

Gäller för: Hematologi-hud-infektionssjukvård  
Innehållsansvar: Sara Morgardt, (sarmo3), Överläkare  
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad  
Godkänd av: Erika Axelsson, (eriox), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-13

Giltig till: 2027-06-13

# Perifer facialispares hos vuxna patienter

Denna rutin gäller för  
Infektionskliniken, NU-sjukvården

## Syfte

Att säkerställa adekvat utredning, behandling och uppföljning av patienter med akut perifer facialispares.

## Bakgrund

Perifer facialispares kännetecknas av nedsatt funktion i facialisnervens tre grenar på ena sidan av ansiktet, vilket leder till nedsatt kraft i pannan, ögonlocket och munnen. Detta skiljer sig från en central facialispares, där nervgrenen som styr pannan är opåverkad. Snabbt påkommen central pares kan vara orsakad av stroke, tumör, debutsymtom vid MS eller trauma. Vid misstanke om akut central facialispares ska omedelbar kontakt tas med medicinjour.

## Orsaker

### 1. Idiopatisk

Den vanligaste orsaken till perifer facialispares är idiopatisk, även kallad Bells pares. Gravida och diabetiker löper större risk att drabbas. Vanligtvis sker insjuknandet hastigt och kan förvärras inom 72 timmar. Det är då vanligt med smärta bakom örat, ljudkänslighet, förändrad smak på tungans främre tredjedel, påverkat tårflöde och domningskänsla i ansiktet. Diagnosen är en uteslutningsdiagnos när tecken på annan bakomliggande orsak saknas.

## 2. Infektioner

Neuroborrelios kan orsaka perifer facialis pares och är särskilt vanligt hos barn. Borreliaorsakad perifer facialis pares skiljer sig från Bells pares då patienten ofta har associerade neurologiska symtom som radikulit smärta, feber, huvudvärk, sensibilitetspåverkan och/eller hudmanifestation, så kallat erytema migrans. Diagnosen ställs med lumbalpunktion (LP) via Infektionskliniken. Observera att mer än hälften av patienterna med borreliaorsakad perifer facialis pares inte har noterat något fästingbett. Perifer facialis pares kan också orsakas av reaktivering av varicella-zostervirus.

Vid så kallat Ramsay Hunts syndrom (zoster oticus) förekommer blåsor i över hälften av fallen på ytteröra/i hörselgång/på trumhinna/i gommen och smärta i/kring örat förekommer i de flesta fall. Det förekommer också ofta samtidig påverkan på andra kranialnerver, till exempel n vestibularis (balansrubbing, yrsel) eller n cochlearis (hörselnedsättning, tinnitus). Perifer facialis pares kan i mer sällsynta fall även orsakas av andra virala och bakteriella infektioner varför utredning är viktig om infektionstecken förekommer.

## 3. Icke-infektiösa tillstånd

Det finns även en mängd olika icke-infektiösa tillstånd som är associerade med facialis pares. Exempel på detta är otit, kolesteatom, tumör och vid misstanke om dessa tillstånd bör man kontakta Öron- näs- och halskliniken. Om tecken på neurologisk sjukdom eller påverkan på flera kranialnerver ska kontakt tas med Neurologkliniken. Vid tecken på samtidig ögonpåverkan som rött öga, ökat tårflöde, nedsatt syn eller blåsbildning på nästipp ska kontakt tas med Ögonkliniken och vid facialis pares hos barn ska Barnkliniken kontaktas.

