

İLIOİNGUINAL SENDROM

Dr. Bilge AYKURT (x)

Dr. Muzaffer AYKURT (xx)

Ö Z E T :

1962 yılında Kopell ve arkadaşları tarafından adlandırılmış ve yayınlanmış olan bu sendrom İlioinguinal sinirin gerilmesi, sıkışması bası altında kalması ve bu bölge operasyonlarıyla zedelenmesi sonucu kasık kanalı ve etrafındaki ağrılarla kendini gösterir. Bu çalışmada ilioinguinal sendrom tanısı konulan 90 olgu ve tedavileri sunulmuştur..

G İ R İ Ş :

İlioinguinal sendrom 1962 yılında Kopell ve arkadaşları tarafından ilk kez adlandırılmış ve yayınlanmıştır. Kopell ve arkadaşları o yılda ilioinguinal sinirin kronik ve mekanik hastalığı sonucu kasık kanalı boyunca ağrı ile giden iki olgu yayınlamışlar ve ilk kez ilioingunial sendrom ismini vermişler (5).

Daha sonraları bu konudaki çalışmalar giderek artmış etiyoloji klinik belirtiler patomekanizma ve tedavi yöntemleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur (1-4).

Anatomi: N. İlioingualis L₁ sinirinden çıkar. N. İliohipogastrikusun altında bu sinire paralel olarak evvela M. quadratus lumborumun ön yüzünde dışa ve aşağıya doğru uzanır. Burada her iki sinir de böbreğin arka yüzü ile komşuluk yaparlar. Karnın ön kısmında N. İlioinguinalis öne ve aşağıya doğru seyrederek bazı dalları funiculus spermaticusu takip ederek skrotuma inerler. N. İlioinguinalisin somatomotor dalları karın duvarındaki geniş kasların alt kısımlarında dağılırlar. Sensitif lifleri inguinal bölgenin iç tarafında mons pubis ve uyluğun iç yüzünde deride dağılırlar.

(x) Doç. Dr. Bilge AYKURT: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı.

(xx) Prof. Dr. Muzaffer AYKURT : Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Sendromun oluşmasındaki etyolojik nedenler; kalça eklemi travmaları, koksartroz, koksa-vara, ağır kaldırma, apandisit, inguinal herni, böbrek ve uterus ameliyatları, inguinal lenf bezlerinin çıkarılması gibi küçük cerrahi girişimler, retroperitoneal tümörler, yanlış uygulanan enjeksiyonların yol açtığı iltihaplar, spastik bronşit ve ardı sıra şiddetli öksürmeler olarak belirlenmiştir. Bu sendromun patomekanizması ilioinguinal sinirin gerilmesi, sıkışması, bası altında kalması ve bu bölge operasyonlarıyla zedelenmesidir.

Etiyolojik nedenler göz önüne alınarak sendromun patomekanizması şu şekilde açıklanabilir. Operasyon söz konusu ise ilioinguinal sinir o esnada zedelenmiş veya dikilerek sıkışmış olabilir. Veya ameliyat yerinde gelişen skatris uzun süre sinire bası yapmış olabilir. Retroperitoneal tümörler de komşuluk nedeniyle sinire bası yapabilirler. Nefrektomilerden sonra sinir gerilmiş olabilir, veya gelişen skatrisle bası altında kalabilir. Ağır kaldırma, bronşit veya sürekli öksürükler karın adalelerinin kasılmasına ve dolayısıyla sinirin uzun süre bası altında kalmasına neden olur. Koksartroz veya koksa-varada patomekanizmayı Kopell ve Thompson iki nedene bağlamışlardır (5).

1- Femur başının yıpranmasına bağlı olarak o tarafta kalça biraz aşağıya düşer. Bu sebeple ilioinguinal sinir gerilir ve ağrı ortaya çıkar.

2- Femur başı normal şeklini kaybederse rotasyon ve abduksiyon hareketlerinde sınırlılık olur. Bu nedenle oblik karın kasları gerilir ve aşırı fonksiyon gösterirler. Sonuçta buradan geçen ilioinguinal sinir bası altında kalarak ağrı ortaya çıkar.

