
En kvinne i 40-årene med smerter i øret

NOE Å LÆRE AV

MATS DØVING

matsdoving@gmail.com

Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Ullevål

og

Universitetet i Oslo

Mats Døving er tannlege, lege i spesialisering i maxillofacial kirurgi og ph.d.-kandidat.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

AUGUST STRAY

Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Ullevål

og

Universitetet i Oslo

August Stray er tannlege, lege i spesialisering i maxillofacial kirurgi og ph.d.-kandidat.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEVEN ANANDAN

Avdeling for øre-nese-halssykdommer

Akershus universitetssykehus

Steven Anandan er tannlege, spesialist i maxillofacial kirurgi og øre-nese-halssykdommer og avdelingsoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PER KRISTIAN EIDE

Nevrokirurgisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

og
Institutt for klinisk medisin
Medisinsk fakultet
Universitetet i Oslo
Per Kristian Eide er spesialist i nevrokirurgi, seksjonsoverlege og professor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KAROLINE SKOGEN

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin
Oslo universitetssykehus, Ullevål.
Karoline Skogen er ph.d., spesialist i radiologi og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JEANETTE KOHT

Nevrologisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Jeanette Koht er ph.d., spesialist i nevrologi og overlege.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En kvinne i 40-årene utviklet smerter i øre og svelg på venstre side med forverring ved svelging og snakking. Multidisiplinær utredning førte til endelig diagnose, som viste seg å være sjelden – og viktig å oppdage tidlig for å oppnå et godt behandlingsresultat.

En kvinne i 40-årene ble henvist fra tannlegespesialist i oralkirurgi til kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Hun hadde kjent astma og brukte inhalator med astmamedisin (ipratropiumbromid 40 µg × 4, beklometason/formoterol 100/6 µg inntil × 4 ved behov) og p-pille. Hun røyket eller snuste ikke og drakk ikke alkohol. Hun fortalte at hun to måneder tidligere hadde fått relativt rask debut av dothfølelse i det venstre øret. Hun oppsøkte fastlege, som sykmeldte henne og skrev ut antibiotikakur (fenoksymetylpenicillin 660 mg × 4 per os i en uke) på grunn av mistanke om mellomørebetennelse. Fire dager senere fikk hun sterke smerter i ytre øregang på samme side. Det var lett rødme i øregangen, men ikke utslett eller andre tegn til ekstern otitt, og C-reaktivt protein (CRP) var < 5 mg/L (referanseområde 0–4). Også ved gjentatt undersøkelse hos fastlegen var hun afebril.

Øresmerter og dothfølelse kan forekomme ved en rekke tilstander, blant annet ved akutt mellomørebetennelse, ekstern otitt, cerumen obliterans og andre oppfyllende prosesser i øret. Undersøkelse av det ytre øret samt otoskopi bør

utføres. Videre kan maksillarsinusitt i sjeldne tilfeller gi refererte smerter fra øret via n. trigeminus (1). Ved sinusitt vil man imidlertid forvente symptomer som sekresjon og/eller tetthet i nesen og eventuelt feber.

Det ble forsøkt med ciprofloksacin/fluocinolonacetonid-øredråper (2 mg/mL) to ganger per dag i en uke på grunn av rødmen i øregangen, og avsvellende fenylpropanolamin-tabletter (50 mg × 2 ved behov) etter mistanke om sinusitt. På grunn av manglende effekt oppsøkte hun igjen fastlege fire dager senere, som skrev ut kombinasjonsnesespray med antihistamin og kortikosteroid (Dymista, 137 µg/50 µg × 2) samt klindamycin-kapsler (150 mg × 4 i en uke). Heller ikke dette førte til bedring av plagene, og pasienten ble derfor henvist til øre-nese-halsavdeling. Det ble utført CT caput, bihuler og collum med intravenøs kontrast som viste normale forhold bortsett fra mulig patologi i andre molar i overkjeven på venstre side (tann 27).

Pasienten ble henvist til tannlegespesialist i oralkirurgi for vurdering av tannstatus og kjeveledd. Oralkirurg fant ikke holdepunkter for patologi i tenner. Det ble gjort en klinisk undersøkelse av kjeveledd, og i diagnostisk øyemed ble det satt lokalanestesi i venstre kjeveledd uten effekt på smertene.

