

Kasuistik

Funktionel venstresidig hemiparese

Susan Rafati¹, Lise Kirstine Gormsen², Martin Riis Ladefoged³, Christian Peter Midtgaard Stenør¹, Jesper Ratzer¹ & Magnus Spangsberg Boesen^{1, 4}

1) Afdeling for Hjerne- og Nervesygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 2) Afdeling for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital, 3) Ortopædkirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg Hospital, 4) Neurologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Ugeskr Læger 2025;187:V03250243. doi: 10.61409/V03250243

Funktionelle neurologiske lidelser udgør en særlig udfordring i klinisk neurologi, da de kan ligne slagtilfælde, bevægeforstyrrelser eller epileptiske anfald. Vurdering af funktionel sygdom beror på en dybdegående sygehistorie inklusive alle somatiske klager (særligt træthed, smerter, svimmelhed, søvn- og hukommelsesbesvær) og disses indvirkninger på dagligdagen samt tidligere psykiatriske lidelser [1]. I den objektive neurologiske undersøgelse fokuseres på »positive symptomer« for funktionel lidelse (**Tabel 1**), især variabel kraftudfoldelse og en inkonsistens mellem symptomerne og det forventede billede ud fra kendte neurologiske sygdomme og neuroanatomi. Nogle personer har en »funktionel overbygning«, hvilket vil sige, at de har en somatisk lidelse (f.eks. epilepsi), men oven i dette funktionelle symptomer som f.eks. psykogene nonepileptiske anfald.

TABEL 1 Symptomer og objektive fund som kan ses ved funktionel lidelse^a.