Klinik Belirtiler: İlk belirti karın ve alt kasık bölgesindeki ağrıdır. Ağrı bazen kalçaya kadar yayılır. Karın içi basıncını arttıran durumlarda (öksürük vb) ağrılar da artar. Spina iliaca anterior superiorun üst kısmında karın duvarı bastırıldığında kasık kanalı boyunca yayılan şiddetli ağrı duyulur. Sinir oblik karın kaslarına motor iplikler verdiği için bu kaslarda kuvvet azlığı görülür.

Bu nedenle hasta sırt üstü yatar durumda gövdenin oblik doğrultudaki hareketleri kolay ve tam olarak yapılamaz. Sırt üstü yatış durumunda kalça ve diz eklemleri fleksiyon ve iç rotasyon durumundadır. Ayağı kalkınca sinirin gerilmesi nedeniyle ağrı artacağından bunu gidermek için gövde öne fleksiyon durumundadır. Karın bastırıldığında kasık kanalının üst kısmı ve karının alt bölgesinde sendromun olduğu tarafta karşı tarafa göre daha fazla bir kabarma görülür. Bu kabarma sinir hasta olduğundan o taraf karın kaslarındaki tonusun azalması nedeniyle olur.

Yüzeyel his bozukluğu ince bir şerit şeklinde ligamentum inguinale boyunca, uyluk kökünde pubis ve skrotum, kadınlarda labiyumlarda duyu hissinin artması veya azalması şeklindedir (4,8).

Ayırıcı Tanı: En çok nervus iliohipogastrikus ve nervus genitofemoralis lezyonları ile karışabilir. N. İliohipogastrikusta gluteal bölgenin dış kısmında da

yüzeyel his bozuklukları vardır. Ayrıca bu sinirin parazisi önemli sorunlara yol açmaz. Çünkü M. Transversus abdominus ve M. Obligus abdominus internus aynı zamanda ilioingunial ve son iki torasik sinirlerden lifler almaktadır.

N. Genitofemoralis patolojisinde ise o tarafta kremaster refleksinin alınmaması tanıda yol göstericidir (8).

Nörolojik Muayene: Tereddütlere düşüldüğünde lezyon tarafındaki spinal iliaka anterior superiora lokal anestetik enjeksiyonu ile ilioinguinal sendromunda semptomlar kaybolur. Böylece tanıda kesinleşmiş olur.

MATERYAL VE METOD:

Çalışmada Temmuz 1976- Şubat 1979 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde İl ioinguinal sendrom tanısı konularak tedavi edilen 9 olgu sunulmuştur. Bu olguların 3 ü kadın, 6 si erkektir. Olguların en genci 11 , en yaşlısı ise 46 yaşındadır.

Tüm olguların pelvis, iki yönlü lumbosakral grafileri alınmıştır. Hb. Bk Sedimentasyon ve rutin idrar tetkikleri yapılmıştır. Gerektiğinde ilgili dala ait konsültasyon istenerek tanının tam olarak konulması sağlanmıştır.

Radikal tedavinin gerekli olduğu durumlarda cerrahi tedavi düşünülmüş, cerrahi tedavinin uygulanmadığı olgularda ise sendromun olduğu tarafta spina iliaka anterior superiora 2 cm3 (1 amp.) Novacain gün aşırı olmak üzere infiltre edilmiş ve 10 infiltrasyon bir kür olarak kabul edilmiştir.

Tablo : 1 de görüldüğü üzere olguların 4 ünde cerrahi, 5 inde ise konservatif tedavi uygulanmıştır.

Vakalar:

Vak'a 1- F.S. 11 yaşında, erkek, Erzincan, Öğrenci

Yakınması: Sol kasıkta ağrı ve yürümeye güçlüğü

Öyküsü : 3 ay öncesine kadar şikayeti olmayan hastanın arkadaşlarıyla top oynadıktan bir gün sonra yokuş çıkarken sol kasığında ağrı başlamış bu nedenle yürümekte güçlük çekiyormuş.

Muayenede: Hasta önce eğilerek sol bacak hafif fleksiyonda yürüyor. Kalça eklemi rotasyon hareketlerinde sınırlılık mevcut. Rotasyon, ekstansiyon hareketlerinde ağrılar artıyor. Sol taraf K.İ.A.S. dan pubise kadar uzanan bant şeklinde hiperestezi mevcut.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Pelvis grafisinde solda kalça eklemi aralığında genişleme, femur başında sklerotik görünüm ve fragmantasyon odakları tesbit edildi. Bu bulgular Legg-Perthes-Calve hastalığını göstermektedir.

Tablo : 1

OLGULAR

Olgu	Adı Soyadı	Yaş	Cins	Taraf	Etiyoloji	Tedavi	Sonuç
1	F.S.	11	E	Sol	Legg-Perthes-Calve	Novaksin İnfiltrasyonu	Salah
2	Y.K.	38	E	Sol	Ağır kaldırma	„	Şifa
3	A.T.	28	E	Sağ-Sol	Koksartroz	Bilateral Total K.	Şifa
4	Z.E.	45	K	Sağ	İschium Pubis Kolu Kırığı	Cerrahi	Şifa
5	H.S.	16	E	Sol	Travmatik Kalça Çıkığı	Cerrahi	Şifa
6	S.C.	19	E	Sol	Kalça Bölgesi Yumuşak doku travması	Novaksin İnfiltrasyonu	Şifa
7	N.S.	45	E	Sol	Kronik Bronşit	„	Şifa
8	A.Ö.	46	K	Sol	Koksartroz	Total Kalça Protezi	Şifa
9	N.K.	18	K	Sağ	Appendektomi	Novaksin İnfiltrasyonu	Salah

Vak'a 2- Y.K. 38 yaşında, erkek, Artvin, Çiftçi.

Yakınması: Sol inguinal bölgede ağrı.

Öyküsü : 2 ay önce ağır yük kaldırmaktan beline şiddetli ağrı girmiş bu ağrı sol kasığına vurmaya başlamış, bir kaç gün sonra belindeki ağrı geçmiş kasığındaki şiddetlenmiş, güçlkle yürüyebiliyormuş.

Muayenede: Öne eğilerek yardımla yürüyebiliyor. Yatarken sağ bacak ve uyluk fleksiyon ve iç rotasyon durumunda, bacak ekstansiyona zorlandığında kasık bölgesinde şiddetli ağrı duyuyor, sol kasık ve skrotumda aşırı derecede hiperestezi mevcut.

Röntgen ve Laboratuvar Bulguları: Normal.

Vak'a 3- A.T. 28 yaşında, erkek, Artvin

Yakınması : Heriki kalçadaki ağrı ve hareket sınırlılığı.

Öyküsü : 10 yıl önce travma geçirmiş. Travmadan 6 ay sonra her iki kalçada ağrı başlamış ve giderek artmış.

Muayenede: Her iki kalça eklemine bütün hareketleri sınırlı, sağ kalça eklemi rotasyon ve ekstansiyon hareketlerinde ağrılar artıyor. Sağ tarafta daha belirgin olmak üzere iki taraflı K.İ.A.S. dan skrotuma kadar uzanan hiperestezi mevcut.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Her iki kalça eklemine femur başlarında da yer yer de kalsifikasyon, büyük kısmında ise skleroz mevcut. Femur başlarında deformite, eklem aralığında daralma tespit edildi.

Tanı : Bilateral koksartroz.

Vak'a 4- Z.E. 45 yaşında, kadın, Kars.

Yakınması : Sağ inguinal bölgede ağrı.

Öyküsü : 1 ay önce trafik kazası geçirerek bilateral ischium pubis kolu kırığı olmuş. O zamandan beri sağ kasık kanalı boyunca uzanan ağrılar oluyormuş.

Muayenede: Sağ kalça eklemine rotasyon hareketlerinde ağrılar artıyor. Inguinal kanal boyunca uzanan hiperestezi mevcut.

Laboratuvar Bulguları: Normal

Röntgen Bulguları: Pelvis grafisinde bilateral ischium pubis kolu eski kırığı mevcut.

Vak'a 5- H.S. 16 yaşında, erkek, Kars.

Yakınması : Sol kalçadaki şişlik, deformite ve ağrı.

Öyküsü : 10-saat evvel traktörden düşerek yaralanmış. Sol kalçasında şiddetli ağrı, deformite, şişlik olmuş.

Muayenede : Sol kalça eklemünde yaygın ağrı ve deformite tespit edildi. Sol bacak abduksiyon, dış rotasyon ve fleksiyonda idi. Femur başı inguinal bölgede palpe ediyordu. 1 gün sonra yapılan Nörolojik konsültasyonda sol ilioinguinal sinir bölgesinde hipoestezi tespit edildi.

Laboratuvar Bulguları : Normal.

Röntgen Bulguları : Pelvis grafisinde sol femur başının obturator delik hizasında olduğu ve sol bacağın full abduksiyonda olduğu tespit edildi.

Vak'a 6-C.S. 19 yaşında, erkek, Erzurum.

Yakınması : Sol kalçasından skrotuma kadar uzanan ağrı.

Öyküsü : Bir gün önce Beden Eğitimi dersinde masadan atlarken sol kalçasında ağrı olmuş. Bu ağrılar yürümekle artıyormuş.

Muayenede : Sol kalça eklemi fleksiyonda rotasyon ve ekstansiyon hareketlerinde ağrı artıyor. Sol K.İ.A.S. dan skrotuma kadar hiperestezi mevcut.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Lumbo sakral pelvis grafilerinde patoloji tespit edilemedi.

Vak'a 7- N.S. 45 yaşında, erkek, Çiftçi, Kars.

Yakınması : Sol inguinal bölgede ağrı.

Öyküsü : 5 yıl önce kronik bronşit tanısı konan hastada 1 ay önce bronşit belirtileri tekrar şiddetlenmiş, şiddetli öksürükle birlikte bronşitin 10. gününde sol kasığında şiddetli ağrı başlamış. Öksürürken ve ayağı kalkınca ağrı daha da şiddetleniyormuş.

Muayenede : Sol kasık kanalı boyunca pubis ve skrotuma kadar uzanan şerit tarzında hiperestezi mevcut. Uyluk ve bacağın fleksiyon durumunda tutuyor. Kasık kanalındaki ağrı, kalça ekstansiyona getirildiğinde ve ayağı kalkınca daha da şiddetleniyor.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Akciğerlerde yaygın bronşitik infiltrasyon dışında patoloji tespit edilmedi.

Vak'a 8- A.Ö. 46 yaşında, kadın, Erzurum.

Yakınması : Sol kalça eklemindeki ve kasık kanalı boyunca yayılan ağrı.

Öyküsü : 20 yıl evvel sol kalçasında ağrı olmuş. Bir yıl evveline kadar bu ağrılar yürümesine engel olmuyormuş. 1 yıldan beri ağrı nedeniyle yürümede güçlük çekmeye başlamış.

Muayenede : Sol kalça eklemi 10-15° kadar fleksiyon yapabiliyor. Diğer kalça hareketlerini hiç yapamıyor. Nörolojik muayenesinde: Sol K.İ.A.S. dan labium majora kadar uzanan sahada hiperestezi tespit edildi.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Pelvis grafisinde sol kalça eklemi aralığında daralma femur başında deformite ve sklerotik görünüm asetabulumda ve femur başında dejeneratif değişiklikler mevcut.

Vak'a 9- M.K. 18 yaşında, kadın, Van.

Yakınması : Sol kasıktaki ağrı.

Öyküsü : 6 ay önce apandisit ameliyatı geçirmiş, son üç aydır, sağ kasıkta ağrı ve karıncalanma oluyormuş.

Muayenede : Sağ inguinal bölgeden pubise kadar olan sahada hiperestezi mevcut.

Laboratuvar Bulguları : Normal

Röntgen Bulguları : Normal.

