

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2020;182:V04190230

# Meralgia paresthetica

Christian Baastrup Søndergaard, Ove Bergdal & Kåre Fugleholm Buch

Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2020;182:V04190230

Meralgia paresthetica (MP) er en lidelse, der rammer ca. 30/100.000, ligeligt fordelt mellem kvinder og mænd [1]. Tilstanden er en mononeuropati af n. cutaneus femoralis lateralis (LFCN), der stammer fra de lumbale nerverødder L2 og L3 og har sit forløb lateralt for m. psoas major, gående over m. iliacus for derefter at løbe under l. inguinale gennem lacuna musculorum for at nå den anteriore del af låret medially for m. sartorius. Her passerer den ud gennem fascia lata for at forgrene sig til den anterolaterale del af låret. Nerven er udelukkende sensorisk, og hvis den bliver udsat for kompression, giver det klassisk en brændende, stikkende fornemmelse, som er lokaliseret anterolateralt på låret. Med tiden tilkommer der desuden reduceret sensibilitet i det samme område. Patofysiologien bag MP er kompression af nerven, og derfor medfører MP lokal iskæmi i starten. Iskæmien forsvinder, når kompressionen forsvinder, og normal blodgennemstrømning i nerven er genoptaget (neuropraksi) (Tabel 1). Ved vedvarende kompression tilkommer der permanente forandringer (axonotmesis) i nerven, og generne bliver konstante.

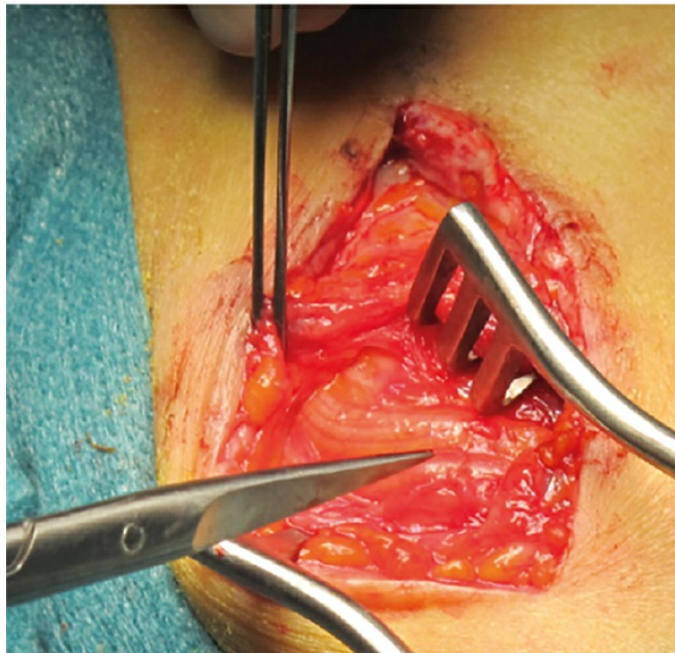
### HOVEDBUDSKABER

- Meralgia paresthetica er en mononeuropati af nervus cutaneus femoris lateralis (LFCN) med klinisk letgenkendelig paræstesi og nedsat sensibilitet i et distinkt område anterolateralt på låret.
- Ved manglende bedring ved konservativ behandling bør der foretages udredning med sensorisk nerveledningsundersøgelse og ultralydskanning.
- Kirurgisk dekompression af LFCN er et mindre indgreb med en succesrate på 60-70%.

Hos patienter, som har MP, har nerven ofte et atypisk forløb, der bevirker, at den er mere udsat for neuropraksi: Nerven løber gennem l. inguinale, lateralt for spina iliaca anterior superior (SIAS) (Figur 1) og dermed over crista iliaca eller i tæt relation til SIAS, hvilket kan give kompression af nerven.