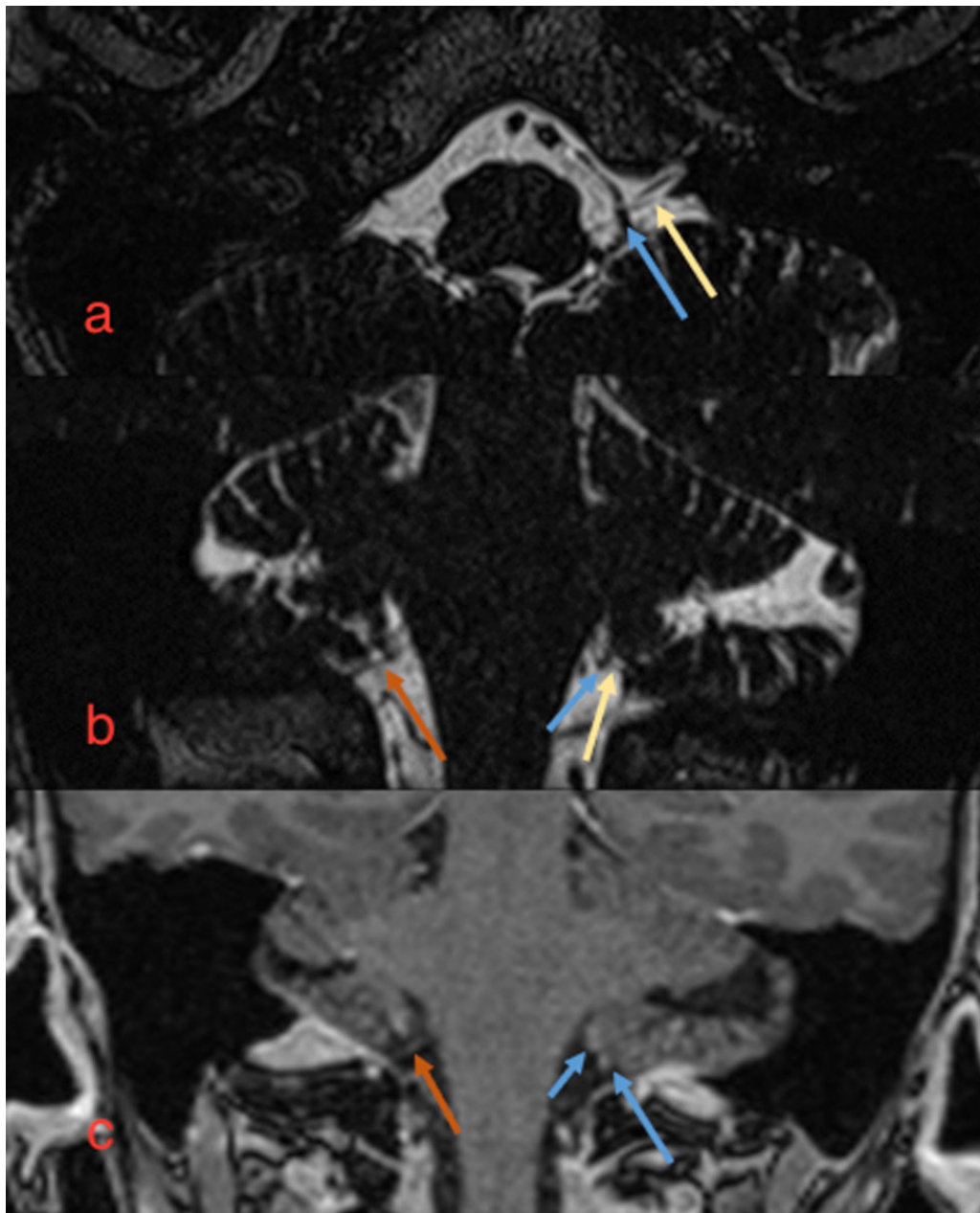
En rekke tilstander i munnhulen kan gi smerter i ansiktet, som odontogene infeksjoner, sprekker og frakturer i tenner og andre oralmedisinske tilstander (2, 3). Ettersom disse ble utelukket ved klinisk undersøkelse, ble det gjort undersøkelse av kjeveledd og omkringliggende strukturer.

