

سندرم مراژیا پارستتیکا ناشی از آنژیوگرافی عروق کرونر و معرفی ۵ مورد

دکتر سید جلال ضیائی^۱، دکتر محمد یراقی^۲

چکیده

مقدمه: سندرم مراژیا پارستتیکا یکی از نوروپاتی‌های موضعی است که به دلیل وارد شدن فشار به عصب Lateral-femoral-cutaneous-Nerve ایجاد می‌شود. انجام آنژیوگرافی از طریق شریان رانی یکی از علل بروز این سندرم می‌باشد. بیماران مبتلا علاوه بر اختلال حسی در سطح قدامی طرفی ران از راه رفتن نیز شکایت دارند.

مواد روش: در این مطالعه آینده‌نگر در خلال ۲ سال (۱۳۷۸ و ۱۳۷۷) تعداد ۵ مورد (۴ نفر مرد و ۲ نفر زن) سندرم مراژیا پارستتیکا در ۱۵۵۰ مورد آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان رانی با محدوده سنی ۴۹ تا ۶۸ مشاهده شد، روش تشخیصی مورد استفاده معاینه نورولوژیک و تأیید شخصیتی با تعیین سرعت هدایت عصبی می‌باشد.

نتایج: سندرم مراژیا پارستتیکا ناشی از آنژیوگرافی کرونر از طریق شریان فمورال بیماری خوش‌خیم با شیوع بیشتر در مردها و سیر بهبود تدریجی در خلال هر ماه در ۹۱ درصد موارد و تنها ۹ درصد نیاز به جراحی خواهد داشت.

بحث: ضایعات پاتولوژیک در مراژیا پارستتیکا ناشی از فشار وارد بر عصب از نوع اختلال میلین به‌طور خالص یا ضایعات میلین و آکسون به‌طور مخلوط می‌باشد و گذشتن کیسه شن در قسمت قدامی ران پس از اتمام آنژیوگرافی علت احتمالی آن بوده، پیشنهاد می‌گردد در گذاشتن کیسه شن احتیاط بیشتری شود.

کل واژگان: آنژیوگرافی عروق کرونر Lateral femoral cutaneous Nerve سندرم مراژیا پارستتیکا

مجله پزشکی ارومیه، سال دوازدهم، شماره چهارم، ص ۳۷۳-۳۶۷، زمستان ۱۳۸۰

۱- دانشیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲- استادیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

Meralgia Paresthetica یکی از اولین نوروپاتی‌های موضعی است که حدود ۱۰۰ سال پیش (۱۸۹۵) مورد شناسایی قرار گرفته است (۱). علت نامگذاری این سندرم به این عنوان استفاده از کلمه Meros به معنای ران (Thigh) و بعضی به معنای درد می‌دانند (۲). سندرم Meralgia Paresthetica ناشی از نوروپاتی عصب Lateral femoral cutaneous (L.F.C.N) Nerve می‌باشد. نوروپاتی می‌تواند خودبه‌خودی (ایدیوپاتی) و یا ناشی از فشار وارد بر این عصب باشد. عصب (L.F.C.N) از به هم پیوستن شاخه‌های خلفی ریشه‌های L2 و L3 تشکیل شده و پس از عبور از لگن از زیر لیگامان اینگوئینال خارج و حس قسمت قدامی - طرفی ران را تأمین می‌کند. این عصب فقط حسی بوده و هیچگونه عملکرد حرکتی ندارد و از نظر موقعیت تشریحی در سطح قدامی ران در فاصله ۵/۵ تا ۲/۵ سانتی‌متر از (iliac-Spine) عبور می‌کند، ۵ نوع موقعیت تشریحی برای آن ذکر شده که Type A.B.C.D.E نامگذاری شده است (۳). انواع A.B.C جمعاً حدود ۳۴ درصد موارد را تشکیل داده و بیشتر در معرض ضربه بوده و آسیب پذیری آن بیشتر از سایر انواع می‌باشد. مرالژیا پارستتیکا یک سندرم بالینی ناشی از نوروپاتی موضعی (Entrapment- Neuropathy) عصب L.F.C.N است. مهمترین علامت آن اختلال حسی سطحی قدامی - طرفی ران می‌باشد که با احساس نامطبوع کرختی و Paresthesia در این ناحیه همراه است بیمار دارای درد کشاله ران به‌خصوص هنگام ایستادن طولانی و راه رفتن می‌باشد در حدی که راه رفتن بیمار محدود و پس از راه رفتن ناچار به استراحت می‌شود. لمس و ضربه در قلمرو عصب باعث تشدید درد می‌شود ولی ماساژ یا مالیدن باعث بهبود و تخفیف علائم می‌گردد. با گذشت زمان احساس نامطبوع کاهش یافته ولی درد کشاله ران و پارستزی