**TABEL 1 /** Seddons klassifikation af traumatiske nerveskader.

Kategori	Beskrivelse
Neuropraksi	Konduktionsblokada af et intakt akson Skyldes ofte kompression og er reversibel ved dekompression
Axonotmesis	Skade på nerven medførende walleriansk degeneration af aksonet men intakte støttestrukturer: epi-, endo- og perineurium God prognose for spontan bedring
Neurotmesis	Læsion af både akson og støttestrukturer Dårlig prognose for spontan bedring

**FIGUR 1 /** Et nerveforløb gående over spina iliaca anterior superior.

Disponerende faktorer for MP kan være: overvægt, diabetes mellitus, brug af stramme bukser eller brug af stramt bælte, som kan give lokalt tryk i regionen, erhverv, hvor der skal bruges tunge bæltter (håndværk, politi eller militær), og graviditet [2, 3]. Tilstanden kan også have

traumatisk ætiologi som ved retroperitonealt hæmatom og skader på bækkenet eller lysken, som det kan ses ved trafikulykker, hvor der er sædebælteskader. Iatrogen kan tilstanden bl.a. skyldes ekstern fiksering af bækkenet ved SIAS eller høstning af knoglespange fra hoftebenskammen til desekirurgi.

## UDREDNING

Klinisk vurdering er det altovervejende vigtigste redskab i diagnosticeringen. Der er ofte et skarpt afgrænset område med reduceret sensibilitet. Dette område er lokaliseret anterolateralt på låret med en proksimal grænse 5-10 cm under SIAS til 5-10 cm over knæniveau (**Figur 2**). Da nerven som nævnt udelukkende er sensorisk, vil der ikke være motoriske udfald. Tinels tegn er ofte til stede.

**FIGUR 2 /** Klinisk distribution af sensoriske udfald.

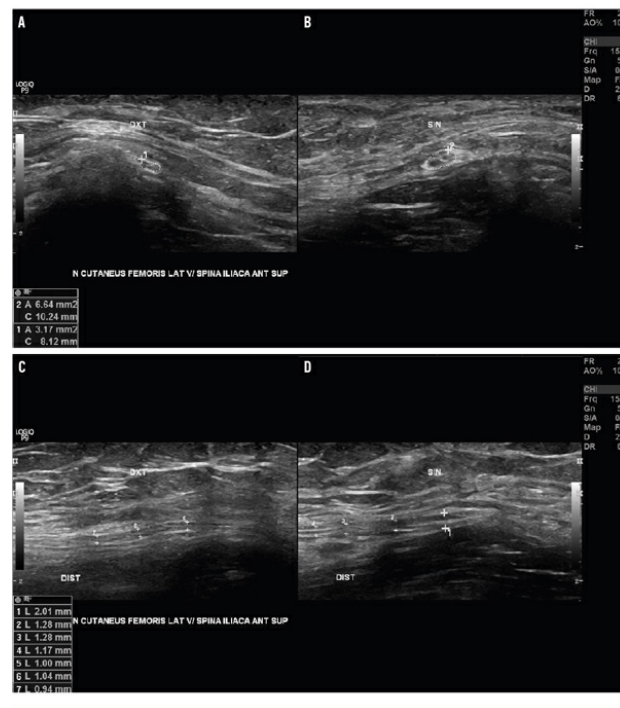


Ved anlæggelse af blokade med kortikosteroid og behandling med analgetika vil ophør af paræstesier være diagnostisk for MP. Blokaden kan dog være svær at anlægge, da nerven varierer i sit forløb i relation til ligamentet. Blokadens effekt er forbigående og kan ikke betragtes som behandling for MP. Den almindelige placering af blokaden er 1 cm medialt og 1 cm distalt for SIAS, svarende til medialt for m. sartorius.

Ultralydskanning forud for operation kan i de rigtige hænder dels give et klart indtryk af kompression af nerven med en klassisk udvidelse af nerven proksimalt for kompressionen, dels give nyttig information om nervens lokalisering (**Figur 3**) og dermed forenkler en eventuel operativ procedure. Der foreligger en publikation om et tilfælde, hvor man har anvendt

ultralydskanning umiddelbart inden operationen for at undgå unødigt søgen efter nerven [4].

**FIGUR 3 /** Ultralydskanning af n. cutaneus femoralis lateralis. A. Højre og B. venstre n. cutaneus femoralis lateralis ud for spina iliaca anterior superior i tværsnit. C. Højre og D. venstre længdesnit af nervens forløb.



