

- ³¹ Higashi K, Hatano M, Abiko S, et al. Five-year follow-up study of patients with persistent vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981; 44: 552-4.
- ³² President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to forego life-sustaining treatment. Washington: U.S. Government Printing Office, 1983: 171-96.
- ³³ Plum F, Levy DE. Outcome from severe neurological illness; should it influence medical decisions? Amsterdam: Ciba Symposium, 1979.
- ³⁴ Levin HS, Saydjari C, Eisenberg HM, et al. Vegetative state after closed-head injury. *Arch Neurol* 1991; 48: 580-5.
- ³⁵ Braakman R, Jennett WB, Minderhoud JM. Prognosis of the posttraumatic vegetative state. *Acta Neurochir (Wien)* 1988; 95: 49-52.
- ³⁶ Haig AJ, Ruess JM. Recovery from vegetative state of six months' duration associated with Sinemet (Levodopa/Carbidopa). *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 1081-3.
- ³⁷ Stover SL, Zeiger HE. Head injury in children and teenagers: functional recovery related with the duration of coma. *Arch Phys Med Rehabil* 1976; 57: 201-5.
- ³⁸ Arts WFM, Dongen HR van, Hof-van Duijn J van, Lammens E. Unexpected improvement after prolonged posttraumatic vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48: 1300-3.
- ³⁹ Tanhehco J, Kaplan PE. Physical and surgical rehabilitation of a patient after 6-year coma. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 36-8.
- ⁴⁰ Kriel RL, Krach LE, Sheehan M. Pediatric closed head injury: outcome following prolonged unconsciousness. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69: 678-81.
- ⁴¹ Berrol S. Evolution and the persistent vegetative state. *Head Trauma Rehabil* 1986; 1: 7-13.
- ⁴² Levy DE, Knill-Jones RP, Plum F. The vegetative state and its prognosis following nontraumatic coma. *Ann NY Acad Sci* 1978; 315: 293-306.
- ⁴³ Levy DE, Bates D, Caronna JJ, et al. Prognosis in nontraumatic coma. *Ann Intern Med* 1981; 94: 293-301.
- ⁴⁴ Gillies JD, Seshia SS. Vegetative state following coma in childhood: evolution and outcome. *Dev Med Child Neurol* 1980; 22: 642-8.
- ⁴⁵ Groswasser Z, Cohen M, Costeff H. Rehabilitation after anoxic brain damage. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70: 186-8.
- ⁴⁶ Rosenberg GA, Johnson SF, Brenner R. Recovery of cognition after prolonged vegetative state. *Ann Neurol* 1977; 2: 167-8.
- ⁴⁷ Pranger D. Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten. Amsterdam, 1992. Proefschrift.
- ⁴⁸ Andrews K. Managing the persistent vegetative state. *Br Med J* 1992; 305: 486-7.

Aanvaard op 5 januari 1993

Voor de praktijk

Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; meralgia paraesthetica

G.J.C.SMID EN W.M.HOEKSTRA

Meralgia paraesthetica, afgeleid van het Griekse woord 'meros' voor dij en 'algos' voor pijn, is de term voor de sensibele compressie-mononeuropathie van de N. cutaneus femoralis lateralis. Dit syndroom behelst de aanwezigheid van pijn en hinderlijke tintelingen op het laterale deel van het dijbeen. De volledige benaming luidt meralgia paraesthetica lateralis, want de andere gedeelten van het dijbeen worden door aparte zenuwtakken verzorgd.¹

Hoewel de aandoening reeds bijna een eeuw als zodanig wordt benoemd, zijn slechts weinig (huis)artsen bekend met het klinische beeld.² Dit artikel geeft een samenvatting van de huidige inzichten omtrent pathogenese, diagnostiek en therapie op grond van literatuuronderzoek.

De incidentie en de prevalentie in Nederland zijn uit registratiegegevens niet af te leiden aangezien de aandoening slechts geregistreerd wordt in de groep 'overige zenuwaandoeningen'³ of 'overige sensibiliteitsstoornissen'.⁴ Gezien het vaak milde beloop ziet de huisarts een beperkt deel van alle gevallen en komt de aandoening waarschijnlijk vaker voor dan wordt verondersteld.

Meralgia paraesthetica komt voornamelijk eenzijdig voor, vaak bij adipeuze personen van middelbare

leeftijd; de man-vrouwverhouding is 3:1.^{2,5} Opvallend is de hoge incidentie van meralgia paraesthetica onder artsen.⁶ Een verklaring hiervoor is mogelijk dat een arts beter in staat is kleine kwalen te herkennen dan de leek.

