

normaliseret. Behandlingen gav ingen subjektive bivirkninger. Man monitorerede patientens blodbillede, og der blev ikke observeret tegn på myelosuppression. Behandlingen med linezolid varede i 30 dage.

Transtorakal ekkokardiografi inden udskrivelsen viste uændret mild aorta- og mitralinsufficiens samt rest ekscrescens. Efter i alt seks ugers antibiotika-behandling blev patienten udskrevet til opfølgende ambulant kontrol og var fortsat velbefindende ved to måneders followup.

KONKLUSION

I den internationale litteratur beskrives flere kasuistiske eksempler på succesfuld behandling af IE med linezolid, men der foreligger endnu ingen større studier [5]. Linezolid er i Danmark indiceret ved komplicerede hud- eller bløddelsinfektioner. Linezolid er et alternativ til behandling af IE med multiresistente grampositive bakterier – eller, som i aktuelle case, når det af anden årsag ikke er muligt at be-

handle med konventionelle antibiotika. Behandlingen skal foregå i samråd med mikrobiologer, under hospitalsindlæggelse og med monitorering af blodbillede. På grund af bivirkningsprofilen bør behandlingens varighed i videst muligt omfang ikke overstige 28 dage.

KORRESPONDANCE: Trine Kilerich Lauridsen, Øster Farimagsgade 71, 3. tv, DK-2100 København Ø. E-mail: trineklauridsen@gmail.com

ANTAGET: 25. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Buchholtz K, Larsen CT, Hassager C et al. Severity of Gentamicin's nephrotoxic effect on patients with infective endocarditis: a prospective observational cohort study of 373 patients. *Clin Infect Dis* 2009;48:65-71.
2. Emborg HD, Hammerum AM, red. DANMAP 2007. Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, foods and humans in Denmark. www.danmap.org/ (21. november 2008).
3. Oramas-Shirey MP, Buchanan LV et al. Efficacy of linezolid in a staphylococcal endocarditis rabbit model. *J Antimicrob Chemother* 2001;47:349-52.
4. Patel R, Rouse MS, Piper KE et al. Linezolid therapy of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* experimental endocarditis. *Antimicrob Agents Chemother* 2001;45:6213.
5. Muñoz P, Rodríguez-Creixéms M, Moreno M et al. Linezolid therapy for infective endocarditis. *Clin Microbiol Infect* 2007;13:211-5.

Hypoglossuspårese efter vasculitis i arteria carotis interna

Reservelæge Tina Toft Kristensen

KASUISTIK

Næstved Sygehus,
Øre-næse-halskirurgisk
Afdeling

Isoleret unilateral hypoglossuspårese (IUH) forekommer sjældent. I 1997 viste en opgørelse 26 tilfælde inden for ti år i engelsksproget litteratur [1]. Kun et tilfælde af IUH på baggrund af vasculitis i arteria carotis interna er beskrevet i den engelsksprogede litteratur [2]. Incidensen er muligvis højere end antaget pga. underrapportering samt den vanskelige diagnose. I denne kasuistik beskrives et tilfælde af IUH hos en tidligere rask 39-årig kvinde. Ætiologien bag IUH er mangfoldig, og den bagvedliggende sygdom bør derfor udredes.

SYGEHISTORIE

En 39-årig kvinde blev henvist akut til øre-næse-halsafdeling efter fem dage med hævelse af venstre side af tungen. Patienten havde besvær med at tale og tygge. Symptomerne var startet med snurren og prikken i venstre side af tungen. To dage forinden havde patienten været hos vagtlæge, der ordinerede pred-

nisolon og antihistamin. Patienten havde 14 dage før symptomdebut fået penicillin mod bihulebetændelse med god effekt. Fraset to rygoperationer var patienten rask. Hun var etnisk dansker, ryger og moderat overvægtig. Ved den første øre-næse-halsundersøgelse fandtes diskret deviation mod venstre ved fremadrækning af tungen. Desuden var venstre tungehalvdel tydeligt forstørret, mest udtalt bagtil på tungen. Den øvrige øre-næse-halsundersøgelse var normal, ligesom patienten var alment upåvirket. På mistanke om lymfom blev der taget en biopsi i lokal anæstesi fra den venstre tonsilla linguae. Biopsien var normal, og der fremkom normale blodprøver i form af C-reaktivt protein, hæmoglobin, leukocytter og trombocytter. Ved kontrol ti dage senere beskrev patienten nu udtalt besvær med at tygge og tale, og pårese og atrofi af venstre tungehalvdel blev konstateret (**Figur 1**). De øvrige kranienervener var normale. Magnetisk resonans (MR)-skanning til afklaring af forløbet af

 FIGUR 1

En 39-årig kvinde med atrofi og parese af venstre tungehalvdel.
Foto: Kim Darling, Sygehus Syd.



venstre nervus hypoglossus var normal bortset fra asymmetri af tungen, men det ekstrakranielle forløb var ikke beskrevet. Yderligere udredning blev foretaget med forskellige titre (borrelia, herpes simplex-virus, varicella-zoster-virus, cytomegalovirus og Epstein-Barr-virus), som alle var uden signifikant stigning. En MR-angiografi af venstre arteria carotis interna blev foretaget: På venstre arteria carotis interna blev der set to aneurismatiske udvidelser og på højre arteria carotis interna ligeledes en aneurismatisk udvidelse. Patienten blev sat i behandling med hjertemagnyl og henvist til kar- og neurokirurgisk vurdering. Der blev ikke fundet indikation for operation. Ved radiologisk konference var der enighed om, at aneurismerne var opstået pga. vasculitis i begge arteriae carotis internae, og patienten blev henvist til yderligere udredning herfor via medicinsk afdeling. Under udredningsforløbet på fire måneder aftog lammelsen af tungen gradvist, således at patienten ved sidste kontakt havde minimal parese og ingen yderligere symptomer. Pga. den sene diagnose blev der ikke fundet indikation for behandling.

DISKUSSION

Nervus hypoglossus innerverer den ipsilaterale tungemuskulatur. Nucleus nervi hypoglossi ligger i medulla oblongata, fra hvis forside det apparente udspring sker. Nerven forlader fossa posterior gennem canalis nervi hypoglossi. På halsen forløber nerven i spatium lateropharyngeum og har tæt relation til carotiderne. Et par centimeter over carotisbifurkaturen træder nerven ind i spatium sublinguale og deler sig i sine muskulære endegrene. Der er stor klinisk

udfordring i at diagnosticere IUH. Tilstanden er sjælden, og patientens symptomer og de objektive fund af nervedysfunktionen afhænger dels af, hvor hurtigt nerveaffektionen er opstået samt af, hvornår i sygdomsforløbet patienten søger læge. Op til uger efter indtræden af IUH fremstår den afficerede del af tungen større end den raske ved undersøgelse i hvile. Hemiatrofi og deviation er først til stede senere. Dette kan være årsag til, at IUH kan overses ved første lægeundersøgelse. Når IUH er diagnosticeret, er det en udfordring at afdække ætiologien. Affektion af nervens intrakranielle forløb kan bl.a. skyldes tumorer og metastaser i basis cranii [3]. Årsager til affektion af nerven, der svarer til forløbet med relation til carotiderne og det sublinguale forløb, er bl.a. traumer, kirurgi, intubation, tumorer og vaskulære abnormiteter i arteria carotis interna såsom høj bifurkation, aneurismer og dissektion [4]. Idiopatisk IUH remitterer oftest spontant og sammenlignes med Bells parese [5]. Pga. de mange forskelligartede sygdomme, hvor IUH kan være første symptom, er udredningen vigtig. Først efter parakliniske og billeddiagnostiske undersøgelser kan IUH siges at være idiopatisk.

KORRESPONDANCE: Tina Toft Kristensen, Hvedevænget 67, DK-4700 Næstved.
E-mail: tinatoft@dadlnet.dk

ANTAGET: 27. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Omura S, Nakajima Y, Kobayashi S et al. Oral manifestations and differential diagnosis of isolated hypoglossal nerve palsy: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:635-40.
2. Harris NL, McNeely WF, Shepard JO et al. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Eng J Med* 2002;347:2057-65.
3. Boban M, Brinar VV, Habek M et al. Isolated hypoglossal nerve palsy: A diagnostic challenge. *Eur Neurol* 2007;58:177-81.
4. Hafkamp HC, van der Gooten A, Manni JJ. Unilateral spontaneous dissection of the internal carotid artery presenting as hypoglossal nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261:405-8.
5. Giuffrida S, Lo Bartolo ML, Nicoletti A et al. Isolated, unilateral reversible palsy of the hypoglossal nerve. *Eur J Neurol* 2000;7:347-9.