

Bilateral facialis pares orsakad av Borrelia

NERVFUNKTIONEN ÅTERSTÄLLDES RASKT OCH KOMPLETT

Förvärvad bilateral facialis pares är sällsynt [1]. Infektion med *Borrelia burgdorferi* och akut immunmedi-erad demyeliniserande polyneuropati har beskrivits som vanligast etiologi, följt av hivinfektion och sarkoidos [1]. I Sverige är det etablerad praxis att akut perifer facialis pares hos barn utreds med lumbalpunktion på grund av hög förekomst av neuroborrelios [2]. Ansamling av fall brukar ske under sensommaren.

Vår patient är en i övrigt frisk 15-årig pojke som i början av augusti 2025 sökte akut barnsjukvård med hängande mungipa och glipande ögonspringa på höger sida sedan ett dygn tillbaka. Patienten beskrev även lindrig huvudvärk och ljusskygghet samt att maten smakade sämre. Han hade inte noterat något fästingbett. Vid undersökning hade patienten högersidig perifer facialis pares, och övrigt neurologiskt status var normalt. Han var afebril.

Dagen efter genomfördes lumbalpunktion som visade pleocytos med $103 \times 10^6/l$ leukocyter, varav mononukleära leukocyter $94 \times 10^6/l$ (referensvärde $<5 \times 10^6/l$). CSV-laktat och CSV-protein var båda lätt förhöjda. Prov skickades även för antikroppsbestämning för *Borrelia* i blod och likvor. Patienten behandlades i väntan på serologisvar med doxycyklin 200 mg/dygn peroralt med planerad uppföljning vid svar på serologierna.

4 dagar senare sökte patienten åter akut då även vänster ansiktshalva blivit förlamad. Ingen bättring hade skett av höger ansiktshalva. Patienten klagade också på dimsyn, som förbättrades av tårsubstitut. Vid undersökningen noterades komplett bilateral pares av hela ansiktet: mun, ögonlock och panna. Talet var dysartriskt sekundärt till förlamningen, men svälj-funktionen var opåverkad.

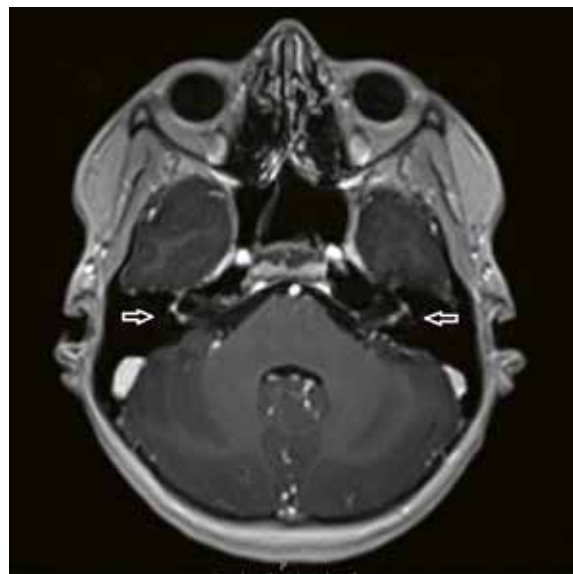
Patienten lades in, och man genomförde akut DT hjärna + DT angiografi, som var normal, och efterbeställde meningit-PCR-panel på sparad likvor, som även den var normal. Doxycyklin peroralt fortsattes.

Dagen därpå var status oförändrat med tillkomst av

Dan Jacobson, med dr, överläkare, barnläkare, barnneurolog
• dan.jacobson@region-sormland.se

Samer Al-Zuabidi, överläkare, barnläkare, barnneurolog

Diana Bornstein, överläkare, barnläkare; samtliga Barn- och ungdomskliniken Sörmland



Figur 1. Axial MR-bild med intravenös kontrasttillförsel. Pilarna markerar kontrastuppladdning i båda facialisnerverna.

lätt håla på vänster ben utan andra kopplade statusfynd. Man ordinerade då intravenöst immunglobulin 1 g/kg/dag 2 dagar i följd (total dos 2 g/kg) på viss misstanke om akut inflammatorisk demyeliniserande polyneuropati. Följande dag sågs vid förnyad läkarundersökning och fysioterapeutbedömning inga motoriska eller sensoriska bortfall annat än den bilaterala facialis paresen. Senreflexer var segmentellt svårutlösta, men patienten hade också svårt att slappna av. Viljemässigt kunde patienten då rycka lite i höger mungipa. MR hjärna (Figur 1) genomförd samma dag visade kontrastuppladdning i bägge facialisnerverna längs merparten av deras förlopp genom skallbasen. För övrigt sågs ingen ytterligare inflammation, och inte heller tecken till infarkt eller blödning. På grund av allvarlighetsgraden kompletterades behandlingen med prednisolon, 60 mg peroralt dagligen, för ytterligare antiinflammatorisk effekt.