PATHOGENESE

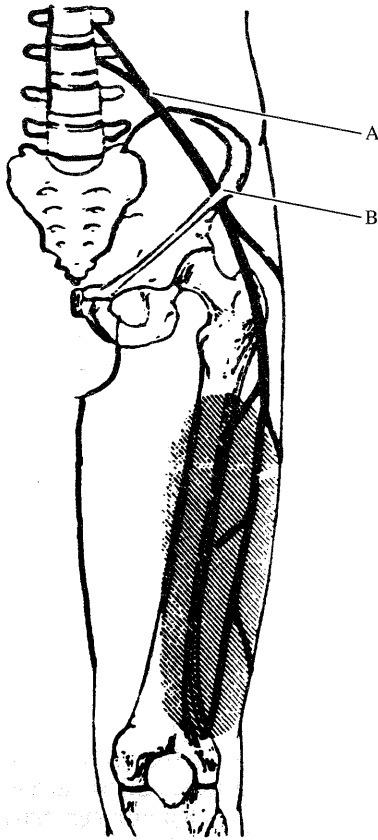
De N. cutaneus femoralis lateralis is een uitsluitend sensibele zenuw die ontspringt uit de wortels L2 en L3, ongeveer horizontaal retroperitoneaal binnen het bekken verloopt en ongeveer 2 cm mediaal/distaal van de spina iliaca anterior superior, onder het ligamentum inguinale door, het bovenbeen binnentreedt en de sensibele verzorging van het anterolaterale dijbeen (figuur).

Het meest oppervlakkig verloopt de zenuw onder het ligamentum inguinale, aanhechtingsplaats van de M. obliquus abdominis externus en de M. transversus abdominis, waar gemakkelijk compressie optreedt tussen het ligamentum en het eronder liggende bekkeh. Bovendien is de zenuw op dit punt kwetsbaarder, doordat deze hier een bocht maakt van horizontaal naar verticaal, waarvan de hoek groter wordt bij het naar achteren bewegen van het bovenbeen.⁷ De anatomische route kent hier bovendien een aantal variaties, waardoor meer of minder snel compressie op kan treden.^{8,9} De zenuw loopt, zoals hier beschreven, meestal onder het laterale deel van het ligamentum inguinale door, maar kan ook via een opening in het ligament naar het dijbeen lopen, waardoor compressie gemakkelijker optreedt. Passage kan ook enerzijds veel meer naar mediaal in de nabijheid

Rijksuniversiteit, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

G.J.C.Smid; W.M.Hoekstra, huisarts.

Correspondentie-adres: G.J.C.Smid.



Verloop van de N. cutaneus femoralis lateralis (A); compressiepunt (B), waar de zenuw gemakkelijk bekneld raakt tussen ligamentum inguinale en onderliggend bekken. Overgenomen met toestemming.⁷

van de N. femoralis plaatsvinden of anderzijds juist geheel lateraal over de bekkenkam boven het ligament langs, waardoor de hoek van de genoemde bocht aanzienlijk scherper wordt. Derhalve kan meralgia paraesthetica worden uitgelokt door factoren die een geringe toename van de directe mechanische druk op het ligamentum inguinale bewerkstelligen dan wel zorgen voor een grotere rek van de zenuw als gevolg van vergroting van de hoek die de zenuw maakt bij intreden van het dijbeen (tabel).

NATUURLIJK BELOOP

Het natuurlijke beloop van de aandoening is vaak zo mild dat men geen huisarts consulteert. Bij twee derde van de patiënten verdwijnen de klachten spontaan na kortere of langere tijd (gemiddeld 2 jaar).⁸ Ook kan de aandoening een intermitterend beloop hebben met remissies en recidieven gedurende jaren zonder dat daarbij sprake is van progressie.⁷

DIAGNOSTIEK

Het klinische beeld van meralgia paraesthetica bestaat uit circumschripte pijnlijke tintelingen gelokaliseerd op het anterolaterale dijbeen en per definitie zonder motorische afwijkingen of reflexuitval.^{7, 8} In principe is de diagnose te stellen op grond van de subjectieve ver-

schijnselen van pijn met vaak een prikkelend branderig karakter in combinatie met de aanwezigheid van een gebied met sensibiliteitsstoornissen op de dij, ongeveer handgroot en met een stift nauwkeurig te markeren.^{7, 8} Deze sensibiliteitsstoornissen uiten zich als een verminderde pijn-, tast- en temperatuurzin tot volledige anesthesie. Bovendien kan hier een jeukend exantheem ontstaan als gevolg van frequent krabben als reactie op de tintelingen.¹³

De plaats van compressie onder het ligamentum inguinale is vaak als een drukpijnlijke plek circa 2 cm mediaal distaal van de spina iliaca anterior superior te palperen, waarbij de symptomen kunnen worden geluxeerd; dit kan als een praktisch diagnosticum gelden.⁹ Ook door hyperextensie in het heupgewricht ('omgekeerd' symptoom van Lasègue) kunnen de klachten optreden door rek van de zenuw.