Test af	Navn	Beskrivelse
Kognition	La belle indifférence	Manglende bekymring ved f.eks. akut opstået lammelse i et ben. Personen kan f.eks. angive at »det var den praktiserende læge som sagde at jeg skulle på hospitalet«, selv om personen ikke kan bevæge det ene ben
	Sensitivitet ved suggestion	Fremkaldelse eller forværring i symptomer når opmærksomheden rettes på dette
Tremor	Distractionstest og entrainment test	Distractionstest bruges til at skelne funktionel fra fysiologisk tremor ved at aflede personen, f.eks. holde den modsidige arm eller ben i en bestemt position, hvorefter en funktionel tremor ofte vil skifte frekvens og amplitude, evt. stoppe helt. Lignende ses ved entrainment test hvor personen bedes om rytmisk at ryste den normale hånd eller lave fingertapping med langsom frekvens. Testen er positiv hvis den funktionelle tremor tilpasser sig rytmen i den instruerede bevægelse, bliver uregelmæssig eller forsvinder under opgaven
Anfald	Funktionelle dissociative anfald, også kaldet psykogene nonepileptiske anfald	Forskelligartede anfald som ikke er forenelige med f.eks. et klassisk generaliseret tonisk-klonisk krampeanfald. Anfaldene forekommer ofte i samvær med andre personer og kan ofte fremkaldes under eeg. Ofte har personen lukkede øjne under anfaldet og har ikke tungebid, urin- eller fæcesafgang. Ofte kommer personen ikke til skade i forbindelse med anfaldene
Balance	Store korrektioner ved linjegang eller ved Rombergs test uden fald	Her fungerer ligevægtsapparat, syn og stillingssans formentligt godt fordi personen netop ikke falder
Bevægeforstyrrelse	Funktionel bevægeforstyrrelse	Opstår ofte »akut« hvorimod de fleste ikkefunktionelle bevægeforstyrrelser opstår gradvist. Kan ses med tremor, dystoni, gangbesvær, myoklonus, funktionel parkinsonisme og tics
Systematisk fejl	Systematisk fejl	Ved f.eks. finger-næse-finger-test kan personen gentagne gange ramme det samme sted, f.eks. på øjet, med fingeren selv om det er meningen at personen skal ramme næsetippen
Fotofobi	Uforholdsmæssig reaktion på at blive lyst i øjnene (Ratzers tegn)	Fotofobi kan ses ved meningitis eller migræneanfald men kan også ses ved funktionel lidelse
Syn	Tunnelsyn eller komplet ophævet syn	Tunnelsyn udvikles normalt ikke pludseligt. Blinde personer med ophævet syn kan fortsat sætte fingerspidserne på hver hånd sammen eller skrive deres navn, udført med proprioception, imens funktionelle personer kan have svært ved disse ting. Desuden kan testes synstrussel for hånd eller optokinetisk nystagmus-test
Stammen	Isoleret akut opstået stammen hos voksen	Følgende kendetegn kan hjælpe med at skelne det fra apopleksi: overdreven variation, krampagtig adfærd som grimassering og nakkestrækning, fravær af ledsagende dysartri/afasi, agrammatisk eller telegrafisk tale uden afasi. Et af de mest pålidelige kendetegn ved funktionel stammen er dens hurtige og fuldstændige respons på terapi selv om dette ikke vil være tilgængeligt i en akut situation
Tale	Lav stemme	Normal hostekraft og sangstemme
Manglende tilskadekomst	F.eks. arm drop test	Ved armparese hos den liggende patient løftes den »paretiske« arm over hovedet på den funktionelle patient hvorefter den slippes og ofte vil »glide forbi« hovedet uden at skade patienten
Kraft		
Generelt	Eftergivenhed	Rykvis kraftnedsættelse hvor klinikerens kortvarigt finder normal kraft hvorefter patienten »giver efter«
	Omvendt 1. neurons kraftnedsættelse	En supranukleær parese har en klassisk fordeling med mere nedsat kraft ved ekstension end fleksion i overekstremiteterne og mere nedsat kraft ved fleksion end ekstension i underekstremiteterne. Hvis dette mønster ikke findes kan overvejes infranukleær parese eller funktionel lidelse
	Variabel kraftudfoldelse	Kan f.eks. testes med at den funktionelle person ikke bevæger en arm på opfordring men hvis personen går, og klinikerens samtidig holder i den »paretiske« arm og skubber personen blidt kan personen godt bruge armen til at holde balancen. Et andet eksempel er at personen ikke kan plantarflektorerne anklærerne men godt stå på tæer
	Samtidig aktivering af agonist- og antagonistmuskler	Samtidig aktivering af muskler der normalt arbejder mod hinanden
	Monrad-Krohn's test	Eksempel: Benet løftes i liggende stilling og slippes. Ved organisk lammelse falder benet tungt uden modstand men ved funktionel kraftnedsættelse sænkes benet mere kontrolleret
I overekstremitet	Contraversive head rotation test (Stenørs tegn)	Ved hoveddrejning mod venstre aktiveres primært højre musculus sternocleidomastoideus som innerveres af nervus accessorius. Denne har bikortikal innervation og derfor vil en supranukleær læsion i højre hemisfære normalt ikke svække evnen til at dreje hovedet mod venstre. Markant kraftnedsættelse i denne retning taler således for en funktionel parese. Forbigående svækkelse kan dog ses i den hyperakutte fase
	Nedfald uden pronation ved strakt arm test	Supranukleære læsioner, f.eks. apopleksi, kan medføre nedfald af modsidige arm som normalvis også ledsages af pronation af armen
	Ikkelillefingertegn	Personen skal bevæge lillefingeren på den svage hånd da lillefingeren er med i de fleste håndbevægelser. Ved funktionel lidelse vil personen ofte undlade at forsøge eller vise en fuldstændig mangel på bevægelse af lillefingeren på den »svage« hånd selv om dette ikke er fysiologisk muligt

a) Sensitivitet og specificitet for ovenstående symptomer og test er ikke valideret og kan også ses ved organiske lidelser, hvorfor det samlede billede er vigtigt for at diagnosticere funktionel lidelse.

TABEL 1 FORTSAT Symptomer og objektive fund som kan ses ved funktionel lidelse^a.