Temporomandibulær dysfunksjon er et samlebegrep som inkluderer ulike diagnoser i kjeveleddet og strukturer omkring, som kjeveleddsartrose, diskusdisplasering, artritt og myalgi i tyggemuskulaturen. Symptomer og funn varierer avhengig av den spesifikke diagnosen, men smerter ved gapping og tygging, redusert gapeevne og ulyder som klikking eller knasing, er vanlig. I tillegg er symptomer fra øret vanlig hos disse pasientene. Dette kan være på grunn av den nære anatomiske relasjonen eller på grunn av felles nerveinnervasjon (4), og dott- eller trykkfølelse i øret forekommer hos om lag tre firedeler av pasientene (5). Smerter i øret har blitt rapportert å være til stede hos over halvparten av de med temporomandibulær dysfunksjon (5). Selv om smerter og dottfølelse var til stede hos vår pasient, tydet ikke klinisk undersøkelse eller billeddiagnostikk på at symptomene skyldtes temporomandibulær dysfunksjon.

Oralkirurgen henviste pasienten til kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Under konsultasjon hos maxillofacialkirurg oppga pasienten at smertene gradvis hadde blitt verre og gikk ut over søvnkvaliteten hennes. Hun fortalte at smertene ble utløst av snakking og svelging og kunne vare fra minutter til flere timer. Det hadde ikke tilkommet rødme eller hevelser i ansiktet. Ved undersøkelse ble det bemerkt palpasjonsømheter i øregangen og nummenhetsfølelse i nesegulvet på venstre side, redusert sensibilitet i posteriore tredjedel av tungen på venstre side samt en brennende følelse ved berøring av ganen på samme side. Det var ingen smerter ved palpasjon av styloidprosessene i tonsill og bakre farynksvegg (som kan foreligge ved smertetilstand forårsaket av forlengede processus styloideus, såkalt Eagles syndrom) (6).

Funnene ga mistanke om nevropatiske smerter i forsyningsområdet til n. glossopharyngeus.

Maxillofacialkirurg mistenkte glossopharyngeusneuralgi og henviste til MR med intravenøs kontrast for å kartlegge om det forelå tegn til påvirkning av nerven fra omkringliggende blodkar. MR (3D T2 turbo spin echo og fett-supprimert T1 etter intravenøs kontrast) av caput og skallebasis avdekket en asymmetri rundt n. glossopharyngeus. Nervens forløp på høyre side var upåfallende, mens langs nerven på venstre side ved den cerebellopontine vinkelen lå flere små karstrukturer tolket som små piale vener (figur 1). Det var ingen arterier med relasjon til nerven eller tegn til denervasjon av stylopharyngeus. Det var et lite, rundaktig kontrastopptak ved dura i foramen magnum på venstre side, og pasienten ble derfor undersøkt med CT angiografi av pre- og intracerebrale kar for å utelukke aneurisme. CT viste normale pre- og intracerebrale kar og ingen aneurismatisk utvidelse av a. cerebelli inferior posterior. Det ble bemerket forlengede processus styloideus bilateralt.



Figur 1 MR skallebasis, a) aksialt og b) koronalt: T2 TSE-sekvens viste normalt forløp av n. glossopharyngeus på høyre side (oransje pil) og små strukturer passende med små piale vener rundt nerven på venstre side (blå pil = piale vener, gul pil = n.

glossopharyngeus). c) koronalt: T1-vektet fett-supprimert sekvens etter intravenøs kontrast viste kontrast i karstrukturene, uten tydelig framstilt n. glossopharyngeus.

MR- og CT-funnene styrket mistanken om at pasientens plager skyldtes glossopharyngeusnevralgi. På grunn av forlengede processus styloideus ble Eagles syndrom vurdert som differensialdiagnose. Det var imidlertid ingen direkte palpasjonsømheter mot disse intraoralt, og smertene ble ikke utløst av rotasjon og sidebøy av nakken, slik som er typisk for tilstanden. Glossopharyngeusnevralgi ble derfor ansett som den mest aktuelle diagnosen.

Pasienten ble henvist til nevrolog som startet opp med karbamazepin (200 mg × 2) på bakgrunn av nevrologiske smerter, men dette ble seponert på grunn av bivirkninger i form av magesmerter og obstipasjon. Hos nevrolog ble det notert at pasienten nå opplevde smerter i venstre øre og svelg gjennom hele døgnet. Smertene kunne bedres i noen timer i løpet av dagen, for så å hogge til igjen. Hun var fortsatt sykemeldt på grunn av smertene, og klarte ikke daglig aktivitet. Nevrologisk undersøkelse bekreftet sensibilitetsutfall i tungen og ganen, og det var bortfall av brekningsrefleksjonen på venstre side. Det ble startet opp med pregabalin (50 mg × 3).

På grunn av en uholdbar smertesituasjon, og for å komme videre i utredningen, ble pasienten lagt inn på nevrologisk avdeling, to måneder etter første vurdering hos maxillofacialkirurg og tre måneder etter symptomdebut. Hun hadde da stått tre dager på pregabalin, men hadde ingen effekt av dette. Det ble angitt et vekttap på 6,5 kg siden smertedebuten. Utover utfallene i svelg og gane var det normal nevrologisk undersøkelse. Pasienten ble undersøkt med CT toraks, spinalpunksjon og blodprøver for å utelukke nevroinflammatoriske og infeksjøs årsaker, som nevrosarkoidose og neuroborreliose. Alle undersøkelsene var normale, og hun hadde negativ SARS-CoV-2-test.

Det ble startet opp med okskarbazepin (opptrappet til 300 mg × 2) som smertelindring. I tillegg ble pasienten skrevet ut med «fløteblanding» bestående av 10 mL paracetamol-mikstur (24 mg/mL) og 10 mL Xylocain-gel (2 %) blandet med litt fløte som hun kunne ta 20–30 minutter før hvert måltid. Elleve dager etter utskrivelse kontaktet pasienten igjen nevrologisk avdeling. Hun var da fortvilet på grunn av forverrede smerter i svelget, ganen og øret på venstre side og økende problemer med å spise og drikke. På grunn av smertene kviet pasienten seg for å snakke og bruke munnen, og hun svelget svært lite.

Symptomene ble tolket som en forverring av grunntilstanden, og at smerteprofilen hadde utviklet seg fra triggerutløste, paroksysmale smerter til mer kontinuerlige smerter med paroksysmale forverringer.