TARTIŞMA :

İlioinguinal sendromun 1962 yılında Kopell ve arkadaşları tarafından tanımlanıp adlandırıldığını belirtmiştik. Görüldüğü gibi tarihçesi yenidir. Her ne kadar Mc Gnee (1942) ve Lyon (1945) tarihlerinde apandisit amaliyatlarından sonra kasık bölgesinde meydana gelen ağrıların periferik bir sinir afeti sonucu olduğunu ileri sürmüşlersede bu olgularda genito femoral sinir afeti düşünmüşlerdir (3,4,6,7).

Kopell ve arkadaşları 1962 yılında kasık kanalı bölgesinde ağrısı olan 2 olgu neşretmişlerdir. Bu olgularda ilioinguinal sinirin kronk ve mekanik bozukluğu kanısına varmışlardır. İlk olarakda ilioinguinal sinir sendromu ismini vermişlerdir (5).

1965 yılında Staehli'nin 3 olgusundan birinde ilioinguinal sendroma neden, retroperitoneal tümör olduğu işaret edildi. Aynı yıl bu sendrom Mumenhaler ve arkadaşları tarafından da etraflı bir şekilde analiz edildi.

Bu araştırmacıların iki olgusuna daha önce nefrektomi yapılmış, bir olguları koksartroz, bir diğerinde de epifiz kemiğinin gelişme kusuru sonucu ortaya çıkan koksa-vara olduğu belirlendi. Bu dört olguda cerrahi olarak nöroliz yapılmış ve son derece başarılı sonuç alınmıştır((4).

Anatomik yerleşim nedeniyle retroperitoneal tümörlerin veya periferik proçeslerin bu sinir üzerine bası yapabilecekleri kolayca anlaşılır. Nefroktomiden kısa veya uzunca bir süre sonrada sinirin gerilmesi veya skatrisin yaptığı bası sonucu sendrom ortaya çıkabilir.

Appel ve Laublicher 1967 yılındaki neşriyatlarında hatalı yapılan bir enjeksiyondan sonra ilioinguinal sinir sendromu olan bir olgudan söz etmektedirler. Bu bize etiyojiler arasında iltihabi faktörlerinde yer aldığını göstermektedir.

Uterus ameliyatlarından sonra eğer sinir ameliyat esnasında afettede olur veya dikiş atılırken bağlanırsa ilioinguinal sendrom ortaya çıkar.

Apandisitit ve ingunal herni ameliyatlarından sonrada sendrom sık olarak görülebilir. Bazen belirtier seneler sonra başlamaktadır. Bunun nedeni ameliyat yerindeki skatrisin sinir üzerine baskı yapmasıdır. Böyle olgularda nöroliz ile çok iyi sonuçlar alınmaktadır (2)

Çalışmamızdaki bir olguda apendektomi sonucu ilioinguinal sinire bası söz konusudur. Kronik bronjit tanısı konulan bir olgu ile ağır kaldırma söz konusu olduğu diğer bir olguda karın adaleleri ileri derecede kasılarak ilioinguinal sinir bası altında kalmıştır.

Koksartroz veya koksa-varada ilioinguinal sendrom semptomlarının ortaya çıkmasına neden olan patomekanizmaların Kopell ve Thomson tarafından açıklandığı, daha önce belirlenmişti. Çalışmamızdaki iki koksartroz, bir Legg-Pert-hes-Cal ve olgularındaki etiyojoloji aynı mekanizmayla açıklanmaktadır.

Bir ischium pubis kolu kırığında yine kırık parçasının ilioinguinal sinire basısı, bir kalça bölgesindeki yumuşak doku travmasında ise o bölgedeki hematoma sinire yaptığı bası sendroma neden olmaktadır. Bir travmatik kalça çıkığında yine femur başının ilioinguinal sinire basısı söz konusudur. Görüldüğü üzere 9 olguda da etiyojoloji belirlidir.

1971 yılında Komar'ın 12 olgusundan 4 ünde etiyojolojik neden bulunamamıştır. Diğer 8 olgusu bizim olgularımızla benzerlik göstermektedir. 2 olgu sağ inguinal herni, diğer 6 olgu ise birer olgu olarak şu şekilde sıralanmaktadır. Ağır kaldırma, spastik bronşit, inguinal lenf bezleri eksizyonu, apendektomi, kalça eklemi travması, koksartroz.