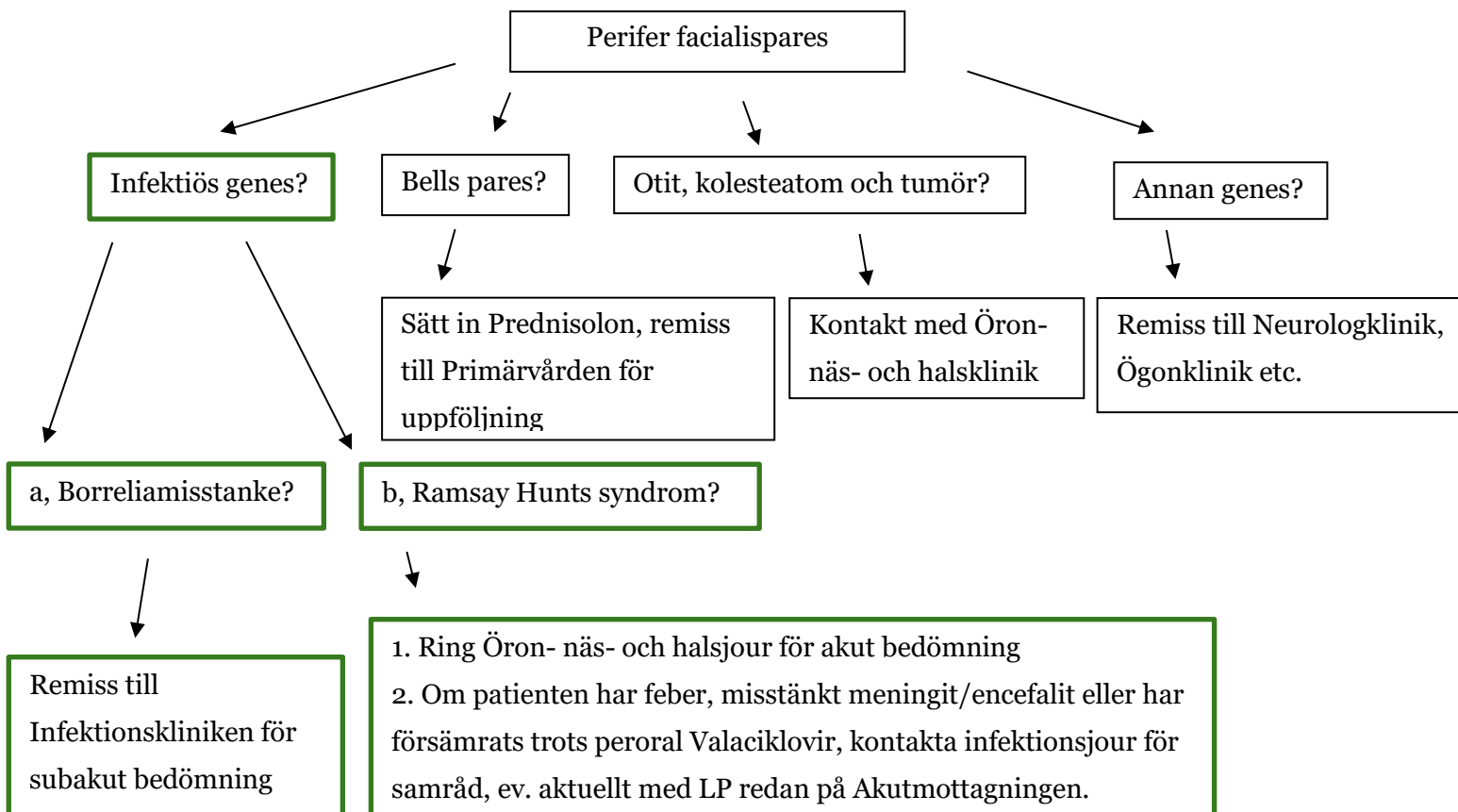
## Handläggning

Patienter med perifer facialis pares kan söka direkt till akutmottagningen eller via remiss till Infektionsmottagningen.

Patienter som kommer till akutmottagningen hänvisas beroende på

symtombild vidare till Öron- näs- och halsmottagning, Infektionsmottagning, primärvården eller handläggning inom Medicinkliniken.

## Flödesschema för handläggning av patienter med facialis pares som söker akut



### Misstänk infektiös genes vid:

a, radikulit, feber, huvudvärk, erytema migrans

b, blåsor/smärta kring öra, yrsel, balanspåverkan, hörselpåverkan

Om a, eller b, gör LP. Beakta kontraindikationer (NOAK, Waran, andra antikoagulantia). Observera att enstaka patienter med infektiöst orsakad perifer facialis pares kan sakna pleocytos i likvor i upp till 72 timmar från symtomdebut. Om pleocytos påvisas i likvor, skicka likvor för FilmArray och allmänodling samt serologi för borrelia IgM och IgG i likvor samt serum. Ta blåsbottenskap

för PCR för varicella och herpes från eventuella blåsor. Om avsaknad av pleocytos i likvor och inget annat talar för infektion, behandla som Bells pares.

Om symtom enligt a, och LP inom 48 timmar inte är möjlig: Avvakta behandling med Doxycyklin tills LP är genomförd.

Om symtom enligt b, och LP inom 48 timmar inte är möjlig: Överväg empirisk behandling med per oral Valaciklovir i väntan på LP nästkommande vardag.

Om patienten saknar a, och b, avstå lumbalpunktion och behandla som Bells pares.

**OBS**, patienter med misstänkt eller bekräftat Ramsay Hunts syndrom ska remitteras akut till Öron- näs- och halskliniken för snar bedömning. Om patienten samtidigt har feber, misstänkt meningit/encefalit eller har försämrats trots per oral Valaciklovir, kontakta även infektionsjour då dessa patienter kan vara aktuella för LP redan på Akutmottagningen. Länk till Öron- näs- och halsklinikens PM för perifer facialis pares: [Perifer facialis pares](#)

## Behandling

### Neuroborrelios

*T Doxycyklin* 200mg x 2 i 10 dagar alt. 200mg x 1 i 14 dagar. OBS, informera om risk för fototoxicitet och att undvika samtidigt intag av alkohol.

Vid graviditet, 2:a och 3:e trimestern samt amning: *Inf Ceftriaxon* 2g x 1 i 14 dagar.

### Ramsay Hunts syndrom

Vid påvisad eller misstänkt virusutlöst pares ska behandling startas inom 72 timmar från symptomdebut:

*Inf Aciklovir iv* 10-15mg/kg x 3, alternativt *T Valaciklovir* 500mg 2 x 3, behandlingstid 7 dagar

och

*T Prednisolon* 10mg 6 x 1 i 5 dagar, därefter nedtrappning med 10mg per dag, totalt 10 dagar.

## Bells pares

Om ingen kontraindikation föreligger, exempelvis psykos, svår bipolär sjukdom, pågående ulcus eller svårreglerad diabetes, rekommenderas behandling inom 72 timmar från symtomdebut med kortison i 10 dagar:

*T Prednisolon 10mg 6 x 1 i 5 dagar, därefter nedtrappning med 10mg per dag.*

## Skydda ögat

Vid ofullständig slutning av ögat är det viktigt att förskriva Viscotears ögondroppar att ta 1–2 droppar

6–8 gånger dagligen samt Oculentum simplex ögonsalva att ta till natten.

Påminn patienten om att sluta ögonlocket regelbundet. Till natten rekommenderas patienten att korstejpa ögats laterala del med kirurgtejp alternativt att använda s.k. fuktkammare som kan köpas på apotek.

## Uppföljning

Efter en vecka: Patienter där prover skickats för serologi och/eller PCR, ska följas upp med telefontid inom 7 dagar. Vid säkerställd Bells pares-diagnos remitteras patienten till primärvården för uppföljning inom 2–4 veckor.

Efter en månad: Vid neuroborrelios eller Ramsay Hunts syndrom ska patienten följas upp med telefontid efter en månad via Infektionskliniken. Om påtaglig regress kan uppföljning då avslutas. Patienter som har kvarstående pares eller smärta ska remitteras till Öron- näs- och halskliniken. Överväg även remiss till fysioterapeut. Vid kvarstående ögonbesvär skickas remiss till Ögonkliniken.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Hematologi-hud-infektionssjukvård

**Innehållsansvar:** Sara Morgardt, (sarmo3), Överläkare

**Granskad av:** Georgeta Stanciu, (geost1), Överläkare, Mie Jidetoft, (miepe1), Verksamhetschef, Christin Apelman Lacandler, (chrap1), Enhetschef

**Godkänd av:** Erika Axelsson, (eriaz), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10071-1039504452-128

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-06-13

**Giltig till:** 2027-06-13