

immunkompetenta patienter utan specifika kontraindikationer dessutom högdos kortison. Bättre vore att uppmuntra patienter att delta i ovannämnda studier.

Beträffande utredning skriver Hultcrantz att »IgM och IgG för Lymes sjukdom och MR för tumörsjukdom exkluderar dessa tillstånd«. Serologi kan dock vara negativ vid Borrelia-infektion. Dessutom kan patienter med Bells pares utan Lymes sjukdom ha positiv serologi för Borrelia [4].

För den intresserade finns en ännu utförligare översiktsartikel i New England Journal of Medicine, också den från september förra året [5]. Några slutsatser man kan dra av denna och övriga refererade artiklar är:

1. Evidensbaserade behandlingsriktlinjer saknas, nya studier behövs.
2. I väntan på dessa krävs vid en akut isolerad ensidig facialispares ingen utredning utöver noggrann anamnes och status. Vid tecken på Borrelia/herpes kan blodprov kontrolleras och infektionsbehandling inledas utan att invänta svar.
3. I övrigt kan behandling med steroider och antivirala medel övervägas i selekterade fall.

**Eric Bertholds**

överläkare, medicinkliniken,  
Kärnsjukhuset Skövde  
eric.bertholds@vgregion.se

## Referenser

1. Hultcrantz M. Behandling av facialispares – evidensbaserade rekommendationer. Läkartidningen 2005; 102:744-5.
2. Allen D, Dunn L. Aciclovir or valaciclovir for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD001869. DOI:10.1002/14651858.CD001869.pub2.
3. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD001942. DOI:10.1002/14651858.CD001942.pub2.
4. Peltomaa M, Pyykko I, Seppala I, Viljanen M. Lyme borreliosis and facial paralysis – a prospective analysis of risk factors and outcome. Am J Otolaryngol. 2002;23:125-32.
5. Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. N Engl J Med 2004;351:1323-32.

## Missas neuroborrelios som orsak till facialispares?

Facialispares är ett vanligt symtom vid neuroborrelios. Hos cirka 10–20 procent av alla patienter i Sverige med facialispares har Borrelia-infektion diagnostiserats [1, 2]. Hultcrantz refererar i sin artikel till en engelsk »clinical review« [3]. Uppfattningen där är dock inte representativ för svenska förhållanden. I Storbritannien är Borrelia-infektioner mycket sällsynta.

I Hultcrantz artikel omnämns Borrelia-infektion endast i en enda mening: »IgM och IgG för Lymes sjukdom ... exkluderar dessa tillstånd«. Detta påstående är inte evidensbaserat, vilket man får intryck av enligt artikelns rubrik. Facialispares orsakad av Borrelia kan inte uteslutas enbart genom antikroppsbestämning i serum, då både IgM- och IgG-antikroppar mot Borrelia kan saknas i det akuta skedet. Tidpunkten för antikroppsdetektion varierar mellan olika individer och kan i en del fall upptäckas först senare i sjukdomsförloppet.

### Lumbalpunktion bör utföras

Det är viktigt att diagnosen neuroborrelios inte missas eftersom infektionen kan botas med peroralt doxycyklin. Vi menar att lumbalpunktion bör göras på alla patienter med facialispares där neuroborrelios kan misstänkas. Många patienter med Borrelia-orsakad facialispares har radikulitmärtnor och/eller sensibilitetsrubbingar som kan förekomma en tid före paresen med debut sommar/höst. Mindre än hälften av patienterna har erythema migrans.

Förutom antikroppsbestämning mot Borrelia i serum bör motsvarande undersökning göras i likvor. Har patienten förhöjt antal leukocyter i likvor och om man inte har någon annan uppenbar orsak till paresen rekommenderar vi peroral behandling med högdos doxycyklin

(mer information på <www.internetmedicin.se>, under rubriken Borrelia).

Vi håller inte med artikelförfattaren som under avsnittet »Rekommenderad behandling« föreslår att kortison bör insättas inom 72 timmar från paresens debut. Neuroborrelios bör först uteslutas! Kortison är inte lämpligt att ge till patienter med Borrelia-orsakad facialispares.

**Lars Hagberg**

professor, infektionskliniken,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra  
lars.hagberg@medfak.gu.se

**Anders Strömberg**

docent, infektionsläkare, Billdal  
andersstromberg1@yahoo.se

## Referenser

1. Jonsson L, Stiernstedt G, Carlsson J, Strömberg A, Sjöberg O, Larsson A. Serum and cerebrospinal fluid examinations in the diagnosis of Borrelia infection in Bell's palsy. Acta Otolaryngol 1990;110:421-6.
2. Olsson I, Engvall K, Åsbrink E, Carlsson-Nordlander B, Hovmark A. Tick-borne borreliosis and facial palsy. Acta Otolaryngol 1988;105:100-7.
3. Holland NJ, Weiner GM. Recent development in Bell's palsy [clinical review]. BMJ 2004;329:553-7.

## Bells pares – evidensbaserad behandling?

Akut dövhet (sudden deafness), akut ensidigt balansbortfall (vestibularisneuronit) och perifer ansiktsförlamning (Bells pares) är tre neurologiska katastrofer som oftast handläggs av öron-, näs- och halsläkare. Alla tre tillstånden har hittills i majoriteten av fall haft okänd genes. Det är därför lättförståeligt att diverse olika behandlingsmetoder har kommit att användas, och konsensus härvidlag har ej uppnåtts.

### Artikeln i Läkartidningen

Det är därför av stort intresse när Läkartidningen i 10/2005 under avdelningen Klinik och vetenskap publicerar en artikel med rubriken »Behandling av facialispares – evidensbaserade rekommendationer«. Artikeln visar sig i huvudsak vara ett referat av en artikel i BMJ (2004: 329:553-7). Under rubriken »Clinical review« beskriver där två engelska otologer, Holland och Weiner, hur de utre-

der, behandlar och följer upp sina patienter med Bells pares. Ett antal källor i litteraturen anges och värderas, och författarna konkluderar att Bells pares förbättras efter behandling med kombinationen aciklovir och prednisolon, och de rekommenderar därför denna terapi.

Enighet råder om vikten av att skydda ögats hornhinna vid ansiktsförlamning och även om vikten av att dessa patienter ges ett gott psykologiskt stöd. Vid kvarstående läkningsdefekter kan inkoppling av plastikkirurg, logoped, sjukgymnast eller psykolog vara motiverad.

Sedan många år har en del av dessa patienter försöksvis behandlats med kortikosteroider, på senare år även med antiviral terapi. Detta har mestadels skett utanför kontrollerade studier, men sedan cirka tio år har även mer eller mindre väl kontrollerade studier publicerats. Till exempel har vissa studier visat bättre