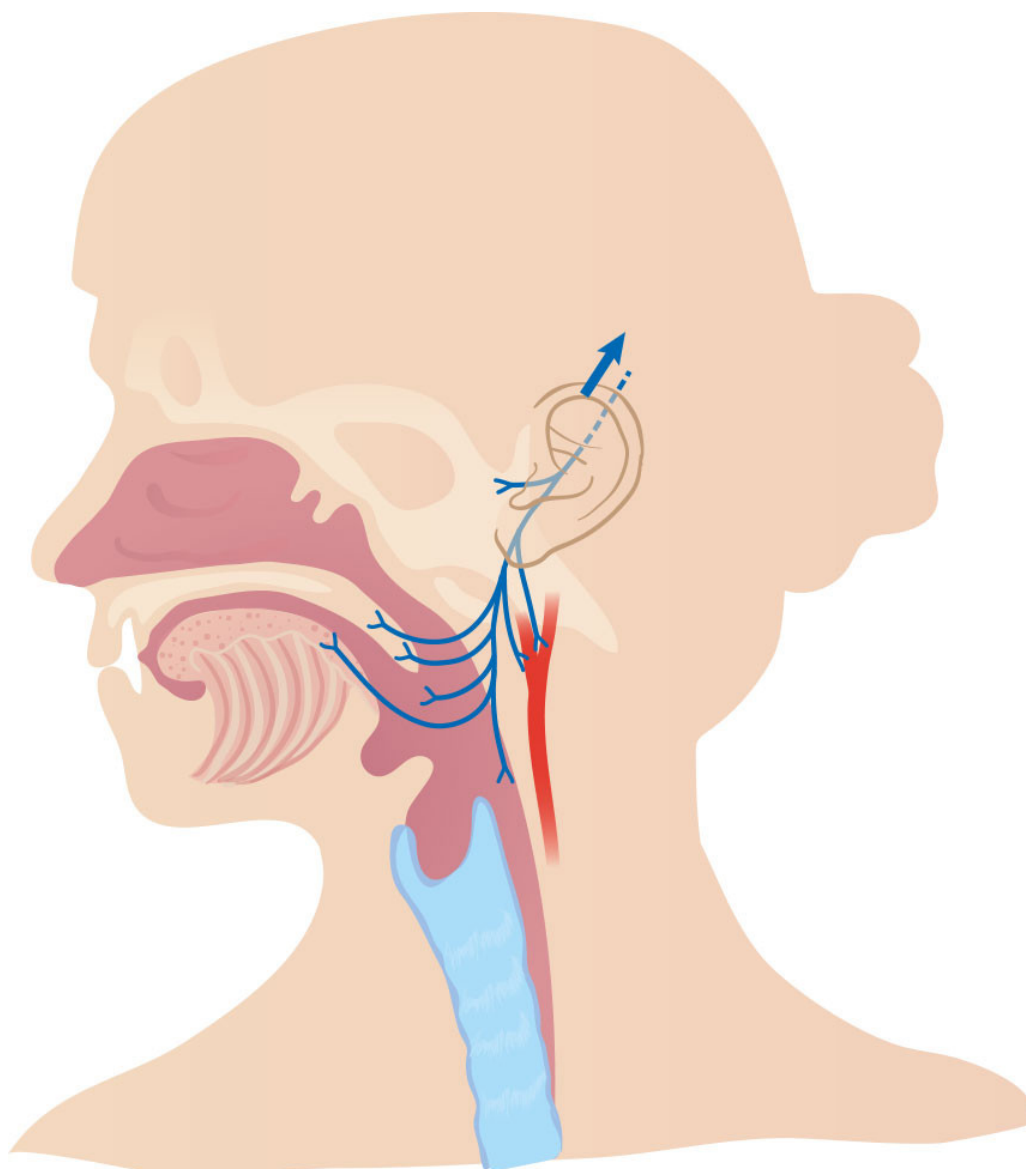
Pasienten ble anbefalt videre opptrapping med okskarbazepin og å øke frekvensen på fløteblandingen. Videre ble det startet opp med paracetamol 1 g × 4, etoricoxib 90 mg × 1 samt amitriptylin 25 mg × 1.

Pasienten ble henvist for vurdering av dekompresjonskirurgi på bakgrunn av glossopharyngeusnevralgi, og hun ble vurdert av nevrokirurg fem måneder etter symptomdebut. Tilstanden ble vurdert som glossopharyngeusnevralgi med neuropati. Det kliniske bildet ble oppfattet å passe med funnet på MR med tilliggende kar mot n. glossopharyngeus på venstre side, og pasienten ble søkt til mikrovaskulær dekompresjonskirurgi. Hun ble operert et halvt år

etter symptomdebut. Peroperativt fant man en grovkalibret vene langs hele forløpet av n. glossopharyngeus på venstre side som passet med MR-funnet. Venen ble fridissekert og fiksert bort fra nerven. Postoperativt forløp var ukomplisert, sett bort fra noe kvalme og svimmelhet. Pasienten ble utskrevet etter to dager til lokalsykehus for videre mobilisering. Ved kontroll hos neurolog elleve uker etter operasjonen oppga pasienten betydelig bedring av smertene, med kortere og mindre intense anfall enn tidligere. Ett år etter kirurgi hadde hun ytterligere forbedring, og hun er fortsatt i bedring to år etter operasjonen. Hun kan fremdeles merke plager ved kuldeeksponering og når hun er sliten. Hun har vært gjennom rehabilitering for å normalisere tunge- og svelgemotorikk, og kroppsvekten har normalisert seg (etter et vekttap på totalt 10 kg fram til operasjon).