Test af	Navn	Beskrivelse
Kraft		
	I under-ekstremitet	Hoovers tegn
		Testen vurderer inkonsistens i muskelkraft og bygger på princippet om ufrivillig aktivering af den modsatte (funktionelle) ekstremitet under en viljestyret bevægelse. Testen udføres med patienten i fladt rygleje. Undersøgeren placerer den ene hånd under hælen på det »paretiske« ben hvorefter patienten skal løfte det modsatte »normale« ben mod modstand. Testen er positiv hvis der mærkes et nedadgående pres, ekstensionskraft, i det »paretiske« ben
		Hofteekstensionstest (>omvendt Hoover«)
		Hvis en person med funktionel højre benparalyse forsøger at flektre højre hofte vil den venstre hofte samtidigt ekstenderes. Ved manglende forsøg på fleksion af det paralytiske ben vil det ikkeparalytiske ben derfor ikke ekstenderes
		Supine-to-sit test
		Personen ligger med armene over kors og skal forsøge at sætte sig op i sengen uden brug af arme. Ved somatisk parese vil hoften flektre men ved nonorganisk parese vil personen enten ikke kunne sætte sig op eller også vil personen forsøge at holde det paretiske ben strakt
		Hofteabduktionstest
		Funktionel kraftnedsættelse ved hofteabduktion som normaliseres når den modsatte hofte abduceres
Ansigt-lammelse	Ensidig ansigtstrækning af læber/platysmakontraktion/kæbedeviation	Kan mistolkes som en facialisparese
Sensorik	Diskrepant vibrationsperception	Vibration på den ene side af panden vil vibrere hele kraniet samtidigt, da knogleledningen overfører vibrationen til den modsatte side. Positivt funktionelt tegn er hvis vibration ikke mærkes på den ene side
	Sensorisk føleudfald i midtlinjen	De sensoriske nerver fra modsatte side krydser midtlinjen. En reel sensorisk læsion vil derfor give »mindre« føleudfald end halvdelen af kroppen. Det anbefales ikke at smertestimulere kraftigt ved nedsat smertesans. Talamisk infarkt kan dog give føleudfald i midtlinjen
	Venstresidig føleudfald (Boesens tegn)	Funktionelle patienter klager ofte over nedsat følelse på venstre side af kroppen og yderst sjældent højre side af kroppen. F.eks. kan en person angive, at følelsen på venstre side af kroppen er »30% nedsat« i forhold til højre side
	Ikkeanatometisk distribution af føleforstyrrelse	Føleudfald som ikke skyldes central læsion og ikke følger et dermatom eller en perifer nerve

a) Sensitivitet og specificitet for ovenstående symptomer og test er ikke valideret og kan også ses ved organiske lidelser, hvorfor det samlede billede er vigtigt for at diagnosticere funktionel lidelse.

Denne kasuistik beskriver en ung mand med recidiverende venstresidig funktionel hemiparese.

Sygehistorie

En 19-årig mand, kendt i psykiatrisk regi efter selvmordsforsøg i forbindelse med depression, blev indlagt med akut opstået venstresidig hemiparese. Patienten debuterede med svimmelhed efterfulgt af besvimelse og hovedtraume. Ved opvågning havde han venstre hemiparalyse og nedsat sensibilitet i venstre side, men ingen talebesvær, neglekt eller blikdeviation. MR-skanning af hjernen var normal. Ved neurologisk undersøgelse fandtes Hoovers tegn og varierende kraftudfoldelse samt normale reflekser og plantarrespons. Han havde arbejdet under høj arbejdsbelastning i ugerne op til hændelsen. Han fik fysioterapeutisk træning under indlæggelsen. Efter fire dage kunne han gå selvstændigt med krykker, og efter ti dage kunne han gå som vanligt. Han havde tidligere oplevet tre lignende episoder, hver gang forudgået af fysisk eller psykisk stress samt hovedtraume. De tidligere episoder var ligeledes med nedsat følelse og kraft i venstre side. Patienten blev udskrevet med en genoptræningsplan og henvist til Klinik for Funktionelle Lidelser.