باقی می‌ماند (۴). از نظر علل سندرم مرالژیا پارستتیکا که هدف اصلی این نوشتار را تشکیل می‌دهد غالباً بدون علت و خود به‌خودی است ولی ضایعات ضربه‌ای و فشار وارد به عصب L.F.C.N به‌هر دلیل می‌تواند باعث ایجاد نوروپاتی موضعی این عصب گردد. از موارد جالب ضایعات عصب L.F.C.N دست‌کاری ناحیه کشاله ران در هنگام آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان رانی (Transfemoral Angiography) است (۲)، سایر علل ایجاد مرالژیا پارستتیکا شامل ترمیم ناحیه کشاله‌ای به‌منظور جراحی فتق کشاله‌ای (۵) محکم بستن کمربند (۶) افزایش یا کاهش وزن (۷) و علل دیگر مانند حاملگی، برداشتن استخوان ناحیه خار خارده‌ای، دیابت، سرطان ریه، جراحی دریچه آئورت، هرگونه فشاری که به ناحیه کشاله وارد گردد و بیماری جذام (۸) می‌باشد. در این مطالعه تعداد ۵ مورد از این عارضه در اثر آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان رانی مشاهده گردید که انگیزه نوشتن این مقاله را تشکیل داده و چگونگی ایجاد آن و سیر بیماری و نحوه درمان در قسمت بحث بیان خواهد شد. هدف نویسنده جلب توجه همکاران متخصص قلب و عروق در بیمارانی که آنژیوگرافی عروق کرونر شده و در روزهای بعد دچار درد و پارستزی در اندام مربوطه می‌شوند، است که باید به فکر عارضه مرالژیا پارستتیکا باشند.

مواد و روش:

در خلال ۲ سال گذشته (سال‌های ۱۳۷۸ - ۱۳۷۷) در مراکز قلب و عروق وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تعداد ۵ مورد سندرم مرالژیا پارستتیکا مورد شناسایی قرار گرفت. با مراجعه به این مراکز طی ۲ سال حدود ۱۵۵۰ مورد آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان رانی انجام شده است، با توجه به این که تمام بیماران از نظر بروز سندرم مرالژیا پارستتیکا

طرف دیگر در صورت امکان کیسه شن به نحوی در کشاله ران قرار داده شود که عصب L.F.C.N آسیب نبیند و نکته دوم مورد تأکید اطمینان دادن به بیماران از بهبود حتمی و بدون عارضه و مواردی که با گذشت ۶ ماه بهبودی ندارد (۹ درصد موارد) با مشاوره جراح اعصاب اقدام به جراحی از نوع برداشتن فشار و یا قطع عصب نمایند. از نظر تعیین فراوانی این سندرم در میان انبوه بیمارانی که آنژیوگرافی عروق کرونر می‌شوند در حال حاضر ممکن نیست و لزوم ادامه مطالعه و در نظر گرفتن این‌گونه بیماران از نظر بروز سندرم مرالژیا پارستتیکا پیشنهاد می‌شود.

بحث

مرالژیا پارستتیکا از نوروپاتی‌های موضعی (Entrapment Neuropathy) است که نورولوژیست‌ها در کلینیک با آن مواجه هستند، معمولاً ناشی از فشار وارد بر عصب Lateral femoral cutaneous Nerve می‌باشد. به طوری که در مقدمه آمده است عوامل پاتولوژیک متعددی باعث آسیب عصب در ناحیه کشاله ران می‌گردد، از نظر پاتولوژی ضایعه فقط در میلین (Demyelinating) یا آسیب در میلین و آکسون (Wallerian Degeneration) گزارش شده است، این یافته‌ها در ۵ مورد از ۱۲ مورد اتوپسی در ۲ مورد دیگر تورم در محل عصب مشاهده شده است (۹). این یافته‌ها تأکید کننده این نکته است که فشار مکانیکی بیماری‌های مختلف باعث آسیب موضعی عصب در محل لیگامان کشاله‌ای می‌شود و بیماری‌زایی این سندرم را تشکیل می‌دهد. بنابراین با توجه به آسیب مستقر شده در عصب از نوع خوش خیم بوده و در صورت برطرف شدن فشار به عصب، میلین خراب شده به تدریج جبران و سیر بهبود را طی خواهد نمود. در یک مطالعه ۲۷۷ بیمار در پیگیری‌های طولانی ۹۱ درصد با درمان طبی و محافظتی (Conservative)