Çalışmamızda bir olguda sendrom iki taraflıdır. Taradığımız kaynaklarda iki taraflı ilionguinal sinir sendromuna rastlanmadı.

Komar olgularının 8 ine Novakain infiltrasyonu uygulamış bunlardan 7. sinde şifa veya ileri derecede düzelme elde etmiş. Bir olguda ise tedavi den sonuç alamamıştır . 4 olguda ise nöroliz yapılmış ve şifa elde edilmiştir. Bu 4 olgudan birinde etiyolojik nedenin ne olduğu tam aydınlatılamamış, diğerlerinde ise ağır kaldırma inguinal herni ve spastik bronşit tanısı konmuştur. Etiyolojik neden çeşitli de olsa nöroliz ameliyatı ile olguların hepsinde şifa elde edilmiştir.

Çalışmamızda 9 olgudan 5 inde Novakain infiltrasyonu 4 ünde ise patolojiye yönelik cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi uygulanan 4 olgu ve Novaksin infiltrasyonu uygulanan 5 olgudan 3. ünde tam iyileşme, diğer 2 sinde (apendektomi ve legg-perthes-calve olgularında) ağrılarda büyük ölçüde hafifleme klinik belirtilerde gerileme olmasına karşın tam iyileşme olmadığından tatminkar olmayan olgular kabul edildi.

SONUÇ :

Yukarıda belirlenmeye çalışılan etiyolojik nedenlerden sonra karnın alt bölgesinde ve inguinal bölgede ağrı ve diğer belirtilerin ortaya çıkması durumunda bu sendrom akla gelmelidir. Kesin tanıdan sonra özellikle kalça biyomekaniğinin bozulması gibi mutlak operasyon gereken olgular dışında önce lokal anestetik denenmesi ve alınacak sonuca göre nöroliz endikasyonunun olup olmadığına karar verilmesinin uygun olduğu kanısına varıldı. .

SUMMARY

ILIOINGUINAL SYNRDOME

Ilioinguinal Syndrome was called and published by Kopell and coworkers in 1962. This syndrome occurs associated with pain in the inguinal region of the patients due to facts that ilioinguinal nerve has been tightened, stretched and put under pressure in the inguinal canal and this nerve has been injured after operations of this very area.

In this acticle the 9 patients with ilioinguinal syndrome and their treatment were presented.

KAYNAKLAR

- 1- Appel, P., Laublicher, W.: Peripherel Nervenschaedigungen der Inguinal Region. Med. Welt, 18: 209, 1967.
- 2- Bernasch, W.: Diagnose und Therapie von postoperativen Neuralgien des Nervus İlioinalis, Zbl. Chir., 79: 62, 1954.

- 3- Goldbelg, E.E., Ameler, R.D.: Causalgia in the Inguinogenital Ares. US armed Forced med. J. , 7: 901, 1956.
- 4- Komar, J.: Das İlioinguinal-Syndrom. Der Nervenarzt, 12: 637, 1971.
- 5- Kopell, H.P., Postal, A.H.: Entrapment neuropathy of the ilioinguinal nerve. The New Engl. J. Med., 266: 16, 1962.
- 6- Lyon, E.K.: Genitofemoral Causalgia. Canad, Med, Ass.J. 53: 213. (1945)
- 7- Mc. Gnee, R.K.: Genitofemoral Canad, Md. Ass. J. : 46, 326 (1942).
- 8- Mumenthaler, M.: Laesionen peripherer nerven. Georg Thieme Verlag 281, 1961.
- 9- Öztopçular M.: Özellik Gösteren Bir İlioinguinal Sinir Vak'ası. X. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi 16-19 Eylül 1974. Ankara.
- 10- Öztopçular M.: 12 Vak'a Dolayısıyla İlioinguinal Sendrom. XII Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Kongresi 4-8 Ekim 1976, İstanbul.