

Den hængende mundvig

Afdelingslæge Michael S. Nielsen &
alment praktiserende læge Jens Vang Andersen

En 67-årig, rask kvinde kontaktede egen læge i telefontiden og beskrev, at hun to dage forinden vågnede med lammelse i den ene side af ansigtet med hængende mundvig, så hun ikke kunne holde på spytet. Der var ingen hovedpine eller ansigts-smerte, men tre dage før lammelsen oplevede hun en pludselig smertefuld fornemmelse i samsidige øre. Fornemmelsen svandt på få minutter. Hun var bange for, at det var en blodprop i hjernen. Adspurgt forklarede hun, at der ikke var nogen tinnitus, hørenedsættelse eller svimmelhed og ingen ændret følesans i ansigtet.

Værd at vide

Ved neurologiske symptomer generelt kan man med fordel »træde to skridt tilbage« og vente med ætiologiske overvejelser. Overvej først:

1. Hvor er læsionen?

a. Supranukleær læsion = 1. neuronlæsion

Nervebanen forløber fra den motoriske cortex til kernen af n. facialis i modsatte side af hjernestammen (pons). Da den øverste del af den mimiske ansigtsmuskulatur er innervet fra begge hemisfærer, ses der bevaret panderynken og øjenlukning i den side, hvor der er hængende mundvig. Hyppigt vil der være symptomer fra andre dele af centralnervesystemet (CNS) f.eks. samsidig hemiparese.

b. Nukleær læsion

I pons i samme side som den hængende mundvig. Der er perifer facialisparesse med ophævet panderynken, øjenlukkedefekt og Bells fænomen (opad drejning af bulbus oculi ved forsøg på øjenlukning). Ofte er der samsidig abducensparese pga. de tætliggende kerner i pons.

c. Infranukleær læsion = 2. neuronlæsion

N. facialis løber gennem canalis n. facialis i relation til det indre øre og efter udgang af kraniekaviteten i relation til glandula parotis. Den innervet den mimiske ansigtsmuskulatur i samme side. I dette infranukleære forløb indeholder n. facialis - ud over motoriske tråde - nervebaner til samsidige glandula lacrimalis og submandibularis, til m. stapedius (som via en refleks beskytter øret mod høj lyd) og smagstråde til forreste to tredjedele af tungen. Spørg derfor til samsidig nedsat tåreproduktion (tørt øje), hyperacusis (smerte ved høj lyd), ændret smag og mundtørhed. Lidelse sv.t. a. kaldes central facialisparesse og hører under neurologien. Lidelse som b. og c. kaldes

perifer facialisparesse og er som udgangspunkt et øre-næse-hals-anliggende. Overvej dernæst:

2. Patofysiologi?

Traumatisk, vaskulært (apopleksi), inflammatorisk (dissemineret sklerose), infektiøst (*borrelia*, herpes zoster), neoplastisk (parotistumor, acusticusneurinom).

Overvejelser som under 1. og 2. vil ofte give fingerpeg om sandsynlig ætiologi og i øvrigt diktere, hvilket speciale man kan konsultere for planlægning af det videre forløb.

Objektiv undersøgelse

Central eller perifer facialisparesse? Andre neurologiske fund? Palper glandula parotis. Otoskopi (flydeøre, kolesteatom, vesikler på trommehinde eller øregang).

Hvad gør vi?

Den væsentligste differentialdiagnostiske overvejelse i primærsektoren står mellem symptomatisk eller idiopatisk facialisparesse. Sidstnævnte har en incidens på 15 pr. 100.000 pr. år svarende til ca. et nyt tilfælde pr. praktiserende læge hvert syvende år. Idiopatisk facialisparesse (Bells paresse) debuterer hyppigst akut (patienten vågner med paresen). Betegnelsen idiopatisk inkluderer en del tilfælde, der er viralt udløst (bl.a. herpes simplex-type 1). Omkring 60% af patienterne har haft forudgående viral infektion, og halvdelen har smerter omkring øret. Hos 10% er der påvirkning af gland. lacrimalis og/eller submandibularis, hos 25% ændres smagssansen, og hos op til 90% påvirkes stapediusrefleks. 85% restitueres inden for tre uger resten inden for 3-5 mdr. Hos ca. 70% kan der forventes fuld restitution af den mimiske muskulatur, og kun 4% har svære sequelae.

Behandling

Behandlingen er viskøse øjendråber om dagen, salve og klap til natten. Tarsorafi kan komme på tale ved længerevarende øjenlukkedefekt. Behandling med prednison og acyclovir er undersøgt og vurderet i Cochrane-analyser. Der er ikke belæg for rutineanvendelse.

Negativ *borrelia*-antistof i serum udelukker ikke neuroborreliose, specielt ikke i de første uger af infektionen. Ved klinisk mistanke evt. underbygget af oplysning om flåtbid eller erytema migrans bør seronegativitet følges op med undersøgelse af cerebrospinalvæsken.

Korrespondance: Jens Vang Andersen, Lægerne, Skrågade 13, DK-9400 Nørresundby. E-mail: jva@dadlnet.dk

Antaget: 11. maj 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet