

Bölüm 9

KALÇA VE PELVİSİN TUZAK NÖROPATİLERİ

Gökhan BİLEN¹

Tuzak nöropati; periferik sinirlerin geçtikleri anatomik bölgelerde bası altında kalmasıdır. Tuzak nöropati kalınlaşmış fibröz bantlar, aşırı hipertrofiye uğramış ya da anatomik varyasyon gösteren kas yapısı, skar dokusu, tümöral oluşumlar nedeniyle içten bası sonrası görülebilmekle beraber alçı gibi dışardan bası yapan etkenler tarafından da oluşabilir.

Periferik sinir hasarı iatrojenik olarak ta oluşabilmektedir. Cerrahi insizyonlar esnasında sıklıkla periferik sinirlere yakın çalışılmaktadır. Cerrahi esnasında ya da operasyon sonrası oluşan hematoma basısı sonucunda da periferik sinir hasarı oluşabilmektedir.

İLİOHİPOGASTRİK SİNİR

İliohipogastrik sinir Lomber 1 (L1) kökünden köken alır. Psoas majör kasını anteriordan çaprazlayarak iliak kanada ulaşır ve ardından pubis bölgesinde sonlanır. Motor dalları abdominal duvar kasları olan m.internalis obliquus abdominis ve m. Transversus abdominis kaslarını uyarır. 2 adet duyu dalı vardır. Lateral kutanöz dalı gluteal bölgenin üst ve dış kısmının duyusu alırken, anterior kutanöz dalı ise karın duvarın ön kısmının duyusunu alır.

İliohipogastrik sinir tuzak nöropatisi kasık ve suprapubik bölgede ağrı ve duyu kusuru ile kendini gösterir. İliohipogastrik sinir mononöropatisi pelvik ve jinekolojik (1,2) cerrahi, fitik onarımı (3)

ve laparoskopik cerrahi (4) esnasında yaralanarak meydana gelir.

İLİOİNGUİNAL SİNİR

İliioinguinal sinir, L1 kökünden köken alır. Psoas majör kasını çaprazladıktan sonra kuadratus kumbarum ve iliakus kaslarını geçer. Motor dalı iliohipogastrik sinir gibi m. Internalis obliquus abdominis ve m.tranversus abdominis kaslarını uyarır. Duyu dalları uyluk üst bölgesinin medialinin, üst skrotal bölgenin ve penisin duyusunu alır.

İliioinguinal sinir nöropatisi olan hastalar kasık bölgesindeki ağrıdan yakınır. İliioinguinal sinir mononöropatisi inguinal herni onarımı esnasında ya da yara iyileşmesi esnasında oluşan yapışıklıklar sonucunda olabilmektedir (5). Bunun dışında pelvik ve jinekolojik cerrahi(1,6), herni onarımı (7), laparoskopik cerrahi (4) sonrası meydana gelebilmektedir.

GENİTOFEMORAL SİNİR

Genitofemoral sinir, L1-L2 köklerinden köken alır. İliopsoas kasını geçtikten sonra common iliak arter ardından eksternal iliak arteri takip eder. İnguinal ligament seviyesinde femoral ve genital dallarına ayrılır. Genital dal inguinal kanaldan geçtikten sonra kremaster kasını uyarır. Skrotum ve skrotuma bitişik uyluk bölgesinin duyusunu alır. Femoral dal ise inguinal ligamenti geçtikten sonra uyluk anterosuperiorunun duyusunu alır.

¹ Op. Dr. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, gkhnbilan@hotmail.com

sebepleri arasında piriformis kası hipertrofisi (21), total kalça artroplastisi (22), cerrahi esnasında uzamış lateral dekübit pozisyonu (23) sayılabilir.

İNFERİÖR GLUTEAL SİNİR

İnferior gluteal sinir L5, S1-2 köklerinden köken alır. Siyatik çentikten geçtikten sonra piriformis kasının altından geçerek gluteus maksimus kasını uyarır. Mononöropatisinde gluteus maksimus disfonksiyonu sebebi ile kalça ekstansiyonunda güçsüzlük meydana gelir. Hasta sandalyeden kalkmakta ve merdiven çıkmakta zorluk tarif eder. İnferior gluteal sinir mononöropatisine endometriyozis dokusu (24), piriformis kası hipertrofisi (25), kalça içi enjeksiyonlar (26) sebep olabilir.

