

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård
Innehållsansvar: Anna-Lena Roos, (annro1), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-14

Giltig till: 2028-04-14

Perifer facialis pares, behandling

Bakgrund

Perifer facialis pares innebär att muskulaturen i ena ansiktshalvan är partiellt eller totalt nedsatt. I de flesta fall finner vi ingen orsak till paresen, så kallad idiopatisk eller Bell`s pares. Andra möjliga etiologier är herpesvirus eller borrelia. Oftast läker paresen spontant inom två månader. Partiella pareser hos yngre personer och i övrigt friska har bäst prognos till total utläkning.

Symtom

Akut Perifer facialis pares. Beroende på graden av paresen kan förutom pares av muskulatur även förekomma smakförändring i främre delen av tungan, hyperakusi och påverkat tårflöde. Ibland förekommer värk kring öra- nacke samt stelhet- och domningskänsla i ansiktet.

Differentialdiagnoser

Akut/kronisk otit. Vid blåsor i örat måste Ramsey-Hunts syndrom misstänkas (Varicella Zoster Virus-infektion). Pares som börjar i en eller två grenar och progredierar kan vara tecken på tumör i parotiskörteln eller annan tumör utmed facialisnervens förlopp. Autoimmuna sjukdomar som sarkoidos. Skallbasfraktur.

Behandling

Allmänt:

Vid svårigheter att sluta ögonlocket: Viscotears 1-2 droppar varje timme dagtid och råd om att med handen sluta ögonlocket ofta. Nattetid ögonsalva, Oculentun Simplex. Hudtejp kan användas för att sluta

ögonlocket. Vid kraftig pares eller vid svårigheter att följa ovanstående råd ordineras fuktkammare nattetid och eventuellt även dagtid. Vid misstanke på ögonskada remiss till ögonläkare. Fuktkammare köpes på apoteket.

Behandling vid perifer idiopatisk facialispares/ Bells pares och i övrigt friska patienter i åldrarna 18-75 år

Kortisonbehandling, T. Prednisolon i 10 dagar enligt följande schema:

1. Dag 1-5	60mg x1
2. Dag 6	50mg x1
3. Dag 7	40mg x1
4. Dag 8	30mg x1
5. Dag 9	20mg x1
6. Dag 10	10mg x1

Kontraindikation för kortisonbehandling:

Gravida/ammande kvinnor. Diabetes. Glaukom. Pågående ulcus ventriculi eller duodeni. Psykisk sjukdom som kan påverkas av höga kortisondoser. Tuberkulos. Uttalad hypertoni/hjärtsvikt. Leversjukdom. Njursjukdom

Vid misstänkt **Herpes Zoster infektion**: ta prover antingen serologi IgM eller PCR från blåsor.

Behandling: Starta inom 72 timmar efter debut; T. Valaciklovir 1g x3 i 7 dagar.

(Kortisonbehandlingen kombineras med antiviral behandling)

Vid misstänkt **Borreliainfektion**, ta prover IgG och IgM, Borreliaserologi, uppföljningsprov efter 2–4 veckor. Lumbalpunktion hos barn och vid bilateral pares.

Behandling:

Vuxna: T Doxycyklin 200mg x2 i 10–14 dagar.

Vid överkänslighet mot doxycyklinpreparat: Ceftriaxon i.v. 2 g x 1 i 14 dagar

Barn över 8 år: Doxycyklin 4mg/kg/dygn x1 i 10 dagar.

Barn under 8 år: Ceftriaxon (Rocephalin) 50-100mg/kg/dygn i.v. x1 i 10 dagar.
Maxdos 2g/dygn.

Kontroller och uppföljning

2-4 vecka: Patienten bör skydda ögat på rätt sätt. Bedömning av paresgrad (enl Sunnybrook grading scale alt House Brackmann)) och smärta.

2 månader: Bedömning av paresgrad och förekomst av smärta. Vid utebliven regress eller kvarstående smärta, remiss till ÖNH mottagning. Konvalescentserum för borrelia. Överväg remiss för fysioterapi.

4 månader: Om patienten har Bell`s pares ska den muskulära funktionen, delvis ha återkommit inom 4–6 månader. Vid utebliven regress, bör utredning startas för att utesluta bakomliggande organisk genes. Utredning på ÖNH mottagning.

Efter 6 månader: Kvarstående pares mer än 6 månader och/ eller synkinesier, samt smärta på färdigutredd patient, remiss till plastiken facialispares teamet för ställningstagande till behandling.

Vårdnivå

Okomplicerad Bell`s pares hos vuxna kan skötas av **primärvård**.

Remiss till ÖNH-klinik:

Akut inom 24 timmar

- Vid misstanke om organisk genes till paresen.
- Vid misstanke om Zoster Oticus .

ÖNH – EJ akut

- Utebliven regress vid kontroll efter 8 veckor.

Remiss övriga

- Misstanke om neuroborrelios till infektionsklinik
- Barn bör remitteras till specialist på barnklinik
- Vid påverkan på flera kranialnerver till neurolog.
- Kornealskada eller irit till ögonläkare.

Ansvar

Ansvar för att denna rutin blir känd har vårdenhetsöverläkare. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen har vårdenhetsöverläkare, ÖNH SU.

Relaterad information

Behandlingsrekommendationerna för ansiktsförlamning är baserat på senaste rekommendationerna från Läkemedelsboken och Läkemedelsverket.

Granskare/arbetsgrupp

Anna-Lena Roos, Överläkare ÖNH/SU

Radi Jönsson, Överläkare ÖNH/SU

Andrea Cvjetkovic, Underläkare ÖNH/SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halsjukvård

Innehållsansvar: Anna-Lena Roos, (annro1), Överläkare

Granskad av: Radoslava Jönsson, (radjo), Överläkare, Andrea Cvjetkovic, (andcv1), Underläkare, ST

Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9821-892910994-23

Version: 12.0

Giltig från: 2026-04-14

Giltig till: 2028-04-14