

Meralgia paraesthetica

Yvonne Groeneveld, Arie Knuistingh Neven, JustEekhof

Inleiding

Meralgia paraesthetica (MP) is een syndroom met verschijnselen van pijn met een prikkelend, brandend karakter en soms met gevoelloosheid in een nauwkeurig aangegeven gebied aan de voor- en zijkant van het bovenbeen.¹ MP is een vrij zeldzame aandoening, het incidentiecijfer is 4,3 per 10.000 personen per jaar.² Nederlandse morbiditeitsregistraties vermelden het syndroom niet als zodanig. Omdat de kwaal doorgaans vanzelf overgaat, ziet de huisarts waarschijnlijk slechts een deel van alle gevallen. Overigens is MP de meest voorkomende compressie-mononeuropathie. Mannen hebben het driemaal zo vaak als vrouwen. De aandoening is meestal unilateraal.

Achtergrond

Definitie

Meralgia paraesthetica (meros = bovenbeen, algos = pijn) of het syndroom van Bernhardt-Roth is een compressie-mononeuropathie van een volledige sensorische zenuw, de nervus cutaneus femoris lateralis (NCFL).¹ Deze zenuw verzorgt de huid van het anterolaterale bovenbeen. MP wordt bijna altijd veroorzaakt door een entrapmentneuropathie van de NCFL.

Etiologie

De aandoening kenmerkt zich door een afwijkend gevoel in het verzorgingsgebied van de zenuw, het anterolaterale bovenbeen. De NCFL is een sensibele zenuw die ontspringt uit de wortels L₂ en L₃, en via het bekken onder het ligamentum inguinale op ongeveer 2 cm van de spina iliaca anterior in het bovenbeen onder een scherpe hoek naar buiten treedt. Deze lokalisatie kan gemakkelijk tot compressie van de NCFL tegen het bekken leiden. Het anatomisch verloop toont een aantal variaties waardoor meer of minder snel compressie optreedt. Soms loopt de zenuw niet onder, maar door openingen in het ligamentum inguinale. Strakzittende riemen, gordels, korsetten of kleding en soms ascites veroorzaken toename van mechanische belasting op dit ligament bij de aanhechtingsplaats van de m.obliquus abdominis externus en de m.transversus abdominis. Dit kan leiden tot afklemming van de NCFL.³ Ook zwangerschap kan MP uitlokken.² Verder kunnen zware sleutelbossen en een portemonnee die in de voorste broekzakken worden gedragen, klachten geven. Men neemt aan dat de repeterende langdurige belasting leidt tot irritatie van de

zenuw. Langdurig met de benen over elkaar zitten en intensieve sportbeoefening met herhaalde extensie van het bovenbeen (bijvoorbeeld schaatsen) kunnen eveneens MP uitlokken.³ Obesitas verdubbelt de kans op MP.⁴

Diabetische neuropathie en andere stofwisselingsziekten, alcohol en loodintoxicatie spelen soms een rol. Iatrogene gevallen zijn beschreven door verlittekening na operaties in het gebied. Een enkele keer ontstaat MP door ruimte-innemende processen in het bekken, retroperitoneale processen of een direct trauma (fractuur van de spina iliaca anterior superior). Familiaire aanleg komt voor. Bij mensen met MP komt het carpaletunnelsyndroom veel vaker voor, zodat een zekere gevoeligheid voor het ontwikkelen van neuropathie aanwezig lijkt te zijn.²

Diagnostiek

De anamnese geeft vaak al voldoende informatie om de diagnose te overwegen. De patiënt klaagt over een doof gevoel, een branderige pijn of een constante doffe pijn in een scherp omschreven gebied (soms met een potlood af te tekenen) van het laterale bovenbeen. Bij hyperextensie in de heup (omgekeerd lasègue-symptoom) neemt de pijn in sommige gevallen toe. De pijn is ook vaak opwekbaar door te drukken op de plaats van binnentreden onder of in het ligamentum inguinale.⁵

Om compressie op een hoger niveau (hernia nuclei pulposi) uit te sluiten, kan de huisarts gericht naar radicaire verschijnselen zoeken. Er wordt gelet op motorische uitval, verschil in kniepeesreflexen of een afwijkende uitslag van de proef van Lasègue. Bij MP zijn deze testen ongestoord. Een lidocaïne-injectie op 1 cm mediaal en distaal van de spina iliaca anterior superior leidt tot een duidelijke, tijdelijke verlichting van de klachten bij MP. Bij twijfel over de oorzaak kan de huisarts naar een neuroloog verwijzen. Het aanvullend onderzoek door de neuroloog kan bestaan uit elektromyografie, elektrofysiologisch onderzoek en een CT-scan.