Injectie van 5-10 ml lokaal anaestheticum (bijvoorbeeld lidocaïne 1%) op beschreven drukpijnlijke plaats doet de klachten onmiddellijk verdwijnen.⁷ Differentieel-diagnostisch is deze injectie van belang.¹³ Meralgia paraesthetica dient onderscheiden te worden van meer proximale gelegen zenuwcompressie (in het bijzonder van wortels), coxartrose (gezien de houdingsafhankelijke pijn), lumbale stenose en claudicatio intermittens (gezien ook de bewegingsafhankelijke pijn).⁹

Bij dit alles is belangrijk dat bij meralgia paraesthetica de pijn circumschript is en beperkt blijft tot het bovenbeen. De diagnose kan met elektrofysiologisch onderzoek ondersteund worden door de amplitudes van de actiepotentiaal, de zenuwgeleidingssnelheid of de latentietijd van de somatosensibele opgewekte potentiaal na stimulatie van de zenuw te meten.²³ Wanneer aan de diagnose 'meralgia paraesthetica' geen twijfel bestaat, kan aanvullend onderzoek geheel achterwege worden gelaten. In andere gevallen is de differentiële diagnose bepalend voor de keuze van nader onderzoek (elektromyografie, computertomografie of myelografie).

Oorzaken van meralgia paraesthetica

- directe mechanische druk op het ligamentum inguinale
- adipositas, ascites, zwangerschap¹⁰
- nauwsluitende riemen of kleding (corset)¹¹
- sleutelbos of portemonnee in voorste broekzak¹²
- toename van de rek van de zenuw
- langdurig lopen, veel staan (chirurgen), vaak in- en uitstappen van een auto
- langdurig met de benen gekruist zitten¹³
- bepaalde sporten, zoals schaatsen
- als enige, of als nevenaandoening
- coxartrose¹⁴
- discusprolaps
- wervelmetastase¹⁵
- compressie van de zenuw
- retroperitoneale gezwellen
- bekkentumoren¹⁶
- direct trauma (bijvoorbeeld fractuur van de spina iliaca anterior superior)
- complicatie bij bepaalde chirurgische ingrepen¹⁷
- metabole neuropathie bij diabetes mellitus¹⁸
- in het kader van auto-immunreactie bij infecties en na vaccinatie
- familiair (autosomaal dominant,¹⁹⁻²¹ onder meer bij Freud)²²

THERAPIE

Een essentieel onderdeel van de behandeling is uitleg over het gelimiteerde beloop van dit syndroom met versterking van een aantal eenvoudige adviezen of leefregels, gericht op gewichtsreductie en houdingscorrectie.

Zoals uit eigen waarneming blijkt, levert vermijden van uitlokkende omstandigheden, soms in combinatie met applicatie van ijscompressen, vaak al het gewenste resultaat op.⁹ Met deze eenvoudige conservatieve therapie bereikt meer dan de helft van de patiënten succes. Bij aanhoudende klachten komt injectie van 5 à 10 ml lokaal anaestheticum in aanmerking, eventueel gecombineerd met 20 mg (in 0,5 ml) van een corticosteroid ter plaatse van de drukpijnlijke plaats bij het ligamentum inguinale (tevens dus een diagnostische handeling) met meestal directe langdurige tot permanente verlichting van de pijn.^{2,7}

Terughoudend moet men zijn met chirurgische interventie, gezien het wisselende succespercentage. Het lijkt zinvol alvorens chirurgisch in te grijpen eerst een poging te wagen met tricyclische antidepressiva, bijvoorbeeld amitriptyline.²⁴ Slechts bij persisterende hevige pijnen ondanks genoemde maatregelen is chirurgische decompressie geïndiceerd.⁸ Neurolysis, eventueel in combinatie met transpositie (ter vermindering van een te scherpe bocht) van de zenuw is de meest gebruikte methode, terwijl ook neurectomie is beschreven. Het gevolg van neurectomie is uiteraard complete anesthesie van het anterolaterale dijbeen, hetgeen overigens niet als hinderlijk wordt ervaren.⁹

Wij danken B.F.Vos, neuroloog, voor zijn waardevolle commentaar.

