan derin palpasyonla semptomlar yeniden oluşturulur.

LFKS inguinal ligamentin lateralinden, ancak sartorius kasının yüzeyinden geçtiği için nadiren de olsa femoral arter kanülizasyonu sırasında hasara uğrayabilir. Ancak sinir hasarından çok anjiyografi sonrasında hemostazı sağlamak için uygulanan kompresyonla sinirin basıya uğrama riski daha fazladır. Pek çok merkezde işlem bitiminde hemostaz için klemp ya da pnömotik cihazı gibi kompresyon cihazları kullanılmaktadır (17). Bazı merkezlerde ise kum torbaları tercih edilmektedir. LFKS de anatomik seyri ve yüzeyel yerleşimi nedeniyle bası altında kalabilmektedir. Bizim vakamızda da yaklaşık 6 saat boyunca 4,5 kg'lık ağırlık uygulanması MP'ya yol açmıştır.

Tanıda anamnez çok önemlidir, detaylı nörolojik muayene yapılmalıdır. Tanının EMG ile desteklenmesi de önemlidir. Bununla birlikte MP ön tanısıyla EMG tetkiki istenen hastaların sadece % 39'unda teşhisin doğrulandığı bildirilmiştir (18).

Lokal anastezikler, steroidler, NSAİİ, istirahat gibi konservatif tedavilerle hastaların çoğunda iyileşme sağlanmaktadır ve vakaların yaklaşık % 90'ında bir yıl içinde spontan iyileşme gözlenmektedir (19). Dirençli olgularda ise cerrahi tedavi nadiren gerekmektedir.

Sonuç olarak; LFKS anatomisindeki varyasyonlar MP oluşum riski açısından akılda tutulmalıdır. Kompresyon uygulaması da bu riski artırmaktadır. Femoral arter yoluyla kardiyak kateterizasyon uygulanan vakalarda komplikasyon olarak MP unutulmamalıdır.

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 2004;251:294-7.
2. Ootshi K, Itoh Y, Tsujino A, Kikuchi S. Case report: meralgia paresthetica in a baseball pitcher. Clin Orthop Relat Res 2008;466:2268-70.
3. Harney D, Patijn J. Meralgia paresthetica: diagnosis and management strategies. Pain Med 2007;8:669-77.
4. Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. J Neurosurg 1991;74:76-80.
5. Boyce JR. Meralgia paresthetica and tight trousers. JAMA 1984;251:1553.
6. Korkmaz N, Ozcakar L. Meralgia paresthetica in a policeman: The belt or the gun. Plast Reconstr Surg 2004;114:1012-3.
7. Suber DA, Massey EW. Pelvic mass presenting as meralgia paresthetica. Obstet Gynecol 1979;53:257-8.
8. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: Diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2001;9:336-44.
9. Hough J, Macnicol MF. The Chiari pelvic osteotomy. A longterm review of clinical and radiographic results. J Bone Joint Surg Br 1987;69:365-73.
10. 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 2008;44:392-5.
11. Yamout B, Tayyim A, Farhat W. Meralgia paresthetica as a complication of laparoscopic cholecystectomy. Clin Neurol Neurosurg 1994;96:143-4.
12. Rob Butler MD, Mark WI, Webster MD. Meralgia paresthetica: An unusual complication of cardiac catheterization via the femoral artery. Cath Cardiovasc Interv 2002;56:69-71.
13. Mills JL, Wiedeman JE, Robison JG, Hallett JW Jr. Minimizing mortality and morbidity from iatrogenic arterial injuries: the need for early recognition and prompt repair. J Vasc Surg 1986;4:22-27.
14. Ivins GK. Meralgia paresthetica, the elusive diagnosis: clinical experience with 14 adult patients. Ann Surg 2000;232:281-6.
15. Schnatz P, Wax JR, Steinfeld JD, Ingardia CJ. Meralgia paresthetica: an unusual complication of post-cesarean analgesia. J Clin Anesthes 1999;11:416-8.
16. Fukuda H, Ikeno S, Ishii R, Motegi R, Shimizu R, Nemoto K. Meralgia paresthetica after spinal anesthesia. Masui-Jpn J Anesthesiol 1994;43:1073-5.
17. Lehmann KG, Heath-Lange SJ, Ferris ST. Randomized comparison of hemostasis techniques after invasive cardiovascular procedures. Am Heart J 1999;138:1118-25.
18. Seror P, Seror R. Meralgia paresthetica: Clinical and electrophysiological diagnosis in 120 cases. Muscle Nerve 2006;33:650-4.
19. Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. J Neurosurg 1991;74:76-80.