Veelgebruikte behandelingen

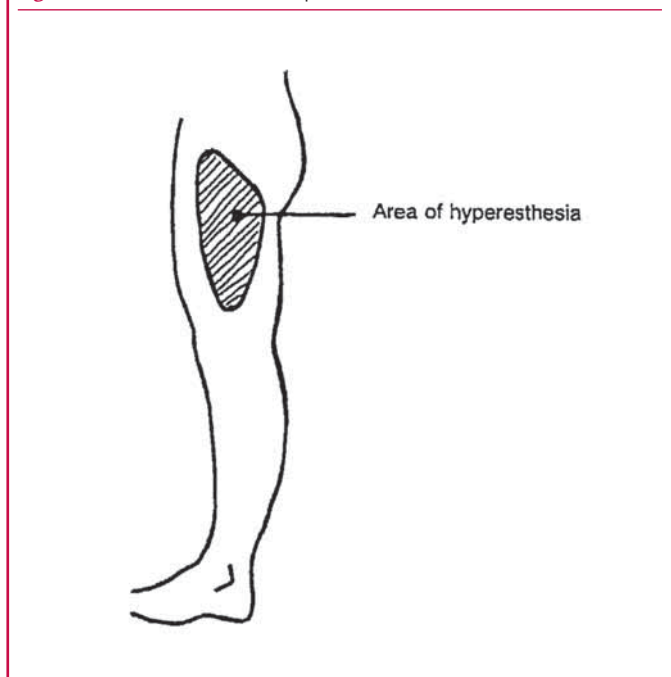
Bij twee van de drie patiënten met MP verdwijnen de klachten spontaan binnen twee jaar, zeker als de uitlokkende factor kan worden weggenomen. Een aantal maatregelen heeft een preventief en voorlichtend karakter. Dat voorkomt soms recidief. Bij de meeste patiënten voldoet conservatieve behandeling, zoals adviezen over houding, beweging en gewichtsvermindering, indien anamnese en onderzoek voor deze factoren een aanknopingspunt vormen. De huisarts kan ook adviseren de lokale druk op te heffen door het vermijden van strakke kleding en/of door te vermageren bij overgewicht. Andere toegepaste behandelingsmogelijkheden zijn ijscompressen, NSAID's, carbamazepine en capsicumcrème, alsmede lokale injecties met anesthetica met of zonder corticosteroiden.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden; dr. Y Groeneveld, dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemiologen.

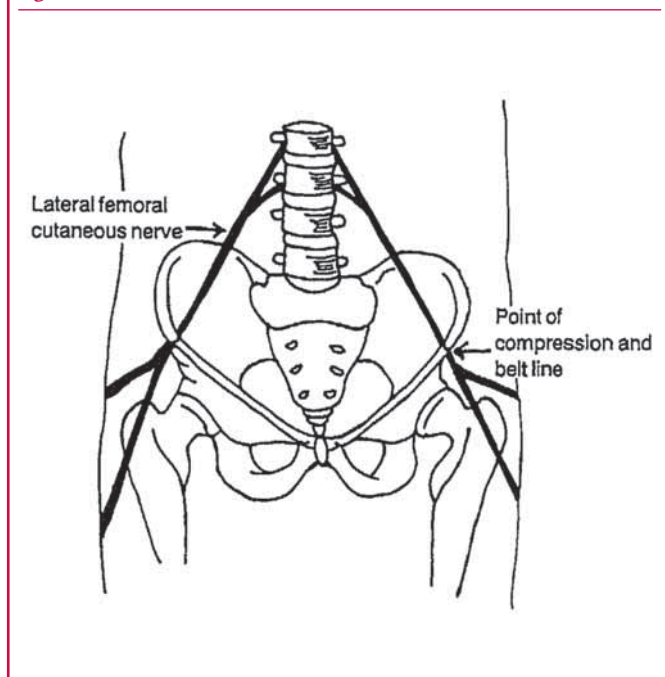
Correspondentie: j.a.h.eekhof@lumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Gebied waar MP kan optreden



Figuur 2 Doorsnede van het bekken



Ontleend aan Walls 'Diagnosis and treatment of meralgia paraesthetica',
Nurse Pract 1984;44.