مورد معاینه و بررسی قرار نگرفته‌اند و از طرف دیگر موارد مبتلا نیز به یک مرکز نورولوژی معرفی نشده‌اند. لذا نمی‌توان از نظر شیوع فراوانی واقعی آن اظهار نظر کرد. بیماران مبتلا به این عارضه ۴ نفر مرد و ۱ نفر زن با محدوده سنی ۴۸ تا ۶۸ سال و میانگین سنی ۵۸ سال می‌باشد. روش تشخیص این سندرم ابتدا معاینه نورولوژیک بوده که ۲۶ نفر مشکوک مورد معاینه عصبی دقیق قرار گرفتند و ۷ مورد از نظر بالینی و با انجام الکترونورودیاگنوسیس با دستگاه مدل Toennies و انجام تست‌های NCV و EMG تنها ۵ نفر از بیماران تشخیص قطعی داده شد در ۳ مورد بدون پاسخ و ۲ مورد دیگر کاهش NCV (۱ مورد $NCV=36m/s$ و ۱ مورد $NCV=37m/s$) و هر ۲ مورد دامنه امواج ۱۵ تا ۲۰ میکروولت بود. تمام بیماران تحت درمان پزشکی و نگاهدارنده قرار گرفتند. در حال حاضر با گذشت دو سال تمام بیماران از بهبود کامل برخوردار و بدون علامت هستند و هیچکدام نیاز به جراحی ندارند. درمان پزشکی مورد استفاده شامل تجویز آرام بخش و اصلاح وضع خوابیدن و نشستن بیمار به منظور جلوگیری از وارد شدن فشار بیشتر به محل آسیب می‌باشد.

نتایج

مطالعه ۵ مورد سندرم مرالژیا پارستتیکا در خلال دو سال (سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸) در بیمارانی که در بیمارستان‌های قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان آنژیوگرافی عروق کرونر انجام داده‌اند نشان‌دهنده این واقعیت است که این سندرم نادر، کم و بیش دیده می‌شود و با توجه به احتمال وارد شدن فشار وارد بر عصب L.F.C.N ناشی از گذاشتن کیسه شن علت بیماری را تشکیل می‌دهد. بنابراین توجه متخصصان قلب و عروق و جراحان این رشته تخصصی را جلب نموده که اولاً در روزهای پس از آنژیوگرافی به فکر بروز این سندرم باشند و از

۴۹ متر در ثانیه) مشاهده می‌گردد و در مطالعه EMG دامنه امواج بین ۱۰ تا ۲۵ میکروولت می‌باشد (۱۲ و ۱۳). در مطالعه انجام شده تعداد ۵ مورد از عارضه مرالژیا پارستتیکا روزهای اول و سوم بعد از آنژیوگرافی از طریق شریان رانی راست مشاهده شد. از نظر توجیه و تفسیر چگونگی بروز این سندرم به‌طور یقین فشار وارد بر عصب عامل بروز علائم است. به‌طوری که در منابع و کتاب‌های آناتومی مشاهده می‌شود عصب L.F.C.N در قسمت طرفی کشاله ران قرار دارد و با شریان رانی که محل انجام آنژیوگرافی است فاصله دارد و فشار دست و وسایل آنژیوگرافی فشار چندانی به عصب وارد نمی‌کند که منجر به ضایعه پاتولوژیک گردد ولی گذاشتن کیسه شن پس از اتمام آنژیوگرافی به علت فشار وارد بر عصب پاتوژنی بیماری را به‌وجود آورده و سندرم مرالژیا پارستتیکا را باعث می‌شود.

در گزارش‌های موجود منابع علمی نیز عامل فشار به عصب مهمترین عامل ایجاد سندرم مرالژیا پارستتیکا در نظر گرفته شده است (۲). یکی از موارد مورد تأکید در این مقاله توجه خوانندگان به خوش‌خیم بودن این بیماری و عدم نیاز به درمان و یا تزریق موضعی لیدوکائین به تنهایی یا مخلوط با استروئید در قسمت قدامی کشاله ران می‌باشد.

بهبود یافته و تنها ۹ درصد موارد نیاز به جراحی دارد که شامل برداشتن فشار وارد بر عصب و یا قطع عصب Lateral Femoral Cutaneous Nerve می‌باشد (۱۰) و در یک بررسی از ۲۴ مورد جراحی شده ۲۳ نفر بهبود کامل حاصل شده است. در کودکان نیز این بیماری دیده می‌شود و به‌خصوص با انجام جراحی نتایج بهبود خیلی خوب گزارش شده است (۱۱). Meralgia Paresthetica در آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان رانی از عوارض نورولوژیک نادر بوده که در این مطالعه ۵ مورد یافت شد و با وجودی که یافته نادری است با توجه به افزایش روزافزون موارد آنژیوگرافی عروق کرونر باید این عارضه را مدنظر داشت و در بیمارانی که از درد و سوزش ناتوانی در راه رفتن در روزهای پس از انجام آنژیوگرافی شکایت دارند باید با مشاوره نورولوژی و استفاده از روش‌های نوروالکترودییاگنوز مانند، Nerve Conduction Velocity (NCV) و الکترومیوگرافی (EMG) تشخیص نهایی داد و به روش‌های درمانی طبی اقدام نمود. عصب L.F.C.N یک عصب حسی بوده و در مطالعه الکترودییاگنوز از طریق تحریک الکتریکی سرعت هدایت عصبی (NCV) در ۷۱ درصد موارد بدون پاسخ و در ۲۴ درصد کاهش سرعت هدایت (کمتر از

