

Hypoglossus og vagusparese efter nasal intubation og svælgpakning

Troels Schmidt¹, Bahareh Bakshaie Philipsen², Yavar Manhoobi³ & Elsebeth Lene Bruun Christiansen⁴

KASUISTIK

1) Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitets-hospital, Svendborg Sygehus

2) Øre-, Næse og Halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitets-hospital

3) Radiologisk Afdeling, Aarhus Universitets-hospital

4) Neurologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus

Ugeskr Læger

2018;180:V11170844

Tapias syndrom (TS) er en sjælden tilstand med ekstrakranial ipsilateral parese af nervus hypoglossus og nervus vagus. Tilstanden blev først beskrevet i 1904 af A.G. Tapia hos en tyrefægter, der blev stanget bag den højre kæbevinkel. Tyrefægteren udviklede afoni, højresidig tungeparese og dysfagi, men havde intakt funktion af den bløde gane. Nervus vagus og nervus hypoglossus krydser ved pharynx, efter at nervus vagus har afgivet ramus pharyngeus, der innervierer ganesejlets muskulatur (**Figur 1**). Tapias teori var, at pareserne hos tyrefægteren skyldtes nerveskade fra tyrens horn på dette sted [1]. I dag ses TS hyppigst som en komplikation i forbindelse med intubation [2].

SYGEHISTORIE

En 50-årig mand med hypertension og astma blev reopereret for pseudoartrose i en venstresidig mandibulafaktur. Operationen foregik i almindeligt rygleje under generel anæstesi og nasotrakeal intubation. Nar-

kosen varede i fire timer. Der blev brugt svælgpakning. Cuff'ens tryk og placering, og om hovedet blev manipuleret, blev ikke noteret. Ekstubationen var problemfri. Operationen var ukompliceret, og der blev foretaget en ny osteosyntese af frakturen med osteosynteseplade og tre skruer på hver side af frakturspalten. Der blev foretaget visdomstandsfjernelse og indsat intermaksillær fiksering med ståltråd.

Umiddelbart efter operationen fik patienten hæshed. Ved fleksibel fiberlaryngoskopi og stroboskopi blev der konstateret en parese af venstre plica vocalis. Han blev udredt i et hoved- og halskræftpakkeforløb. En ultralydskanning af halsen viste normale forhold. En PET-CT viste opladning på stedet for den nyligt foretagne kæbeoperation og det raske højre stemmebånd, hvilket var foreneligt med stemmebåndsparesen, men der blev ikke fundet nogen rumopfyldende processer. Ved kontrol fem uger efter indgrebet berettede patienten, at han siden reoperationen havde haft styringsbesvær af tungen. Objektivt blev der konstateret atrofi og nedsat kraft af venstre tungehalvdel samt asymmetrisk lejring af tungen (**Figur 2**). Ganesejlet var symmetrisk. En MR-skanning af cerebrum, hjernestamme og hals viste asymmetri af plica vocalis samt atrofi og deviation af venstre tungehalvdel, men ingen andre patologiske forandringer. Patienten blev henvist til en neurologisk afdeling. Her berettede han, at han siden operationen havde haft fejlsynkning, globulusfornemmelse og føleforstyrrelser i venstre side af hagen. Ved en fuld neurologisk undersøgelse fandt man normale forhold, fraset ovenstående fund og en diskret hængende venstre mundvig. Sidstnævnte blev ikke fundet ved kontrol to måneder senere.

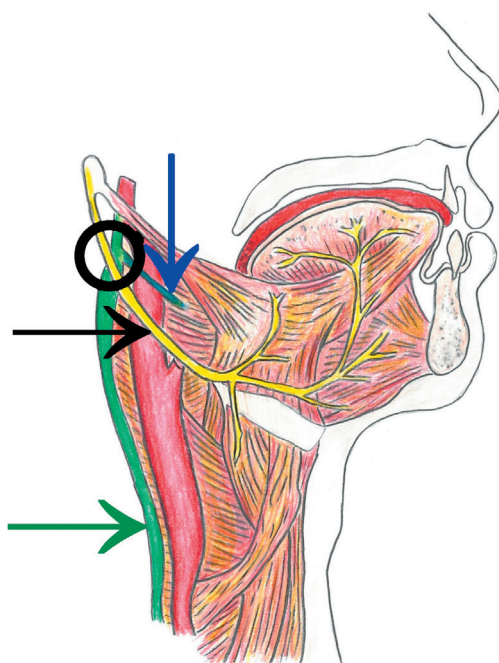
Patienten blev henvist til logopædisk undervisning. Ved kontrol ti måneder efter operationen var der betydelig, men ikke fuld subjektiv bedring af hæseden og globulusfornemmelsen. En objektiv undersøgelse viste fuld remission af tungeparesen. Der blev konstateret nærmormalisering af venstre stemmelæbes bevægelighed ved videostroboskopi.