Verwijzing naar de (neuro)chirurg is alleen zinvol bij persistente, heftige pijn en als met injecties en conservatieve therapie geen goede resultaten worden geboekt. Operatieve opties zijn neurolyse (decompressie) en het doorsnijden (neurectomie) van de zenuw. Neurolyse, waarbij de zenuw wordt vrijgemaakt van de beknellende omgeving, heeft doorgaans een goed resultaat op korte termijn, maar vaak treedt recidief op. Het risico bij het doorsnijden van de NCFL is het optreden van deafferentieneuropathie, een soort fantoompijn. Dit gebeurt echter zelden.

Methode

We zochten in januari 2009 in Pubmed en de Cochrane Library naar clinical trials, RCT's en systematische literatuuronderzoeken met de zoektermen 'meralgia paraesthetica' [tw] in combinatie met 'therapy' [Subheading]. We vonden een Cochrane-review.¹ Gecontroleerd onderzoek was schaars. Voorts hebben we gezocht naar relevante artikelen bij 'related articles'.

Klinische vragen

Wat is het effect van afwachtend beleid?

We vonden geen gecontroleerd onderzoek. De Cochrane-review maakt melding van slechts 1 kwalitatief goed onderzoek.¹ In dit onderzoek werden 29 patiënten zonder interventie gevolgd.¹ Hier van herstelden 18 patiënten volledig en 2 patiënten gedeeltelijk.

Wat is het effect van lokale injecties?

Gecontroleerd onderzoek is niet beschikbaar. Wij vonden retrospectief onderzoek en een follow-upstudie. In een onderzoek werd de corticosteroïdeninjectie geëvalueerd, nadat de diagnose MP was zeker gesteld met een lidocaïne-injectie.⁶ Van de 79 patiënten met een gemiddelde ziekte duur van 34 maanden (13 tot 56) reageerden er 21 gunstig op de gebruikelijke conservatieve maat-

regelen. De resterende 58 patiënten kregen 1 of meer lokale injecties met corticosteroïden. Compleet herstel trad op bij 48 patiënten. Hierbij was in 12 gevallen een tweede injectie nodig; bij 14 patiënten zelfs een derde injectie. Drie van de 10 niet-herstelden werden geopereerd en genazen; 7 patiënten wilden geen operatie. Na herstel trad na follow-up van gemiddeld 3,3 jaar geen recidief op. In een ander onderzoek werden 14 patiënten met MP geëvalueerd.⁷ Eén patiënt had dubbelzijdig MP. De diagnose werd bevestigd door een lokale injectie met een anestheticum. De interventie bestond uit een lokale injectie met een corticosteroïd gecombineerd met een anestheticum. Vijf patiënten hadden daarna geen klachten meer. Bij 9 patiënten trad echter recidief op, waarop chirurgische behandeling werd aangeboden.

Wat is het effect van operatieve behandeling?

De effectiviteit van de verschillende operaties is nauwelijks met gerandomiseerd onderzoek onderbouwd. We vonden 1 onderzoek waarin neurolyse (decompressie) werd vergeleken met neurectomie, het doorsnijden van de zenuw.⁸ In dit onderzoek werd bij 21 patiënten *at random* 1 van beide interventies toegepast. Neurolyse was bij 3 van de 10 patiënten succesvol; bij 3 personen waren de klachten verminderd. Neurectomie was in 9 van de 11 gevallen effectief; in 2 gevallen waren de klachten verbeterd. In ander (niet-gerandomiseerd) onderzoek verbeterde ongeveer driekwart van de patiënten na een operatieve behandeling. Neurolyse lijkt tegenwoordig de beste resultaten te geven.^{5,9-13}

Conclusie

Meralgia paraesthetica is een aandoening met een kenmerkend klinisch beeld. Met conservatieve maatregelen kunnen de klachten bij de meeste patiënten goed verbeteren. Lokale injecties met een combinatie van een corticosteroïd en een anestheticum zijn

vaak effectief als de conservatieve interventies niet helpen. In de hardnekkige, therapieresistente gevallen biedt chirurgie vaak uitkomst. Hoewel in oudere publicaties neurectomie veel effectiever leek dan neurolyse, is in recentere onderzoeken driekwart van de patiënten met hardnekkige klachten gebaat bij decompressie van de zenuw.

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen in de huisartspraktijk' is gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistringh Neven en W.Opstelten, 5^e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

Literatuur

- 1 Khalil N, Nicotra A, Rakowicz W. Treatment for meralgia paraesthetica. Treatment for meralgia paraesthetica. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD004159.
- 2 Van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RMD, Koes BW, Bierma Zeinstra SMA. Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. J Neurol 2004;251:294-7.
- 3 Kho K, Blijham PJ, Zwarts MJ. Meralgia paresthetica after strenuous exercise. Muscle Nerve 2005;31:761-3.
- 4 Mondelli M, Rossi S, Romano C. Body mass index in meralgia paresthetica: a case-control study. Acta Neurol Scand 2007;116:118-22.
- 5 Nouraei SA, Anand B, Spink G, O'Neill KS. A novel approach to the diagnosis and management of meralgia paresthetica. Neurosurgery 2007;60:696-700.
- 6 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 2006;77:284-6.
- 7 Ivens K. Meralgia paraesthetica, The elusive diagnosis. Clinical experience with 14 adult patients. Annals of Surgery 2000;232:281-6.
- 9 Van Eerten PV, Polder TV, Broere CAJ. Operative treatment of meralgia paresthetica: Transection versus neurolysis. Neurosurgery 1995;37:63-5.
- 10 Antoniadis G, Braun V, Rath S, Moese G, Richter HP. Meralgia paraesthetica and its surgical treatment. Nervenarzt 1995;66:614-7.
- 11 Siu TL, Chandran KN. Neurolysis for meralgia paresthetica: an operative series of 45 cases. Surg Neurol 2005;63:19-23.
- 12 Ducic I, Dellon AL, Taylor NS. Decompression of the lateral femoral cutaneous nerve in the treatment of meralgia paresthetica. J Reconstr Microsurg 2006;22:113-8.
- 13 Macnicol MF, Thompson WJ. Idiopathic meralgia paresthetica. Clin Orth Rel Res 1990;254:270-4.
- 14 Nahabedian MY, Dellon AL. Meralgia paresthetica: etiology, diagnosis, and outcome of surgical decompression. Annals Plast Surg 1995;35:590-4.

Intermezzo

Fout

Een vriend van me was ooit kraanmachinist op de grootste kraan die er toen was. Op een dag weigerde hij een klus. Het was gevaarlijk, schatte hij in. Zijn baas ontsloeg hem direct en deed de heisklus zelf. De kraan viel om, met veel schade, toevallig zonder slachtoffers. Zijn baas heeft hem de volgende dag gesmeekt weer terug te komen. Dat gebeurt dokters ook. Soms zijn dokters als de kraanmachinist, of als de kraanbaas.

Zelf heb ik het onlangs ook mis gehad. Ik dacht dat de klachten die in zes weken waren toegenomen op dat moment geen spoed waren; eerst maar twee dagen medicijnen. Hielp het, dan rustig uitzoeken. Hielp het niet, dan voor het weekend de specialist erbij. Ik heb dat niet goed ingeschat. De tweede dag was het uit de hand gelopen. Natuurlijk heeft die man de pest in. Daar moeten we nog een keer over praten, want hij heeft gelijk. Maar wat

moet je nu als dokter met zo'n rotgevoel? Dat boze, dat vloeken op jezelf? Die man heeft daar geen boodschap aan. Schat je iets verkeerd in door gebrek aan ervaring soms? Meestal is dat het niet, weet ik uit ervaring. Dagelijks zie ik jonge dokters prima werk doen. Ik zou zo patiënt bij ze worden. Het kan ook teveel ervaring zijn. Je hebt zoveel gezien, maar vergeet dat elke gebeurtenis een uitzondering is, of kan zijn. Bij deze man was dat zo, hij had ook iets uitzonderlijks erbij, iets wat je niet kunt zien.

Veel of weinig ervaring, begrijpelijk gemist of gewoon verkeerd ingeschat, dat rotgevoel blijft. De onzekerheid en de zelftwijfel beïnvloeden elke beslissing daarna, wekenlang. Dan vind ik dat ik een rotvak heb. Dan wil ik kraanmachinist worden.

Nico van Duijn