LITERATUUR

- 1 Wartenberg R. Neuritis, sensory neuritis, neuralgia. Oxford: Oxford University Press, 1958: 206-32.
- 2 Walls JL. Diagnosis and treatment of meralgia paresthetica. Nurse Pract 1984; 9: 43-4.
- 3 Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, et al. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 143-4.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991: 260-1.
- 5 MacIntyre J. Meralgia paraesthetica. Practitioner 1971; 206: 250-2.
- 6 Massey EW. Meralgia paraesthetica in physicians. JAMA 1978; 239: 614-5.
- 7 Streiffer RH. Meralgia paresthetica. Am Fam Physician 1986; 33: 141-4.
- 8 Macnicol MF, Thompson WJ. Idiopathic meralgia paresthetica. Clin Orthop 1990; 254: 270-4.
- 9 Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. J Neurosurg 1991; 74: 76-80.
- 10 Deal CL, Canoso JJ. Meralgia paresthetica and large abdomens. Ann Intern Med 1982; 96: 787-8.
- 11 Boyce JR. Meralgia paresthetica and tight trousers. JAMA 1984; 251: 1553.
- 12 Orton D. Meralgia paresthetica from a wallet. JAMA 1984; 252: 3368.
- 13 Warfield CA. Meralgia paresthetica: causes and cures. Hosp Pract (Off) 1986; 21: 40A, 40C, 40I.
- 14 Schrott E, Späth S, Holzhauser P. Bei Koxarthrose auch an die Meralgia paraesthetica denken! Z Orthop 1983; 121: 703-5.
- 15 Rinkel GJE, Wokke JHJ. Meralgia paresthetica as the first symptom of a metastatic tumor in the lumbar spine. Clin Neurol Neurosurg 1990; 92: 365-7.

- 16 Sober DA, Massey EW. Pelvic mass presenting as meralgia paresthetica. Obstet Gynaecol 1979; 53: 257-8.
- 17 Massey EW. Meralgia paresthetica secondary to trauma of bone graft. J Trauma 1980; 20: 342-3.
- 18 Massey EW, O'Brien JT. Mononeuropathy in diabetes mellitus. Postgrad Med 1979; 65: 128-38.
- 19 Malin JP. Familial meralgia paresthetica with an autosomal dominant trait. J Neurol 1979; 221: 133-6.
- 20 Schneck JM. Sigmund Freud, Josef Breuer and Freud's selfobservations on meralgia paresthetica. NY State J Med 1983; 83: 968-9.
- 21 Schiller F. Sigmund Freud's meralgia paraesthetica. Neurology 1985; 35: 557-8.
- 22 Freud S. Ueber die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol Centralbl 1895; 14: 491-2.
- 23 Laguény A, Deliac MM, Deliac P, Durandeu A. Diagnostic and prognostic value of electrophysiologic tests in meralgia paresthetica. Muscle Nerve 1991; 14: 51-6.
- 24 Dellemijn PLI, Vecht ChJ. Neuropathische pijn; oorzaken en behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 819-23.

Aanvaard op 20 november 1992

Bladvulling

De criminalist

De criminalist, die in aanraking komt met dergelijke [psychopathische] individuen, en de gewone medicus zijn in zeker opzicht twee uitersten, waartusschen de psychiater staat. De gewone medicus let bijna uitsluitend op zijn patiënt, terwijl de omgeving op den achtergrond treedt. Deze is echter voor den criminalist juist de hoofdzaak en de psychiater heeft, om zoo te zeggen, met beiden gelijktijdig rekening te houden. Voor allen evenwel is even broodnodig, bij hun vorming met het onderwerp hunner studie bekend gemaakt te worden. De criminalist mist hiertoe echter geheel en al de gelegenheid. De daartoe aangewezen plaats is de gevangenis. De ervaring leert, dat aprioristisch hertegen ingebrachte bezwaren in de praktijk weinig steekhoudend blijken. Maar de gevangenis moet niet alleen een leerschool, maar ook een plaats van wetenschappelijke bestudering van den misdadiger worden door anthropologisch onderzoek en door secties. Hieraan knoopt zich direct de vraag vast: bestaat er een anatomie van den misdadiger? Het antwoord van LOMBROSO op deze vraag is, dat 40 pCt. der gevangenisbevolking een afzonderlijk type mensch, een anthropologische variëteit is.

(Boekaankondiging. Ned Tijdschr Geneesk 1894; 38 I: 458.)

Minerale wateren

De zuiverheid der minerale wateren, en in het bijzonder hun al of niet vrij zijn van bacteriën, hield onlangs de Académie onledig. Door MOISSAN en GRIMBERT werd medegedeeld, dat in sommige Seltzer-wateren 162 000 kiemen per gram en in dat van Vichy 8000 kiemen per cM³ voorhanden waren. In beginsel verklaarde de Académie, dat een dusdanige stand van zaken niet mocht voortduren, maar nalatig bleef zij in het aangeven der methode, waardoor het besproken euvel kon verholpen worden. In werkelijkheid is de 'pureté microbienne' der minerale wateren, zoals de *Progrès médical* betoogt, niet te verkrijgen, en het blad is verlangend om de voorschriften der Académie te vernemen, die zij in casu tot verwezenlijking van de door haar uitgesproken wensch zou moeten geven.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneesk 1894; 38 I: 738.)