KAYNAKÇA

- 1: Bohrer JC, Walters MD, Park A, et al. Pelvic nerve injury following gynecologic surgery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201:531–537.
- 2: Cardosi RJ, Cox CS, Hoffman MS. Postoperative neuropathies after major pelvic surgery. *Obstet Gynecol.* 2002;00:240–244.
- 3: Vuilleumier H, Hubner M, Demartines N. Neuropathy after herniorrhaphy: indication for surgical treatment and outcome. *World J Surg.* 2009;33:841–845.
- 4: Choi PD, Nath R, Mackinnon SE. Iatrogenic injury to the ilioinguinal and iliohypogastric nerves in the groin: a case report, diagnosis, and management. *Ann Plast Surg.* 1996;37:60–65.
- 5: Arcocha Aguirrezabal J, Irimia Sieira P et al. Ilioinguinal neuropathy: usefulness of conduction studies *Neurologia.* 2004;19:24–26.
- 6: Benini A. Ilioinguinal and genito-femoral neuralgia. Causes, clinical aspects, therapy. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 1992;81:1114–1120.
- 7: Miller JP, Acar F, Kaimaktchiev VB, et al. Pathology of ilioinguinal neuropathy produced by mesh entrapment: case report and literature review. *Hernia.* 2008;12:213–216.
- 8: Walter J, Reichart R, Vonderlind C, et al. Neuralgia of the genitofemoral nerve after hernioplasty. Therapy by peripheral nerve stimulation. *Chirurg.* 2009;80:741–744.
- 9: Moucharafieh R, Wehbe J, Maalouf G. Meralgia paresthetica: a result of tight new trendy low cut trousers ('taille basse'). *Int J Surg.* 2008;6:164–168.
- 10: Parisi TJ, Mandrekar J, Dyck PJ, et al. Meralgia paresthetica: relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus. *Neurology.* 2011;77:1538–1542.
- 11: Heidenreich W, Lorenzoni E. Injury of the lateral cutaneous nerve of the thigh. A rare complication following gynecologic surgery. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1983;43:766–768.
- 12: Bradshaw AD, Advincula AP. Postoperative neuropathy in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010;37:451–459.
- 13: Barcin C, Kursaklioglu H, Kose S, et al. Transient femoral nerve palsy after diagnostic coronary angiography. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2009;9:248–249.
- 14: Huang MI, Debernardo RL, Rodgers M et al. Endometrial stromal sarcoma metastasis to the lumbar spine and sphenoid bone. *Rare Tumors.* 2011;3:e27.
- 15: Sorenson EJ, Chen JJ, Daube JR. Obturator neuropathy: causes and outcome. *Muscle Nerve.* 2002;25:605–607.
- 16: Holub Z. Obturator neuropathy after laparoscopic retroperitoneal surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95:165–166.
- 17: Warner MA, Warner DO, Harper CM, et al. Lower extremity neuropathies associated with lithotomy positions. *Anesthesiology.* 2000;93:938–942.
- 18: Yuen EC, Olney RK, So YT. Sciatic neuropathy: clinical and prognostic features in 73 patients. *Neurology.* 1994;44:1669–1674.
- 19: Ramtahal J, Ramlakhan S, Singh K. Sciatic nerve injury following intramuscular injection: a case report and review of the literature. *J Neurosci Nurs.* 2006;38:238–240.
- 20: Clark K, Williams PE Jr, Willis W, et al. Injection injury of the sciatic nerve. *Clin Neurosurg.* 1970;17:111–125.
- 21: Diop M, Parratte B, Tatu L, et al. Anatomical bases of superior gluteal nerve entrapment syndrome in the supra-piriformis foramen. *Surg Radiol Anat.* 2002;24:155–159.
- 22: Eskelinen A, Helenius I, Remes V, et al. Cementless total hip arthroplasty in patients with high congenital hip dislocation. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:80–91.
- 23: Donofrio PD, Bird SJ, Assimos DG, et al. Iatrogenic superior gluteal mononeuropathy. *Muscle Nerve.* 1998;21:1794–1796.
- 24: Hettler A, Bohm J, Pretzsch M, et al. Extragenital endometriosis leading to piriformis syndrome. *Nervenarzt.* 2006;77:474–477.
- 25: Mondelli M, Martelli G, Greco G, et al. Mononeuropathies of inferior and superior gluteal nerves due to hypertrophy of piriformis muscle in a basketball player. *Muscle Nerve.* 2008;38:1660–1662.
- 26: Obach J, Aragones JM, Ruano D. The infrapiriformis foramen syndrome resulting from intragluteal injection. *J Neurol Sci.* 1983;58:135–142.