DISKUSSION

Hos patienten i sygehistorien, der ikke havde haft forudgående neurologiske symptomer, opstod der parese

FIGUR 1

Det ekstrakraniale forløb af nervus vagus (grøn pil), ramus pharyngeus nervus vagi (blå pil) og nervus hypoglossus (sort pil). En sort cirkel markerer stedet hvor nervus vagus og nervus hypoglossus krydser ved pharynx.



 FIGUR 2


A. Atrofi af slimhinden på venstre tungerand markeret med pil. B. Den raske højre side.

af nervus vagus og nervus hypoglossus postoperativt. Rumopfyldende processer og læsioner i centralnervestystemet blev udelukket som årsag. Desuden sås venstresidig hængende mundvig og paræstesi ved venstre hagerregion. Disse udfald kan forklares af et traume mod hhv. nervus mentalis og ramus marginalis nervus facialis. Det forekommer usandsynligt, at vagus- og hypoglossusparensen kan forklares af det kirurgiske indgreb.

Årsagen til TS ved intubation menes at være skade på nervus vagus og nervus hypoglossus i deres fælles forløb i pharynx. Skaden kan være trykbetinget ved en overfyldt eller fejlplaceret *cuff* eller ved svælgpakning. Strækbetinget skade af nerverne kan ske ved overekstension og manipulation af cervikalcolumna samt ved lejringen af patienten. En mulig årsag ved orotracheal intubation er skade fra laryngoskopet [3]. En bilateral variant af syndromet er beskrevet [4].

TS har en god prognose, som oftest med delvis eller fuld remission af symptomerne over dage til måneder. I behandlingen har der i litteraturen været forsøgt synke- og stemmegenoptræning samt en kombination af prednisolon og B-vitaminer i den akutte fase [2, 5]. Der foreligger ingen anbefalet behandlingsalgoritme [5]. Til forebyggelse af TS anbefales forsigtighed ved intubation og manipulation af hoved og hals under en operation, undgåelse af en overfyldt *cuff*, samt placering af svælgpakning med mindst muligt tryk på pharynx [2].

Patienten i sygehistorien blev grundigt udredt, før diagnosen blev stillet. TS er sjældent, men bør kendes af anæstesiologer og øre-, næse og halskirurger. Vi mener, at diagnosen først bør stilles, når andre årsager til kranienervepareserne er udelukket.

SUMMARY

Troels Schmidt, Bahareh Bakshaie Philipsen, Yavar Manhoobi & Elsebeth Lene Bruun Christiansen:

Vagus and hypoglossus palsy after nasotracheal intubation and throat packing

Ugeskr Læger 2018;180:V11170844

Ipsilateral extracranial palsy of the hypoglossus and vagus nerve is a rare complication of intubation. This is a case report of a 50-year-old male with unilateral palsy of the hypoglossus and vagus nerve after reoperation for a mandibular fracture. The patient underwent logopaedic treatment, and ten months after the operation there was significant but not complete remission of symptoms. Videostroboscopy revealed near-normalisation of vocal cord movement.

KORRESPONDANCE: *Troels Schmidt*. E-mail: troels.schmidt@rsyd.dk

ANTAGET: 23. april 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 2. juli 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Schoenberg BS, Massey EW. Tapia's syndrome. *Arch Neurol* 1979;36:257-60.
2. Gevorgyan A, Nedzelski JM. A late recognition of tapia syndrome: a case report and literature review. *Laryngoscope* 2013;123:2423-7.
3. Lykoudis EG, Seretis K. Tapia's syndrome: an unexpected but real complication of rhinoplasty: case report and literature review. *Aesthetic Plast Surg* 2012;36:557-9.
4. Cinar SO, Seven H, Cinar U et al. Isolated bilateral paralysis of the hypoglossal and recurrent laryngeal nerves (bilateral Tapia's syndrome) after transoral intubation for general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:98-9.
5. Varedi P, Shirani G, Karimi A et al. Tapia syndrome after repairing a fractured zygomatic complex: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71:1665-9.