

Akut perifer facialispares, handläggning av patienter över 17 år

Riktlinjer för Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland).

Vårdnivå

Remissfall. Vid klassisk, isolerad, perifer facialispares remiss för bedömning av ÖNH-läkare samma eller nästkommande vardag. Väntetid >24h förutsätter att diagnos kan fastställas och kortison förskrivs av inremitterande. Vid stark misstanke om borreliainfektion rekommenderas samtidig remiss till infektionsklinik. Bilateral pares kräver särskild utredning och behandlas inte i detta vårdprogram.

Definition

Snabbt progredierande pares av ena ansiktshalvans panna, öga, mellanansikte och mun.

Symtom

Muskelsvaghet i hela ena ansiktshalvan som tilltar över 2-5 dygn. Smärta i den drabbade ansiktshalvan eller bakom örat kan föreligga och även föregå paresen. Ljudkänslighet, muntorrhet, förändrat tårflöde eller smaknedsättning på halva tungan kan förekomma. Det är inte ovanligt med upplevelse av lätt domningskänsla i den drabbade ansiktshalvan. Det beror sannolikt på förändrad sensorisk återkoppling pga slapp muskulatur.

Etiologi

Omkring 70 % är av okänt ursprung (Bells pares). Den vanligaste teorin är att Bells pares orsakas av nervsvullnad till följd av reaktivering av herpes simplex virus, HSV. Minst 10 % av pareserna orsakas i Sydöstra sjukvårdsregionen av borreliia. Varizella zoster (VZV) orsakar en liten andel, detta benämns Ramsay-Hunts syndrom. Trauma, akut eller kronisk mediaotit, malignitet, stroke samt autoimmuna sjukdomar som MS och granulomatös polyangiit kan också vara orsaken. Långsam progress inger misstanke om malignitet i temporalben eller parotiskörtel.

Utredning

- Anamnes: Tidsaspekt för duration och progress? Trauma? Hudutslag? Blåsor? Diabetes? Efterfråga vid varje besök symtom talande för borreliainfektion i form av erytema migrans, radikulitvärta (värst nattetid), nackvärk, huvudvärk, sjukdomskänsla, muskelvärk, ledvärk och känd fästingexposition.
- ÖNH-status: Otit? Blåsor på örat, i hörselgången eller i munhålan? Palpera parotis- och halskörtlar. Svullna halskörtlar kan förekomma vid borreliia.
- Vid fynd av blåsor tas blåsskrap för PCR avseende HSV och VZV.
- Kranialnervsstatus och grovneurologisk undersökning. Bedömning av cornealreflex ska ingå.
- Gradering av funktion enligt Sunnybrookskalan.
- Audiogram och stapediusreflex.
- Långsamt debuterande pares, ojämnt drabbade nervgrenar eller bevarad stapediusreflex trots minst måttlig pares skall föranleda malignitetsutredning i form av MR omfattande hela nervens förlopp inkl parotiskörtel.
- B-glukos vid kortisoninsättning om patienten har diabetes.

- Remiss till infektionsklinik vid klinisk misstanke om borreliorsakad pares. Neuroborrelios diagnosticeras med LP. Vida indikationer för LP-remiss vid ovan beskrivna symtom, fästingexposition i närtid. Samråd med infektionsläkare vid tveksamhet. Borreliaserologi kan vare sig bekräfta eller avfärda neuroborrelios. Uppmana patienten att ta kontakt med sjukvården om nya symtom skulle uppstå i väntan på återbesök.

Läkemedelsbehandling

Om inte kontraindikation föreligger, t ex psykos/manodepressivitet, pågående ulcus eller svårreglerad diabetes, rekommenderas kortisonbehandling i 10 dagar.

Behandlingen har bäst effekt om den påbörjas inom 72h efter insjuknandet.

Informera om biverkningar samt täta kontroller av b-glukos vid känd diabetes.