Följande dag, dag 3 innetidigande, hade funktionen i höger ansiktshalva börjat återkomma. Patienten kunde då röra på högra ögonbrynet och lyfta höger mungipa så att tänderna visades. Det noterades också att alla senreflexer kunde utlösas normalt. Kompletterande utredning för Epstein-Barr-virusantikroppar och hiv var negativ. Ytterligare förbättring av ansiktsmotoriken sågs dag 4 innetidigande. Då kom även positivt svar för IgG- och IgM-index för *Borrelia* likvor/blod.

HUVUDBUDSKAP

- Förvärvad bilateral perifer facialis pares är sällsynt.
- De vanligaste orsakerna är infektion orsakad av *Borrelia burgdorferi* (neuroborrelios) och akut inflammatorisk demyeliniserande polyneuropati.
- Patienten vi beskriver var positiv för *Borrelia* i likvor och behandlades med peroralt doxycyklin, intravenöst immunglobulin (IVIG) och peroralt prednisolon.
- Nervfunktionen återställdes raskt och komplett.

Patienten skrevs hem med fortsatt behandling med doxycyklin 200 mg × 1 i totalt 21 dagar och prednisolon 60 mg × 1 sammanlagt 5 dagar, följt av nedtrappning under 5 dagar (totalt 10 dagar).

Vid uppföljning 5 dagar efter utskrivning, alltså 14 dagar från symtomdebut från höger ansiktshalva och 9 dagar från symtomdebut från vänster ansiktshalva, var funktionen helt återställd. Det sågs ingen ned-sättning eller asymmetri i ansiktsmotoriken. Övrigt neurologiskt status var helt utan anmärkning. Patienten rapporterade också att maten åter smakade normalt.

Patienten hade vid telefonuppföljning 1 månad senare inga restsymtom.

DISKUSSION

Förvärvad icke-traumatisk bilateral perifer facialis-pares är sällsynt, och det aktuella fallet är det enda i »mannaminne« på vår klinik. Vi ville därför dela med oss av fallet och behandlingen som patienten fick. Paresen visade sig vara orsakad av *Borrelia* med positivt fynd i likvor. Patienten försämrades under pågående antimikrobiell behandling med peroralt doxycyklin, men förbättrades snabbt i samband med att anti-inflammatorisk behandling påbörjades. Det finns en teoretisk möjlighet att *Borreliainfektionen* kunde ha utlöst en akut inflammatorisk demyeliniserande polyneuropati som svarade på intravenöst immunoglobulin. Som stöd för detta resonemang fanns en kort-

»Det är inte möjligt att fastställa vilken ... som gav önskad effekt, eller om det var kombinationen av dem.«

varig hälta och möjligen hyporeflexi. Det fortsatta förloppet och övrig utredning gav dock inget ytterligare stöd för den diagnosen. Neurografi var beställd, men hann inte genomföras medan symtomen kvarstod och avbokades sedermera. Det är inte möjligt att fastställa vilken av behandlingarna som gav önskad effekt, eller om det var kombinationen av dem. Oavsett vilket återkom nervfunktionen raskt och komplett. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera: *Läkartidningen*. 2026;123:25145

REFERENSER

1. Molinari G, Lucidi D, Fernandez IJ, et al. Acquired bilateral facial palsy: a systematic review on aetiologies and management. *J Neurol*. 2023;270(11):5303-12.
2. Region Stockholm. Regionalt vårdprogram 2019. Akut perifer facialis-pares hos barn och unga. RV 2019:05. <https://bsfi.barnlakarforening-en.se/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/nittonfacialis pares.pdf>

SUMMARY

Bilateral peripheral facial palsy caused by *Borrelia burgdorferi*

Acquired bilateral peripheral facial palsy is rare. The most common etiologies are reported to be infection with *Borrelia burgdorferi*, and acute inflammatory demyelinating polyneuropathy. The patient we describe was an otherwise healthy 15-year old male that presented with, within days, sequentially acquired bilateral peripheral facial palsy. The diagnostic work-up found bilateral contrast enhancement of both facial nerves on brain magnetic resonance imaging, and a positive cerebrospinal fluid test for intrathecal antibody production against *Borrelia burgdorferi*. The patient was treated with oral doxycycline, intravenous immunoglobulins (IVIG) and oral prednisolone. Nerve function was completely restored within days.