Neurofysiologisk udredning kan være nyttig i tilfælde af differentialdiagnostiske overvejelser og ved symptomatologi, der ikke er oplagt. Der er varierende erfaring med neurofysiologisk udredning af LFCN, hvorfor henvisninger til dette ofte afvises. Der foreligger publikationer, hvor man anbefaler neurofysiologisk udredning med sensorisk nerveledningsanalyse og sammenligning med den kontralaterale side, og det anføres, at denne undersøgelse er bedre end somatosensorisk evoked potential [5, 6].

MR-skanning af LFCN kræver radiologisk ekspertise og giver sjældent information, som man ikke kan få ved den mindre ressourcekrævende ultralydskanning. MR-skanning har derfor ingen rolle i udredning for MP i dag, men kan dog anvendes som supplement i tilfælde af mistanke om nervetumor eller øvrig patologi i lyskere regionen.

## DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Den primære differentialdiagnose er degenerativ lumbal lidelse med nerverodsaffektion. Patienter, som har denne tilstand, har som hovedregel lænderygsmerter og radikulære smerter, som går fra ryg til lår. Gener fra en lumbal rodaffektion vil ikke have et lige så afgrænset sensibilitetsudfald på låret som gener ved MP og kan være ledsaget af motoriske udfald (hoft- og knæfleksionsparese) samt refleksudfald (patellarrefleks). Ved tvivl om, hvorvidt ætiologien stammer fra lænden, må der suppleres med MR-skanning af columna lumbalis.

N. femoralis-neuropati er en sjælden tilstand, der kan medføre sensoriske udfald på låret, men de er lokaliseret mere anteriort og medialt end ved LFCN. Derudover kan der være sensibilitetsforstyrrelser medialt på underbenet samt motoriske udfald fra m. quadriceps femoris.

Tendinitis tractus iliotibialis er en inflammatorisk tilstand og vil give betydelig palpationsømhed samt forværring ved fysisk belastning og være direkte anatomisk lokaliseret til tractus iliotibialis.

## BEHANDLING

### Konservativ behandling

Ved konstatering af MP og ved tilstedeværelse af kendt disposition må man forsøge konservativ behandling, herunder væggtab, anvendelse af løser bukser eller undgåelse af bæltebrug. Nonsteroid antiinflammatoriske stoffer og analgetika kan lindre symptomerne i afventen på spontan lindring. Konservativ behandling vil afhjælpe tilstanden hos 60-90% [7, 8]. Blokade kan forsøges og kan lindre i en periode, men som angivet, anses blokade ikke som en behandlingsmodalitet ved MP.

Succesfuld behandling med pulserende radiofrekvensablation af LCFN er beskrevet i flere kasuistikker, men der foreligger endnu ikke evidens for behandlingens effekt.

### Operativ behandling

Ved vedvarende, uudholdelige gener og manglende effekt af konservativ behandling kan man overveje operativ behandling. Kirurgisk behandling varetages i neurokirurgisk regi, alternativt i ortopædkirurgisk, det afhænger af lokal erfaring og ekspertise.

Man skelner mellem dekompression af nerven og overskæring. I flere artikler har man argumenteret for bedre effekt på længere sigt af neurektomi. Neurektomi vil dog medføre manglende sensibilitet anterolateralt på låret, hvilket i sig selv kan være generende.

En mellemløsning kan være i første omgang at forsøge med dekompression, og i tilfælde af manglende effekt eller ved recidiv kan man foretage en overskæring. Prognosen for bedring efter dekompression er god, og der angives 60-70% chance for betydelig bedring. Succesraten ved overskæring er i flere studier beskrevet som værende højere end ved dekompression, dog er disse studier retrospektive, og der er få patienter inkluderet [9-15].

### Operationsprocedure

Proceduren foretages i generel anæstesi i kombination med lokalbedøvelse. Der bliver lagt et 5-6 cm snit en fingerbredde under l. inguinale og langs med dette fra lige under SIAS i retning mod

symfyssen, og der foretages dissektion gennem det subkutane væv ned til fascia lata og fascien til m. sartorius. Fascien åbnes, og hovedstammen til LFCN ligger som oftest lateralt eller medalt for m. sartorius. Når nerven er lokaliseret, følges den proksimalt, og der frilægges, til nerven har et frit og uhindret forløb under ligamentet og ind i abdomen. Dekompressionen indebærer ofte en partiel sektion af ligamentet og dermed en lille risiko for, at der dannes et hernie. Ved neurektomi lokaliseres nerven, som derefter overskæres på den abdominale side af ligamentet for at undgå eventuelle gener fra et stump neurom.

