

Kasuistik

Horners syndrom og ipsilateral armparese efter anlæggelse af fødeepidural

Mie Cecilie Hall Jensen¹, Bjarke Risgaard² & Hanne Trap Wolf¹

1) Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital, 2) Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv Behandling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2025;187:V10240693. doi: 10.61409/V10240693

Horners syndrom opstår på grund af nedsat sympatisk nerveforsyning til øjet og kendetegnes ved ptose, miosis, enoftalmi og evt. anhidrose [1]. Syndromet kan have flere forskellige årsager, og behandlingen afhænger af den underliggende årsag [1]. Vi præsenterer her et tilfælde af Horners syndrom og ledsagende ipsilateral armparese, der udviklede sig som en sjælden bivirkning til anlæggelse af en fødeepidural.

Sygehistorie

En 30-årig tidligere rask førstegangsfødende med normalt BMI gik spontant i fødsel til termin. På grund af dystoci ved 8 cm dilatation af orificium udførte man hindsprængning og anlæggelse af epiduralbloade til smertelindring.

Et epiduralkateter (Perifix, Soft-Tip 20G) blev uproblematisk anlagt ved brug af en 18G introducernål på L2-L3-niveau med patienten i venstre sideleje. Patienten havde regelmæssige tre veer på ti minutter af moderat intensitet før og under anlæggelsen af epiduralkateteret. Man aspirerede på kateteret efter anlæggelse, og placeringen blev yderligere verificeret ved injektion af 2 ml lidocain/adrenalin-opløsning (20 mg/ml + 5 µg/ml) uden tegn på intravasal eller spinal spredning. To minutter efter testbolus blev injektion af 10 ml bupivacain/sufentanil-opløsning (0,8 mg/ml + 1 µg/ml) administreret i rygleje, hvilket gav effektiv blokade med lindring af vesmerter. Blodtrykket blev målt hvert femte minut i 30 minutter. Da det systoliske blodtryk forblev normalt (> 100 mmHg), var efedrin ikke nødvendigt, og infusion af bupivacain fortsatte via pumpe.

Cirka 25 minutter efter bolusinjektion oplevede patienten vedvarende slaphedsfornemmelse i højre arm. Der var ikke hovedpine, nakkesmerter, svimmelhed eller synsforstyrrelser. Patienten var vågen, klar og orienteret uden talebesvær. Objektivt fandt man normale vitalparametre, højresidig miosis, ptose og hyperæmisk konjunktiva. Slaphedsfornemmelsen i højre arm kunne ikke objektiviseres, og der fandtes normal kraft over alle store led samt egal sensibilitet.

Anæstesilægen, der anlagde epiduralbloaden, mistænkte hverken subdural spredning eller spinalt anlagt kateter, da patienten havde normal kraft i underekstremiteterne og stabilt blodtryk. Efter konference med neurolog blev subakut CT-angiografi planlagt post partum obs cervikal arteriel dissektion. Man vurderede ikke, at fødslen skulle fremskyndes, da patienten ikke havde neurologiske deficits, der indikerede, at akut neurologisk intervention var nødvendig.

Patientens subjektive slaphedsfornemmelse i højre arm samt de objektive fund med ptose, hyperæmi og miosis remitterede undervejs i fødslen og kunne ikke genfindes to en halv time efter epiduralanlæggelsen. Der opstod

mistanke om forbigående Horners syndrom som en sjælden bivirkning til epiduralblokada. Der var ingen tegn på føtal asfyksi i forløbet. Fødslen blev afsluttet med anlæggelse af sugekop på indikationen »udtrættet mor«. Post partum billeddiagnostik frafaldt til fordel for observation i lyset af den komplette remission af Horners syndrom. Patienten blev udskrevet velbefindende dagen efter.

Diskussion

Horner's syndrom er en sjælden bivirkning til epiduralanæstesi, men incidensen er højere blandt gravide. En sandsynlig årsag er kranial spredning af lokalanalgetikum i epiduralrummet, hvilket kan påvirke de sympatiske fibre, der udgår fra medulla spinalis på C7-Th3-niveau [2]. Kraftnedsættelse i overekstremiteten må antages at skyldes påvirkning af de ventrale nerverødder på niveau med plexus brachialis som følge af lokalanalgetikum i epiduralrummet.

Flere kasuistikker og et systematisk review fra 2019 beskriver i alt 78 tilfælde af Horner's syndrom efter obstetrisk neuroaksial blokade [3]. Hos 74% af kvinderne opstod syndromet inden for en time efter anlæggelse, og symptomerne forsvandt gennemsnitligt efter to timer. Hos 17 kvinder opstod der desuden unilateral svaghedsfølelse i armen [3].

