

## سندرم مراژیا پارستتیکا ناشی از آنژیوگرافی عروق کرونر

دکتر سید جلال ضیایی<sup>۱</sup>

در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ تعداد ۵ مورد این سندرم بعنوان عارضه آنژیوگرافی مشاهده شد. ۴ مورد مذکر و ۱ مورد مؤنث با محدوده سنی ۴۸ تا ۶۸ سال بودند. روش تشخیص پس از معاینه و تشخیص بالینی انجام NCV و EMG در قلمرو عصب Lateral Femoral Cutaneous و سرعت هدایت عصب (NCV) کمتر از ۴۹ متر در ثانیه غیرطبیعی تلقی می‌گردد (۹، ۱۰).

مکانیسم بروز سندرم مراژیا پارستتیکا فشار وارد بر عصب و تخریب میلین و یا آکسون (گاهی میلین و آکسون) پاتوزنی ایجاد این سندرم را تشکیل داده و یک نوع نوروپاتی موضعی را به وجود می‌آورد (۲).

علائم بالینی سندرم مراژیا پارستتیکا شامل اختلال حسی سطح قدامی- طرفی کشاله ران بصورت paresthesia و numbness در کشاله ران هنگام ایستادن و محدود شدن توانایی در راه رفتن ضربه و حتی لمس ناحیه کشاله ران باعث تشدید درد و ناراحتی بیمار می‌گردد (۸).

سندرم مراژیا پارستتیکا، بیماری خوش‌خیم با سیر بهبود تدریجی و غالباً بهبود کامل بدون عارضه می‌باشد و از نظر درمان حدود ۹۱ درصد به درمان طبی و تنها ۹ درصد نیاز به درمان جراحی بصورت قطع عصب می‌باشد (۱۰). در اکثر موارد با دادن اطمینان به بیمار و پذیرش خوش‌خیم بودن سیر آن توسط بیمار کفایت می‌کند. باید به بیمار توصیه نمود از موقعیتهایی که باعث فشار وارد بر عصب می‌گردد خودداری نماید و اگر از اضافه وزن برخوردار است اقدام به کاهش وزن نماید. در مواردی که درد و ناراحتی بیمار آزار دهنده باشد تزریق لیدوکائین و یا تزریق هیدروکورتیزون بصورت موضعی مفید خواهد بود (۱۱). در مواردی که به درمان طبی جواب ندهد (۹ درصد موارد) از طریق جراحی اقدام به قطع عصب می‌گردد (۵). سندرم مراژیا پارستتیکا سیر خوش‌خیم بهبود شونده دارد و غالباً بدون عارضه در مدت ۶ ماه یا کمتر بهبود خواهد یافت و در موارد کمی ممکن است علائم باقی بماند.

آنژیوگرافی عروق کرونر قلب یکی از روشهای تشخیصی رایج و بسیار مفید برای بیماران قلبی می‌باشد. امروزه آنژیوگرافی کرونر از طریق شریان فمورال (Transfemoral Coronary Angiography) انجام می‌شود و از نظر تکنیک انجام پس از بیحس نمودن کشاله ران کاتتر از طریق شریان فمورال وارد و با تزریق ماده حاجب، عروق کرونر مورد بررسی قرار می‌گیرد. پس از انجام آنژیوگرافی، کاتتر خارج و کیسه محتوی شن در محل قرار داده می‌شود تا از خونریزی احتمالی جلوگیری شود. در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ مقدار تقریبی ۱۵۵۰ مورد آنژیوگرافی از طریق شریان فمورال به شرح فوق در اصفهان انجام شده است و تعداد ۵ مورد عارضه سندرم مراژیا پارستتیکا تشخیص و بعنوان عارضه انجام آنژیوگرافی از طریق شریان فمورال مورد بررسی قرار گرفت.

عصب Cutaneous Lateral Femoral تشکیل شده از شاخه‌های خلفی ریشه‌های L2-L3 و در سطح قدامی- طرفی ران انتشار یافته و حس این ناحیه را تأمین می‌کند و هیچگونه فعالیت حرکتی ندارد. هر گونه ضایعه خود بخودی یا عوامل فشار دهنده موضعی باعث اختلال در عملکرد این عصب می‌شود و سندرم بالینی به نام مراژیا پارستتیکا (Meralgia-paresthetica) را به وجود می‌آورد که اولین بار در سال ۱۸۹۵ شرح داده شد (۱). در سالهای اخیر، مواردی از سندرم در بیماران قلبی پس از انجام آنژیوگرافی از طریق فمورال گزارش شده است (۲).

عصب Cutaneous Lateral Femoral عصب حسی و آسیب‌پذیر بوده و هر گونه عامل فشاری در سطح قدامی ران می‌تواند باعث آسیب این عصب گردد و یک نوع نوروپاتی موضعی یا Entrapment Neuropathy را به وجود آورد (۲). شایعترین علل بروز این سندرم خود بخودی است. از علل فشاردهنده می‌توان عمل جراحی در کشاله ران به منظور ترمیم فتق اینگوینال، محکم بستن کمربند، افزایش یا کاهش وزن، حاملگی، دیابت، کارسینوم ریه، بیماری جذام و برداشتن استخوان ایلیاک قابل ذکر است (۳). ۷، ۸. مشاهده سندرم مراژیا پارستتیکا بعد از آنژیوگرافی عروق کرونر از طریق شریان فمورال نیز به علت فشار وارد به عصب Lateral Femoral Cutaneous می‌باشد و فشار وارد بر این عصب یا در خلال انجام آنژیوگرافی به علت دستکاری ناحیه کشاله ران و یا گذاشتن کیسه شن بعد از انجام آنژیوگرافی به وجود می‌آید.

۱- گروه داخلی اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.

- 1- Roth WK. *Meralgia paresthetica*. Berlin S Kargu, 1895.
- 2- Valeria Reid, Didier Cross. *Proximal sensory neuropathies of the leg*. *Neurologic Clinics* 1999; 17 (3): 655-65.
- 3- Aszmann DE, Dellon AL. *Anatomical course of the lateral femoral cutaneous nerve and its susceptibility to compression and injury*. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100: 600-4.
- 4- Dibenedette LM, Leis Gilroy AM. *Variations in the inferior pelvic pathway of the lateral femoral cutaneous nerve. Implications for laparoscopic hernia repair*. *Clin Anat* 1996; 9: 232-236.
- 5- Nahabedian MY, Dellon AL. *Meralgia paresthetica etiology, diagnosis, and outcome of surgical decompression*. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 590-4.
- 6- Baldini M, Raimondi PL, Princi L. *Meralgia paresthetica following weight loss. Case report*. *Neurosurg Rev* 1982; 5: 95-7.
- 7- Theuyenet WJ, Finaly K, Rochep M. *Neuritis of the lateral femoral cutaneous nerve in leprosy*. *Mycobact Dis* 1993; 61: 597-96.
- 8- Jefferson D, Emames RA. *Subclinical entrapment of the lateral femoral cutaneous nerve. An autopsy study*. *Muscle Nerve* 1979; 2: 145-54.
- 9- Socula PK, Nishihira T, Oh SJ. *Meralgia paresthetica electrophysiology study*. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 30-1.
- 10- Butler ET, Johnson EW, Kaye AZ. *Normal conduction velocity in lateral femoral cutaneous nerve*. *Arch Phys Med Rehabil* 1974; 55: 31-2.
- 11- Adams R. *Principles of neurology*. 6th Ed. Philadelphia, MC Graw Hill, 2001: 1436-7.