Patienterne udskrives som regel samme dag og ses til kontrol ambulat.

## KONKLUSION

MP er en generende tilstand, der er letgenkendelig klinisk og i de fleste tilfælde vil kunne afhjælpes med konservativ behandling. Ved intraktable gener kan yderligere udredning udføres i form af neurofysiologisk udredning og/eller med ultralydskanning. Operativ behandling med dekompression er en relativt lille procedure med en succesrate på 60-70%, og i tilfælde af persisterende gener eller recidiv efter behandlingseffekt kan man overveje nerveoverskæring. Udførelse af ultralydskanning i relation til selve indgrebet vil kunne lette selve operationen og forbedre operationsresultatet.

KORRESPONDANCE: *Ove Bergdal*. E-mail: [ove.bergdal@gmail.com](mailto:ove.bergdal@gmail.com)

ANTAGET: 12. februar 2020

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 13. april 2020

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)

## SUMMARY

Christian Baastrup Søndergaard, Ove Bergdal & Kåre Fugleholm Buch:

### **Meralgia paraesthetica**

Ugeskr Læger 2020;182:V04190230

This review summarises the treatment of meralgia paraesthetica. The condition is easy to recognise clinically, and in most cases the effect of conservative treatment is good. In case of persistent symptoms, further work-up is recommended including neurophysiological testing and ultrasound examination. If surgery is decided, we recommend nerve decompression primarily, since this procedure holds a success rate of 60-70%. In case of persistent symptoms, neurectomy should be performed. Ultrasound examination immediately before surgery can be helpful in localising the nerve and shortening procedural time.

## LITTERATUR

1. van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RM et al. Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. *J Neurol* 2004;251:294-7.
2. Parisi TJ, Mandrekar J, Dyck PJ et al. Meralgia paresthetica: relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus. *Neurology* 2011;77:1538-42.
3. Boyce JR. Meralgia paresthetica and tight trousers. *JAMA* 1984;251:1553.
4. Ellis J, Schneider JR, Cloney M et al. Lateral femoral cutaneous nerve decompression guided by preoperative ultrasound mapping. *Cureus* 2018;10:e3652.
5. Lagueny A, Deliac MM, Deliac P et al. Diagnostic and prognostic value of electrophysiologic tests in meralgia paresthetica. *Muscle Nerve* 1991;14:51-6.
6. Seror P. Lateral femoral cutaneous nerve conduction v somatosensory evoked potentials for electrodiagnosis of meralgia paresthetica. *Am J Phys Med Rehabil* 1999;78:313-6.
7. Nahabedian MY, Dellon AL. Meralgia paresthetica: etiology, diagnosis, and outcome of surgical decompression. *Ann Plast Surg* 1995;35:590-4.
8. Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. *J Neurosurg* 1991;74:76-80.
9. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P et al. Meralgia paresthetica: a retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthop* 2006;77:482-6.
10. de Ruyter GC, Kloet A. Comparison of effectiveness of different surgical treatments for meralgia paresthetica: results of a prospective observational study and protocol for a randomized controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg* 2015;134:7-11.
11. Antoniadis G, Braun V, Rath S et al. Meralgia paraesthetica and its surgical treatment. *Nervenarzt* 1995;66:614-7.
12. van Eerten PV, Polder TW, Broere CA. Operative treatment of meralgia paresthetica: transection versus neurolysis. *Neurosurgery* 1995;37:63-5.
13. Benezis I, Boutaud B, Leclerc J et al. Lateral femoral cutaneous neuropathy and its surgical treatment: a report of 167 cases. *Muscle Nerve* 2007;36:659-63.
14. de Ruyter GC, Wurzer JA, Kloet A. Decision making in the surgical treatment of meralgia paresthetica: neurolysis versus neurectomy. *Acta Neurochir (Wien)* 2012;154:1765-72.
15. Emamhadi M. Surgery for meralgia paresthetica: neurolysis versus nerve resection. *Turk Neurosurg* 2012;22:758-62.