References

1. Ecker AD, Woltman WH: Meralgia Paresthetico: A report of one hundred and fifty Cases. LAMA: 110: 1650-1938.
2. Valeria R, Didier C: Proximal Sensory Neuropathies of the leg. Neurologic clinics, 1999, 17(3): 655-665.
3. Aszmann DE, Dellon AI: Anatomical course of the lateral femoral cutaneous nerve and its susceptibility to compression and injury. Plast Reconstr surg, 1997, 100: 600-604.
4. Surcuc HS, Tanyeli E, Sargon MF and et al: An anatomic study of the lateral femoral cutaneous nerve. Surg Radiol Anat, 1997, 19:

- 307-310.
5. Dibenedette LM, Gilroy AM and et al: Variations in the inferior Pelvic pathway of the lateral femoral cutaneous nerve: Implications for laparoscopic hernia repair. *Clin Anat*, 1996, 9: 232-236.
 6. Nahabedian MY, Dellon AI: Meralgia Paresthetica, Etiology, diagnosis and outcome of surgical decompression, *Ann plast surg*, 1995, 35: 590-594.
 7. Baldini M, Raimondi PI, Princi L, Meralgia Paresthetica following weight loss, Case report, *Neurosurg Rev*, 1982, 5: 95-97.
 8. Theuvenet WJ, Finaly KR and et al: Neuritis of the lateral femoral cutaneous nerve in leprosy, *Int lepr other mycobact, Dis*, 1993, 61: 596-597.
 9. Jefferson D, Eames RA: Subclinical entrapment of the lateral femoral cutaneous nerve: An autopsy study. *Muscle Nerve*, 1979, 2: 145-154.
 10. Williams PH, Trzil KP: Management of Meralgia paresthetica, *J Neurosurg*, 1991, 74: 76-80.
 11. Edelson R, Stevens P: Meralgia Paresthetica in children, *J Bone joint surg*, 1994, 76 A: 993-999.
 12. Sarala PK, Nishihira T, Oh Sj: Meralgia Paresthetica electrophysiology study. *Arch phys Med Rehabil*, 1979, 60: 30-31.
 13. Butler ET, Johson EW, Kaye AZ: Normal conduction velocity in lateral femoral cutaneous nerve. *Arch phys Med Rehabil*, 1974, 55: 31-32.

MERALGIA PARESTHETICA SYNDROME AS A COMPLICATION OF TRANSFEMORAL CORONARY ANGIOGRAPHY AND REPORT 5 CASES

J Ziaie¹, M.D.; M Yaraghy², M.D.

Abstract

Introduction : *The meralgia paresthetica syndrome is one of rare neuropathic disease which usually occurs spontaneously and occasionally caused by compressive process on lateral femoral cutaneous nerve. The most clinical features include sensory loss, numbness and dysesthesia on anterolateral femoral cutaneous nerve as well as pain sensation during walking. These symptoms and signs disappear during six months and seldom needs surgery.*

Methods and Materials: *During two years ago, about 1550 patients transfemoral coronary angiography were done in cardiologic centers affiliated to Isfahan Medical Sciences University. Among our subjects, 26 cases were evaluated with meralgia paresthetica syndrome diagnosis, but only 5 cases were confirmed this syndrome with Electromyography (EMG) and Nerve Conduction Velocity (NCV) study.*

Results: *The five cases with definite diagnosis of meralgia paresthetica (4 male and 1 female) complete improvement have seen in all cases.*

1. Associate professor of Neurology, Isfahan University of Medical Sciences.

2. Assistant professor of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences.

Discussion: *At this time the transfemoral coronary angiography has increased day to day, for prevent complications such as meralgia paresthetica we suggested that changes the procedure of technic, observed the patient for appearance this syndrome for treated appropriately and more research and evaluation should be done.*

Key Words: *Coronary angiography, Lateral femoral cutaneous nerve, Meralgia paresthetica syndrome.*

Address : *Department of Neurology, Alzahra Medical center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.*

Source : *UMJ 2001; 12(4): 367-373. ISSN: 1027-3727*