Diskusjon

Glossopharyngeusneuralgi er en sjelden tilstand som gir smerter i innervasjonsområdet til den niende hjernenenerven, n. glossopharyngeus (figur 2). Tilstanden har en insidens på 0,7 per 100 000 per år og rammer kvinner og menn (7, 8). Den kjennetegnes av sterke, intermitterende og skarpe, ensidige smerter i tungebasis, svelget, tonsillområdet og/eller ved angulus mandibula, ofte med utstråling til det ipsilaterale øret (9). Smertene kan være lokalisert til både foran og bak øret (10). Som oftest gir glossopharyngeusneuralgi kortvarige smerteperioder av sekunder til få minutters varighet, men i enkelte tilfeller kan verkende smerter vare imellom nevalgiepisodene (9–11). Smertene kan utløses av tygging, svelging, snakking, gjesping og hosting (9). Dette fører ofte til vektnedgang, slik også vår pasient opplevde (9, 12). Ved mer eller mindre konstante smerter, med eller uten paroksysmale forverringer, kalles tilstanden smertefull glossopharyngeusneuralgi. Det kliniske bildet til vår pasient utviklet seg fra vanlig glossopharyngeusneuralgi til smertefull glossopharyngeusneuralgi.



Figur 2 N. glossopharyngeus mottar sensoriske fibre fra farynks, tuba auditiva, mellomøret, bakre del av tungen, sinus caroticus og glomus caroticum.

Glossopharyngeusneuralgi kan oppstå sekundært til kompresjon av n. glossopharyngeus fra tumor i cerebellum/pons-området, aneurisme, ekstrakraniell tumor i orofarynks, overvekst av processus styloideus (Eagles syndrom), disseksjon av a. vertebralis, tonsilitt og peritonsillær abscess ([9](#), [13](#)). Eagles syndrom skyldes forlengede processus styloideus (> 30 mm) med påfølgende kompresjon av nærliggende nervestrukturer som gir smerter i hals og svelg, typisk ved rotasjon og sidebøy av nakken ([6](#)). Hos vår pasient viste CT forlengede processus styloideus, men det var ingen tegn til kompresjon fra denne på n. glossopharyngeus. Dette, i tillegg til fravær av typiske kliniske funn, gjorde at man utelukket Eagles syndrom som årsak, og tolket forlengede processus styloideus som normalvariant. MR viste imidlertid en nær relasjon mellom n. glossopharyngeus og et blodkar i bakre skallegrup som er angitt som en vanlig årsak til glossopharyngeusneuralgi ([9](#), [13](#)).

I tilfeller hvor man ikke kommer i mål med medikamentell behandling, kan det være aktuelt med kirurgi i form av mikrovaskulær dekompresjon eller tomi (overskjæring) av nerven ([14](#)). Mikrovaskulær dekompresjon innebærer et mikrokirurgisk inngrep i bakre skallegrup hvor karstrukturen mot n.

glossopharyngeus dissekres løs fra omkringliggende strukturer, mens man ved tomi ofrer nervens funksjon for å oppnå smertelindring (15). Alternativt kan stereotaktisk radiokirurgi ha effekt med målrettet stråling og destruksjon av nerven, men dette medfører risiko for komplikasjoner fra stråleskader (15). Mikrovaskulær dekompresjon vil imidlertid være nevrokirurgisk førstevalg. Prosedyren har god smertelindrende effekt, men det er rapportert dårligere prognose hos pasienter med venøs kompresjon av nerven, slik vår pasient hadde (16).

Glossopharyngeusnevralgi har likhetstrekk med andre smertetilstander i ansiktet og hodet. Trigeminusnevralgi kjennetegnes også av anfallsviser smerter (17). I motsetning til ved glossopharyngeusnevralgi, har pasienter med trigeminusnevralgi smerter i forsyningsområdene til n. trigeminus (17, 18). Oftest er n. maxillaris eller n. mandibularis affisert (19). Tilstandene kan som regel skilles ved distribusjonen av smertene og hvorvidt de, som hos vår pasient, utløses av svelging, som er typisk for glossopharyngeusnevralgi (18). Pasienten i vår kasuistikk oppga spesielt snakking og tygging som smertefullt, og dette kan også forekomme ved temporomandibulær dysfunksjon (20). Studier har rapportert forekomst av minst ett tegn på temporomandibulær dysfunksjon hos 40–75 % av voksne i normalpopulasjonen (21). Klassiske symptomer på tilstanden inkluderer klikke- eller ulyder fra kjeveledd, smerter i kjeveledd eller tyggemuskulatur ved gaping, tygging eller bevegelse av kjeveleddet, samt varierende grad av nedsatt gapeevne. På grunn av kjeveleddets nære anatomiske relasjon til øret, har en stor andel av pasienter med temporomandibulær dysfunksjon symptomer fra øret, som smerter, tinnitus og trykkfølelse (22, 23). Tilstanden har dermed overlappende symptomer med glossopharyngeusnevralgi.

