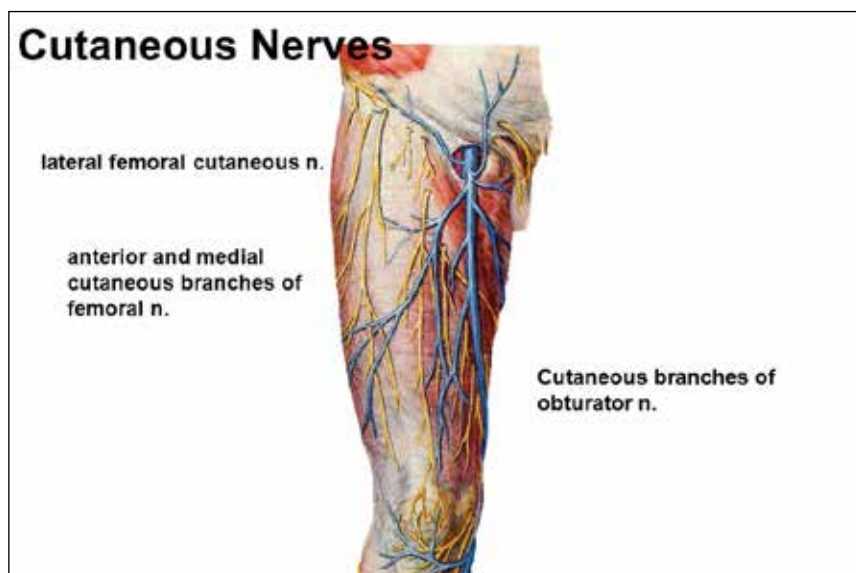




Meralgia parastetica

Meralgia parastetica (MP) er en relativt sjelden tilstand, der smerter, nummenhet og prikking i låret oppstår grunnet irritasjon eller kompresjon av den laterale femorale kutane nerven (LFCN). Selv om MP generelt sett ikke er en alvorlig medisinsk tilstand, kan den forårsake betydelig ubehag og påvirke en persons livskvalitet. I denne artikkelen vil vi se på årsakene, symptomene, diagnosen og behandlingsalternativene for meralgia parastetica.

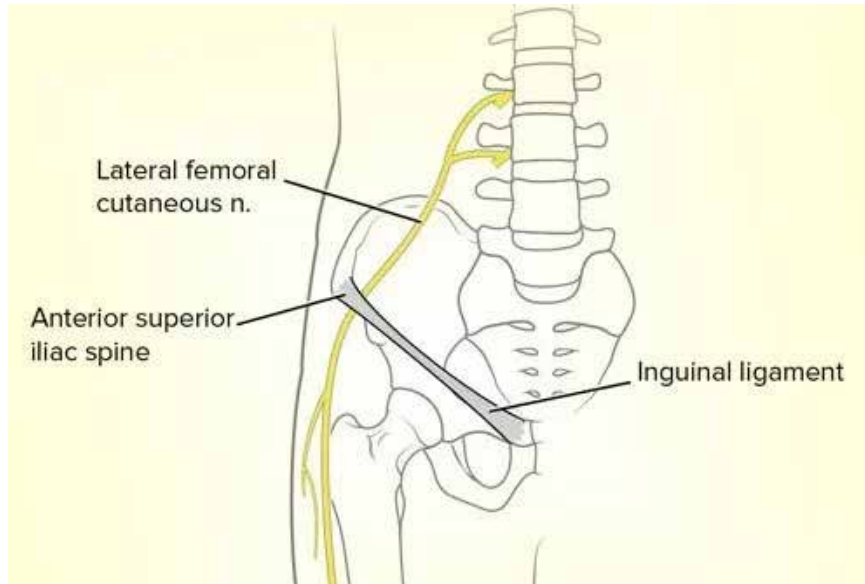


AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Tilstanden har fått sitt navn etter de greske ordene «meros» og «algos», som betyr henholdsvis «lår» og «smerte». Parestesier er fornemmelsene som kan føles som brenning, stikking/prikking, kløe, nummenhet, maurkryping, varme eller kulde. LFCN er ansvarlig for å transportere sensorisk informasjon fra utsiden av låret til hjernen. Den har ingen motoriske fibre. Nerven har sitt opphav fra plexus lumba-

lis og det andre og tredje lumbale segmentet. Nerven dukker opp lateralt for m. psoas og følger over m. iliacus frem mot lyskebåndet. Den trer ut gjennom abdomen idet den går under båndet, som oftest medialt for m. sartorius. Avstanden til spina iliaca anterior superior kan variere med flere centimeter. Dette er muligens en medvirkende faktor til at noen utvikler denne tilstanden og andre ikke. Meralgia parastetica oppstår når denne nerven blir komprimert eller irritert der den passerer under lyskebåndet – ligamentum inguinale. LFCN går også gjennom fascia latea før den forgrener seg til hudnerver, og her er et nytt område nerven kan komme i klem. I underekstremiteten regnes MP for å være den vanligste mononeuropatien, selv om den lett kan overses. Derfor er dette en tilstand vi bør kjenne til.

En vanlig årsak til MP er økt trykk på nerven på grunn av stramme klær, spesielt rundt midjen og hoftene. Overvekt kan også bidra til å øke trykket på LFCN, graviditet likeså. Andre mulige årsaker inkluderer traumer, kirurgiske inngrep i området, samt svulster eller cyster som presser på nerven. Visse medisinske tilstander, som f.eks. diabetes og hypotyreose, gir økt risiko for perifer nevropatier. Sjøfører eller andre jobber som medfører mye bruk av setebelte, har også en kjent risiko for å pådra seg MP.