Diskussion

Funktionelle neurologiske lidelser kan være svære at diagnosticere, især når patienten præsenterer sig med akut opstået fokale symptomer som hemiparese, som kan ligne en apopleksi [2]. Patienten i sygehistorien kunne derfor præhospitalt godt have en apopleksi, og han kunne dermed potentielt være kandidat til trombolyse eller endovaskulær terapi. Vi diagnosticerede ham ud fra hans »positive funktionelle udfald« med Hoovers tegn og variabel kraftudfoldelse (Tabel 1).

Erfaringsmæssigt observeres funktionelle lidelser oftere i venstre side af kroppen end højre [3]. Man ville hos

patienten i sygehistorien muligvis også have fundet hemiforme refleksforskelle og/eller venstre ekstensivt plantarrespons, hvis han havde en læsion i de kortikospinale (motoriske) baner til venstre side af kroppen. Derudover var MR-skanning af hans hjerne normal, imens han havde venstresidig hemiparalyse.

Rettidig og korrekt diagnostik er vigtig hos patienter med funktionelle lidelser for at reducere unødvendige diagnostiske tests og sikre tidlig behandling som f.eks. fysioterapi ved kraftnedsættelser [4]. Psykiske udfordringer er ofte, men ikke altid, til stede hos patienter med funktionelle neurologiske symptomer, og det kan derfor være svært at påvise en kausal sammenhæng mellem et funktionelt neurologisk symptom og en psykisk belastning [5]. Funktionel neurologisk sygdom kan derfor godt diagnosticeres hos en ellers rask person og skal i højere grad bero på tilstedeværelse af positive fund for funktionel lidelse ved den objektive undersøgelse (Tabel 1) end på tilstedeværelse af tidligere psykiatrisk sygdom.

Behandling af funktionel neurologisk sygdom forudsætter, at patienternes symptomer anerkendes som værende »reelle«, og at de får fyldestgørende information om, at deres neuroanatomy (»hardware«) er normal, men at de har en »softwarefejl«. Dette kan gøres ved at illustrere inkonsistens i patientens neurologiske symptomer (patienten kan f.eks. ikke løfte benet fra lejet i sengen, men godt gå) og ved den objektive undersøgelse (f.eks. Hoovers tegn).

God alliance mellem patient og behandler er vigtig. Det er betydningsfuldt at behandle komorbiditeter som angst eller depression. Få studier over prognosen ved funktionelle lidelser foreligger, men dårlige prognostiske tegn synes at være mange funktionelle symptomer, manglende accept af funktionel sygdom, ansvarsfralæggelse, kroniske symptomer eller pågående retssager.

Korrespondance *Magnus Spangsberg Boesen*. E-mail: magnus.spangsberg.boesen@regionh.dk

Antaget 10. juli 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 8. september 2025

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V03250243

doi 10.61409/V03250243

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Functional left hemiparesis

In this case report, a 19-year-old man with a history of depression presented with his fourth episode of left hemiparesis. Brain MRI was normal. Presence of Hoover's sign and inconsistent muscle strength suggested a functional neurological disorder. The patient improved with physiotherapy and recovered fully after ten days, highlighting the importance of early recognition and management of these disorders. We summarize key clinical features of functional presentations and focus on the diagnostic and therapeutic challenges these disorders present.

REFERENCER

1. Stone J, Sharpe M. Functional neurological symptom disorder (conversion disorder) in adults: terminology, diagnosis, and

- differential diagnosis. UpToDate, 2023. www.uptodate.com (jul 2025)
2. Popkirov S, Stone J, Buchan AM. Functional neurological disorder: a common and treatable stroke mimic. *Stroke*. 2020;51(5):1629-1635. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029076>
 3. Stone J, Sharpe M, Carson A, et al. Are functional motor and sensory symptoms really more frequent on the left? A systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(5):578-581. <https://doi.org/10.1136/jnnp.73.5.578>
 4. Gilmour GS, Nielsen G, Teodoro T, et al. Management of functional neurological disorder. *J Neurol*. 2020;267(7):2164-2172. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09772-w>
 5. Espay AJ, Aybek S, Carson A, et al. Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA Neurol*. 2018;75(9):1132-1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>