Obstetrikere, anæstesi-læger og neurologer bør kende denne benigne årsag til Horner's syndrom for at undgå unødvendig billeddiagnostik og overbehandling. Den væsentligste differentialdiagnostiske overvejelse ved Horner's syndrom i dette tilfælde er cervikal arteriedissektion, som har en øget forekomst ved graviditet, fødsel og post partum [4]. Forekomst af fokale neurologiske symptomer i forbindelse med fødsel bør dog konfereres med neurolog akut, særligt hvis der samtidig er smerter i hoved, hals eller nakke. Se Tabel 1 for differentialdiagnostiske overvejelser.

TABEL 1 Akutte årsager til Horner's syndrom i en gravid population inkl. forslag til diagnostik og tidsramme.

Årsag	Symptomer og objektive fund	Akutte diagnostiske test	Udredning
Hjernestammeiskæmi som følge af vertebraldissektion	Ipsilateralt Horner's syndrom, ataksi og føleforstyrrelser i ansigt ipsilateralt til Horner's syndrom Nedsat smerte-/temperatursans kontralateralt til Horner's syndrom Desuden: vertigo, nystagmus, dysartri, dysfagi	CT-angiografi/MR-skanning af cerebrum	Hyperakut kontakt til trombolyssevagt
A. carotis interna-dissektion	Ipsilateralt Horner's syndrom Hovedpine, ansigts- eller halssmerter ipsilateralt Ipsilateral amaurosis fugax eller TCI med symptomer fra ipsilaterale cerebrale hemisfære	CT-angiografi	Inden for få timer
Aortadissektion	Pludselige smerter i bryst og/eller ryg, pulsdeficit, blodtryksfald	CT-angiografi	Hyperakut
Sinus cavernosus-trombose	Hovedpine, periorbitalt ødem, proptose, nedsat visus, dobbeltsyn, føleforstyrrelser i øvre ansigt	MR-skanning/CT med venografi	Inden for timer
Kranial spredning af anæstesi-middel efter epiduralblokada	Ofte ikke andre objektive fund ud over Horner's syndrom men kan være ledsaget af f.eks. kranienervudfald eller parese/anæstesi af overekstremitet	-	Udelukkelsesdiagnose Akut opståede fokale neurologiske udfaldssymptomer bør føre til omgående kontakt til neurolog
Utilsluttet subdural spredning af anæstesi-middel efter epiduralblokada	Ofte usædvanlig høj sensorisk blokade som udvikles meget langsomt, kun pletvis eller unilateralt motorisk Typisk er også hypotoni, vejrtrækningsbesvær og påvirket bevidsthed Både kranienerv og cervikale nerver kan inddrages	-	Ved mistanke om subdural blokade kan epiduralkateterets placering verificeres med røntgenundersøgelse efter kontrastindgift Akut opståede fokale neurologiske udfaldssymptomer bør føre til omgående kontakt til neurolog

TCI = transitorisk cerebral iskæmi.
a) 15-35 min.

Korrespondance *Mie Cecilie Hall Jensen*. E-mail: mie.cecilie.hall@gmail.com

Antaget 19. februar 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 14. april 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10240693

doi 10.61409/V10240693

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Horner's syndrome following epidural analgesia for labour

Horner's syndrome is a rare complication of epidural analgesia, likely due to the cephalad spread of anaesthetics. We report a 30-year-old woman who developed Horner's syndrome 25 minutes after receiving an epidural, showing unilateral arm weakness, ptosis, miosis, and conjunctival hyperaemia. The symptoms resolved in 2.5 hours with no post-partum neurological deficits. While persistent symptoms may require further investigation, unnecessary imaging and treatment can be avoided. This case emphasizes the importance of recognizing this rare complication to obstetric anaesthesia.

REFERENCER

1. Khan Z, Bollu PC. Horner Syndrome. StatPearls Publishing. 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500000/> (08.07.2024)
2. Lynch JH, Keneally RJ, Hustead TR. Horner's syndrome and trigeminal nerve palsy following epidural analgesia for labor. J Am Board Fam Med. 2006;19(5):521-3. <https://doi.org/10.3122/jabfm.19.5.521>
3. Chambers DJ, Bhatia K. Horner's syndrome following obstetric neuraxial blockade: a systematic review of the literature. Int J Obstet Anesth. 2018;35:75-87. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2018.03.005>
4. Omran SS, Parikh NS, Poisson S et al. Association between pregnancy and cervical artery dissection. Ann Neurol. 2020;88(3):596-602. <https://doi.org/10.1002/ana.25813>