Symptomer

Det viktigste symptomet på meralgia parastetica er smerter eller ubehag på utsiden av låret. Smerter kan variere fra mild til intens og kan beskrives som en brennende, prikkende eller nummen følelse. Noen pasienter opplever også økt følsomhet eller berøringsmerter i det aktuelle området. Symptomene kan forverres ved langvarig ståing, gåing eller aktivitet som involverer bevegelse av hoftene.

Diagnose

Ofte stilles diagnosen Meralgia parastetica basert på utelukkelse av andre diagnoser, da det ikke finnes

en standard test som påviser tilstanden. Smertene kan være intense og oppleves svært begrensende, og mange pasienter kan oppleve dette som dramatisk. Annen patologi som er viktig å undersøke, er tilstander i hoft og bekkenledd, samt nervekompresjoner i ryggrad, som f.eks. prolaps.

Ved MP trenger ikke nerven være veldig palpasjonsømt (bilde 1) eller bli trigget av nervestrekktest for n. femoralis (bilde 2), men dette er tester det vil være naturlig å utføre. Det er også beskrevet en sideliggende test der terapeuten komprimerer over os ilium (bilde 3) og holder kompresjon i 30 sekunder for å se





om det letter symptomene pasienten opplever.

Ultralyd kan gi funn i form av endring av nervens tverrsnitt, endring i ekkosignalet i ytterkanten av nerven eller karaktivitet i selve nerven. Funn kan enkelt sammenlignes med samme struktur på motsatt side, noe som sjelden utføres ved MR.

Behandling

Behandlingen av meralgia parasthetica fokuserer vanligvis på å lindre symptomer og redusere irritasjonen av den laterale femorale kutane nerven. De fleste pasienter med MP vil respondere fint på konservativ tilnærming med øvelser, eventuelt med supplerende smertelindring og bruk av NSAIDs. Pasienten kan også benytte mer løstsittende klær og unngå aktiviteter som forverrer symptomene.

I tillegg kan fysioterapi og øvelser for å styrke bekken- og lårmuskulaturen bidra til å avlaste nerven. Manuell behandling har ikke dokumentert effekt, men det kan benyttes i tillegg til aktiv tilnærming, dersom pasienten opplever smertelette.

Øvelser bør ta sikte på å mobilisere nervevevet for å fremme sirkulasjon som reduserer kompresjon på nerven. Dette kan være med på å desensitivisere nerven. Her er det mange øvelser som kan påvirke området nerven beveger seg gjennom, og vi kan bruke mange øvelser vi eller pasienten er fortrolige med fra før. For å forsøke mer rettet mobilisering av LFCN, kan du gjerne benytte noen av følgende øvelser.

1. *Ryggliggende mobilisering (bilde 4A og 4B)*
Ligg på rygg med affisert hoft utenfor kanten av benken. Flekter i hoft og gå så mot full ekstensjon. I full ekstensjon gjør pasienten en kontraksjon i setemuskel for å skape litt ekstra strekk på forsiden av hoftepartiet der nerven forløper. Totalt 10–15 repetisjoner i rolig tempo.
2. *Stående mobilisering (bilde 5A og 5B)*
Stå på et trinn med ikke-affisert ben. La det vonde benet henge ned fra kanten, hold hoften ekstendert, men unngå ekstensjon i lumbal. Ha heller litt

flektert posisjon i lumbal mens du lateralflekterer ryggen mot motsatt side. Kontraher setemuskelatur for litt ekstra strekk på fremsiden av hofta. Gå inn og ut av strekkposisjon.

3. Knestående mobilisering (bilde 6A og 6B)

Denne posisjonen minner mye om en tøyning av m. psoas, men husk at vi først og fremst ønsker en mobilisering av mer overflatiske strukturer. Gyg rolig frem og tilbake 10–15 repetisjoner.

I mer alvorlige tilfeller, der konservativ behandling ikke gir tilstrekkelig lindring, kan mer invasive tiltak vurderes. Dette kan inkludere injeksjoner av kortikosteroider i området rundt den komprimerte nerven for å redusere betennelse og smerte. I sjeldne tilfeller kan kirurgi være nødvendig for å frigjøre den komprimerte nerven og lindre symptomene. I litteraturen har operasjon bedre resultater enn injeksjon, men injeksjon er betydelig enklere og mindre invasivt, så for mange vil det være naturlig å forsøke dette først. Injeksjon utføres helst ultralydveiledet for å sikre injeksjon på rett sted. Man kan benytte kun lokalbedøvelse som en diagnostisk test, ellers benyttes kortison for å slå ned inflammasjon og irritasjon av nerven. Kirurgisk tilnærming er enten å forsøke å frigjøre nerven (dekompressjon), nevrektomi – dvs. å rett og slett kutte og fjerne hele eller deler av nerven – eller nevrolyse, der man kjemisk slår ut nerven midlertidig eller permanent.

Oppsummering

Meralgia parastetica er en perifer nerverlidelse som forårsaker ubehagelige symptomer i utsiden av låret. Selv om tilstanden vanligvis ikke er alvorlig, kan den være svært plagsom for de som opplever den. Riktig diagnose og behandling kan bidra til å lindre symptomene og forbedre livskvaliteten.

Se kilder/referanser side 36