Vår kasuistikk viser at glossopharyngeusnevralgi kan gi betydelige plager og redusert livskvalitet. Det er viktig at leger og tannleger kjenner til tilstanden slik at rask utredning og behandling kan iverksettes.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Shah RK, Blevins NH. Otolgia. Otolaryngol Clin North Am 2003; 36: 1137–51. [PubMed][CrossRef]
2. Døving M, Handal T, Galteland P. Bakterielle odontogene infeksjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0778. [PubMed][CrossRef]
3. Ghurye S, McMillan R. Orofacial pain - an update on diagnosis and management. Br Dent J 2017; 223: 639–47. [PubMed][CrossRef]
4. Hernández-Nuño de la Rosa MF, Keith DA, Siegel NS et al. Is there an association between otologic symptoms and temporomandibular disorders?:

- An evidence-based review. *J Am Dent Assoc* 2022; 153: 1096–103. [PubMed][CrossRef]
5. Porto De Toledo I, Stefani FM, Porporatti AL et al. Prevalence of otologic signs and symptoms in adult patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2017; 21: 597–605. [PubMed][CrossRef]
 6. Arntzen KG, Slowinska PD, Odeh F. Forkalkning i kjeveligament. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0923. [PubMed][CrossRef]
 7. Katusic S, Williams DB, Beard CM et al. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945-1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 266–75. [PubMed][CrossRef]
 8. Bruyn GW. Glossopharyngeal neuralgia. *Cephalalgia* 1983; 3: 143–57. [PubMed][CrossRef]
 9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.
 10. Chawla JC, Falconer MA. Glossopharyngeal and vagal neuralgia. *BMJ* 1967; 3: 529–31. [PubMed][CrossRef]
 11. Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 343. [PubMed][CrossRef]
 12. Amthor KF, Eide PK. Glossopharyngeusneuralgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3381–3. [PubMed]
 13. Chen J, Sindou M. Vago-glossopharyngeal neuralgia: a literature review of neurosurgical experience. *Acta Neurochir (Wien)* 2015; 157: 311–21, discussion 321. [PubMed][CrossRef]
 14. Lu VM, Goyal A, Graffeo CS et al. Glossopharyngeal Neuralgia Treatment Outcomes After Nerve Section, Microvascular Decompression, or Stereotactic Radiosurgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg* 2018; 120: 572–582.e7. [PubMed][CrossRef]
 15. Pollock BE, Boes CJ. Stereotactic radiosurgery for glossopharyngeal neuralgia: preliminary report of 5 cases. *J Neurosurg* 2011; 115: 936–9. [PubMed][CrossRef]
 16. Zheng W, Zhao P, Song H et al. Prognostic factors for long-term outcomes of microvascular decompression in the treatment of glossopharyngeal neuralgia: a retrospective analysis of 97 patients. *J Neurosurg* 2021; 137: 1–8. [PubMed]
 17. Zakrzewska JM, Linskey ME. Trigeminal neuralgia. *BMJ* 2014; 348 (feb17 9): g474. [PubMed][CrossRef]

18. Teixeira MJ, de Siqueira SRDT, Bor-Seng-Shu E. Glossopharyngeal neuralgia: neurosurgical treatment and differential diagnosis. *Acta Neurochir (Wien)* 2008; 150: 471–5, discussion 475. [PubMed][CrossRef]
 19. Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007; 334: 201–5. [PubMed][CrossRef]
 20. Khan M, Nishi SE, Hassan SN et al. Trigeminal Neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia, and Myofascial Pain Dysfunction Syndrome: An Update. *Pain Res Manag* 2017; 2017: 7438326. [PubMed][CrossRef]
 21. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med* 2008; 359: 2693–705. [PubMed][CrossRef]
 22. Kusdra PM, Stechman-Neto J, Leão BLC et al. Relationship between Otological Symptoms and TMD. *Int Tinnitus J* 2018; 22: 30–4. [PubMed][CrossRef]
 23. Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 123: 620–3. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 11. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0543

Mottatt 17.8.2023, første revisjon innsendt 12.11.2023, godkjent 24.11.2023.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.