Kortisonbehandling påbörjas i väntan på borreliautredning när diagnosen är oklar men avslutas vid fastställd neuroborrelios.*

T Prednisolon 10 mg i sammanlagt 10 dagar i dosen 6x1 i 5 dagar därefter 3x1 i 5 dagar.

T Valaciklovir 2gx3 i 7 dagar vid VZV-misstanke. Dosen reduceras vid nedsatt njurfunktion, se FASS.

T Doxycyklin 100 mg 2x2 i 14 dagar vid neuroborrelios.

Graviditet

Doxyferm bör inte ges till gravida under 2:a och 3:e semestern. Risken med korttidsbehandling med kortison bedöms som låg. Kortisoninsättning bör dock föregås av diskussion med obstetriker.

Ögonskydd

Det är viktigt att skydda ögat! Störst risk för ögonskada har patienter med nedsatt/utslagen cornealreflex. Vid fynd av detta skrivs remiss till ögonkliniken för bedömning inom ett par dagar. Vid partiell slutningsdefekt förskrivs ögondroppar eller ögonsalva (t ex Viscotears ögondroppar eller Oculentum Simplex ögonsalva) varje till varannan timme, dagtid. Fuktkammare eller korstejpning rekommenderas nattetid. Patienten uppmanas att sluta ögat manuellt så ofta det går. Vid komplett pares rekommenderas fuktkammare/tejpning även dagtid. Akut remiss till ögonläkare vid keratitmistanke.



Korstejpning av ögat.

Sjukskrivning

Kan behövas en kortare period (1-2 veckor) i akutskedet.

Uppföljning

Återbesök efter 4 veckor för ny paresgradering

- Om Sunnybrook >70 vid detta besök kan kontrollerna avslutas. Vid utebliven förbättring kan förnyad mätning av stapediusreflex vara av värde då återkomst av denna talar för god prognos.
- Efterfråga nytillkomna neurologiska symtom eller symtom talande för borreliainfektion (se utredning).
- Efterhör ögonbesvär. Vid rodnad, kraftig skavkänsla eller smärta: Ny bedömning av cornealreflex och remiss till ögonläkare.
- Utredning med MRT vid atypiskt förlopp som inger tumörmisstanke, t ex kvarstående smärta eller symtomprogress över flera veckors tid.

Återbesök 3 mån efter debuten

- Om Sunnybrook <50 eller synkinesier erbjuds remiss till sjukgymnast/logoped för motorisk träning.
- Vid Sunnybrook <50 efter 3 månader skrivs också remiss till plastikkirurg för ställningstagande till nervrekonstruktion.
- Vid kvarstående besvär av defekt ögonlutning kan remiss till ögonläkare skrivas för ställningstagande till reversibel kirurgisk åtgärd.
- Om dålig symtomregress föreligger remitteras patienten för MR-undersökning.

Återbesök 6 mån efter debuten

- Sjukgymnast/logopedremiss om kvarstående besvär.
- Om påtagligt nedsatt funktion eller uttalade kosmetiska besvär även remiss till ögonläkare och/eller plastikkirurg för korrigerande kirurgi eller botoxbehandling.
- Vid tillkomst av besvärande synkinesier har botoxbehandling ofta god effekt. Remiss till närmaste vårdinstans som utför detta.

*I dagläget saknas relevanta studier som stöder behandling med kortison vid borreliaorsakad facialis pares. Det finns heller inga studier som fastställer risker med sådan behandling. Med tanke på det överväldigande stöd som finns i litteraturen för tidig behandling med kortison vid Bells pares har vi därför valt att rekommendera denna behandling till hela gruppen med perifer facialis pares i väntan på borreliautredning.

Om dokumentet

Fastställt av regionalt programområde öron-, näs- och halssjukdomar 2023-01-17

Giltigt till och med 2024-12-31

Kontaktpersoner för innehåll:

Anna Parke, ÖNH-kliniken, Länssjukhuset i Kalmar

Anna-Maria Wasner, ÖNH-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Johanna Sjöwall, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Moustafa Elmasry, Hand- och plastikkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping