



# *Paralysies faciales périphériques*

Dr Clémence BRECHETEAU

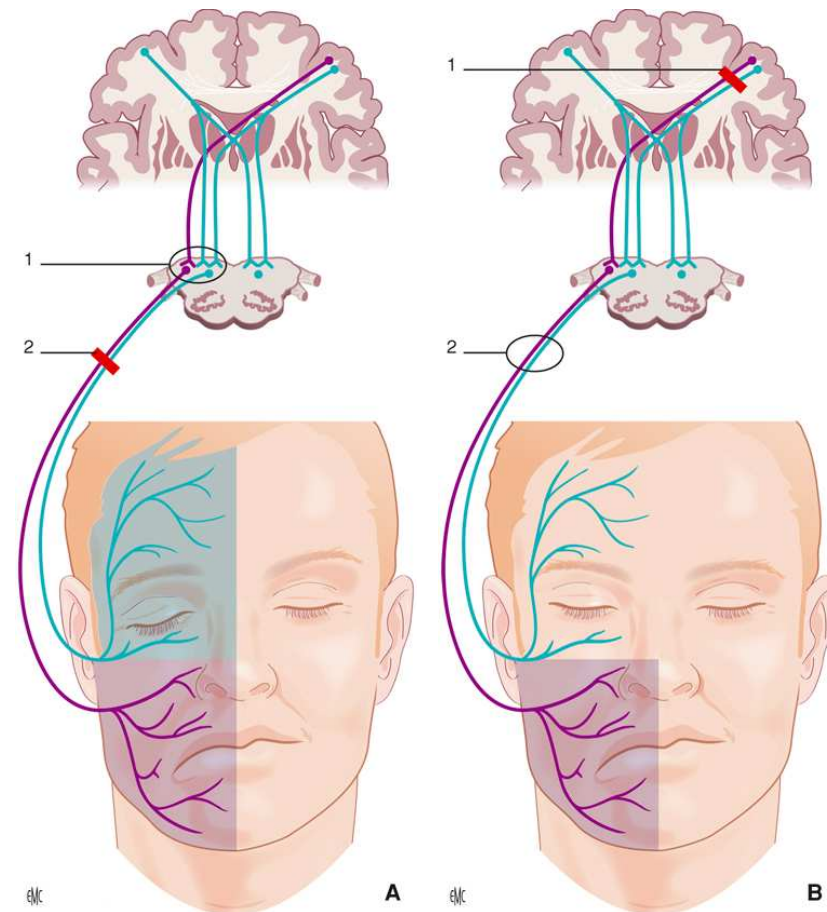
16 décembre 2014

# Tableau clinique



■ l'atteinte équivalente des territoires inférieur et supérieur de la face.

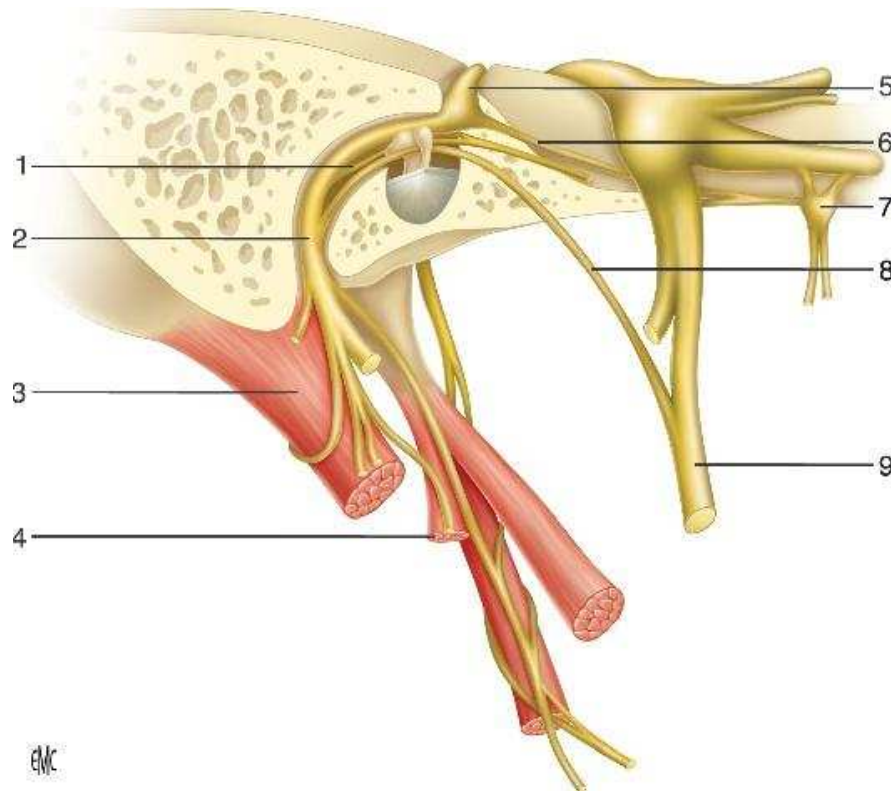
- une paralysie faciale centrale atteint de manière préférentielle, voire élective le territoire inférieur, avec une déviation de la commissure (signe du fumeur de pipe).
- Cela est dû à l'innervation bilatérale (bihémisphérique) du noyau supérieur du nerf facial dans le tronc cérébral. Ainsi, une ischémie hémisphérique n'est responsable que d'un déficit du territoire inférieur



- *l'existence d'un signe de Charles Bell* , qui consiste en une élévation du globe oculaire lors de l'action de fermeture des yeux. Sa présence est un signe pathognomonique de paralysie périphérique
- *l'absence de dissociation automaticovolontaire* (en cas de paralysie périphérique, le sujet ne peut sourire ni de manière volontaire, ni de manière réflexe, alors que le rire réflexe est possible dans une atteinte centrale corticale, du fait de l'activation des aires motrices par le cortex associatif et limbique).

- Pathologie parotidienne ;
- Pathologie d'oreille moyenne :
  - Infectieuse ;
  - Tumorale ;
  - Post-traumatique
- Pathologie du ganglion géniculé ;
- Pathologie du CAI.

## Trajet intra pétreux du VII



-Portion labyrinthique (genou)

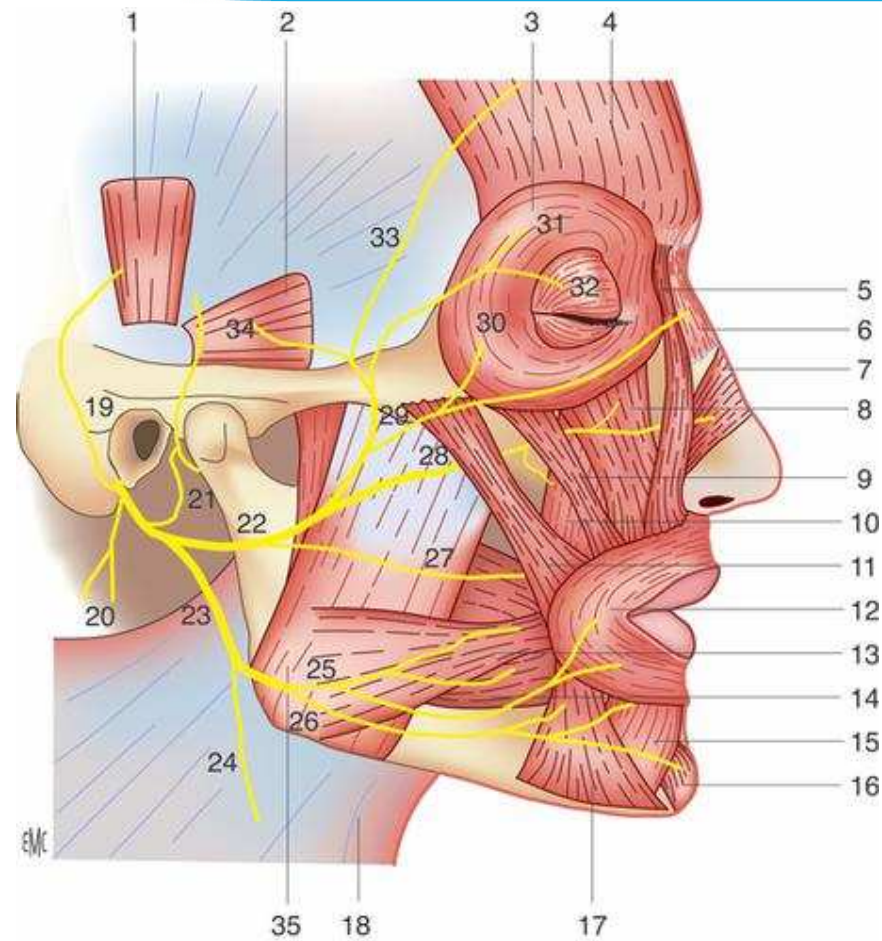
-Portion tympanique (coude)

-Portion mastoïdienne

1. Nerf stapédien ; 2. trou stylomastoïdien ; 3. muscle digastrique ; 4. muscle stylohyoïdien ; 5. ganglion géniculé ; 6. nerf grand pétreux ; 7. ganglion ptérygopalatin ; 8. corde du tympan ; 9. nerf lingual.



## Trajet extra pétreux du VII



- M. Hitier, E. Edy, E. Salame, S. Moreau. Anatomie du nerf facial. EMC - Oto-rhino-laryngologie 2006:1-16 .

## ■ Fonction motrice

- Ventre postérieur du muscle digastrique
- Muscle stylo-hyoïdien
- Muscle de l'étrier : voie du reflexe stapédien
- Muscles de la mimique et de l'expression
  - Muscles du pavillon de l'oreille
  - Muscles des paupières et des sourcils
  - Muscles du nez
  - Muscles des lèvres
  - Muscle peaucier du cou ou platysma



## ■ Fonction sensitive

### → Zone de Ramsay-Hunt

- Tragus, conque, anthélix, méat auditif externe, paroi postérieure du CAE, face externe de la moitié postérieure du tympan

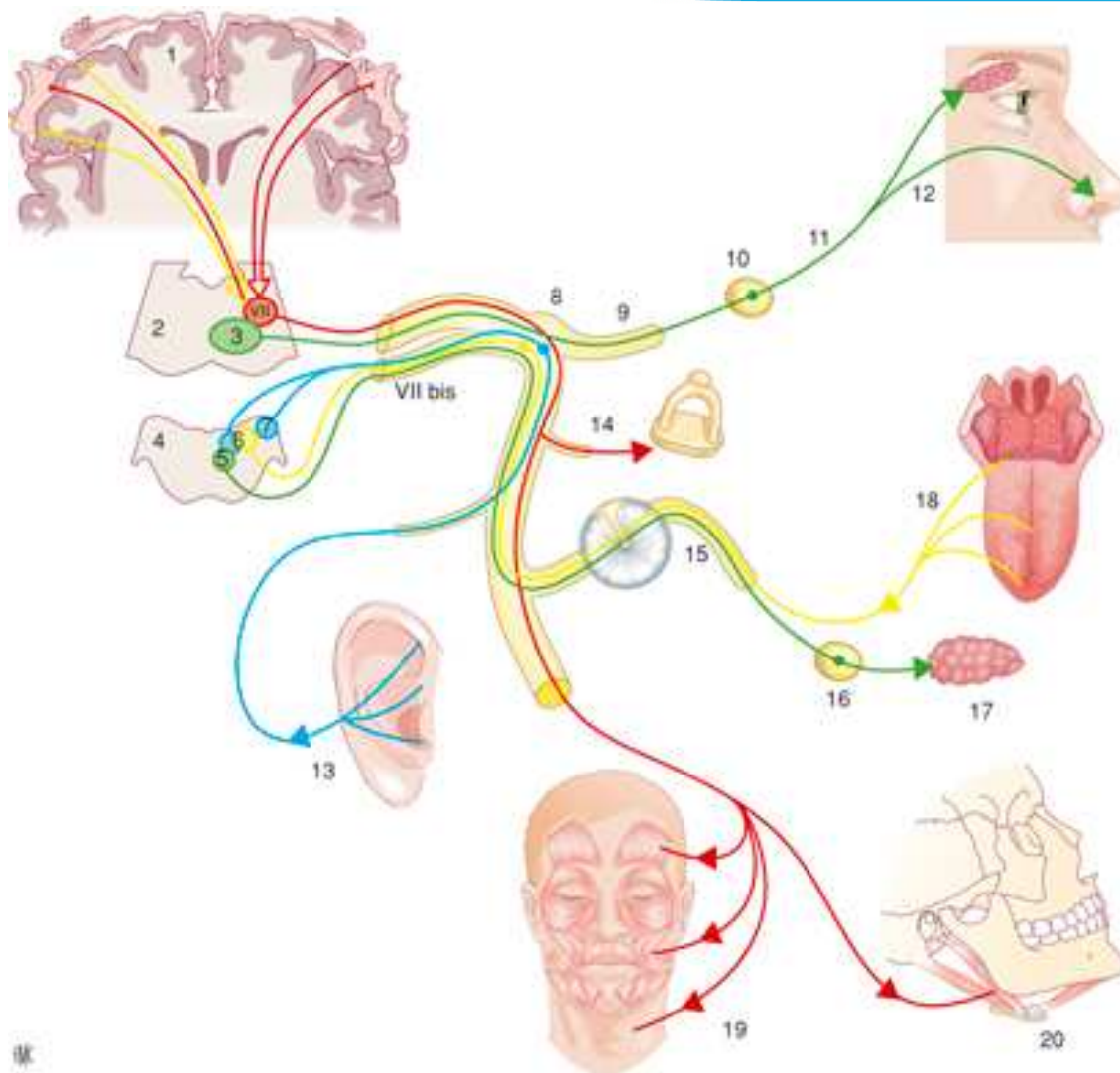
## ■ Fonction sensorielle

### → Corde du tympan : sensibilité gustative des 2/3 antérieurs de l'hémilangue homolatérale

## ■ Fonction végétative

### → Parasymphatique : innervation des glandes lacrymales et de la muqueuse des fosses nasales et secretion salivaire des glandes sous maxillaires et sub-linguales

# Physiopathologie du nerf facial



Anatomie fonctionnelle du nerf facial.

En rouge : VII moteur ;

en bleu : VII sensitif ;

en vert : VII végétatif ;

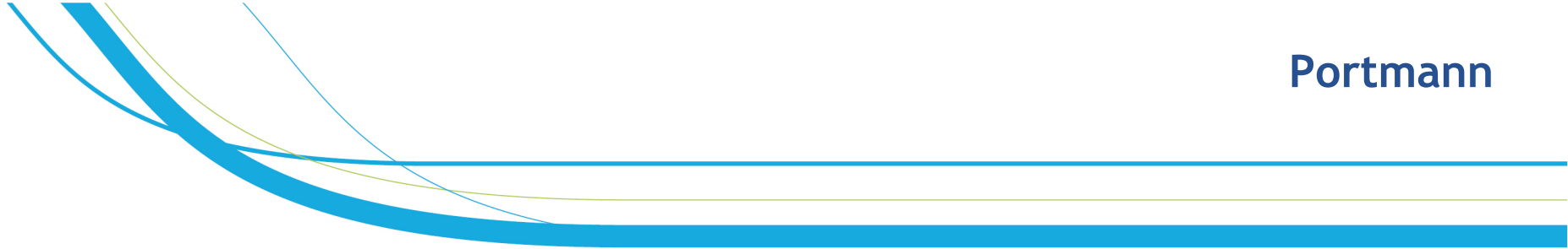
en jaune : VII gustatif.

8. ganglion géniculé ; 9. nerf grand pétreux superficiel ; 10. ganglion sphéno-palatin ; 11. nerf vidien ; 12. complexe lacrymo-naso-palatin ; 13. zone de Ramsay-Hunt ; 14. nerf stapédien ; 15. corde du tympan ; 16. ganglion sous-maxillaire ; 17. glandes salivaire et sublinguale ; 18. nerf gustatif ; 19. muscles peauciers ; 20. ventre postérieur du muscle digastrique et muscle stylohyoïdien.

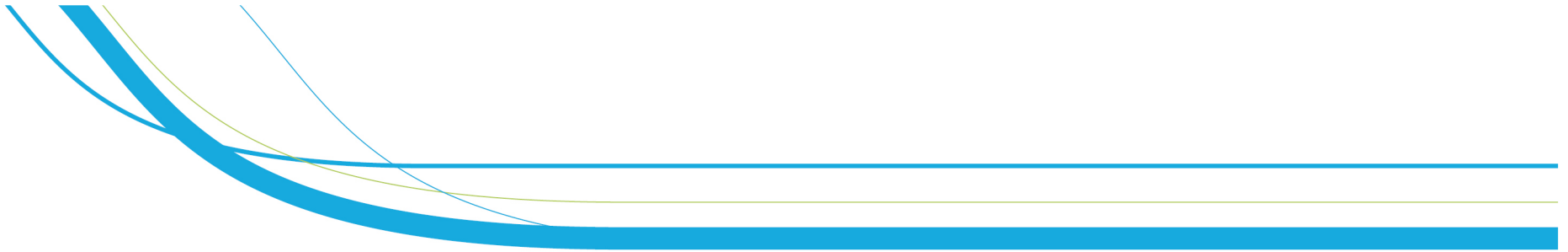
- Généralement évalué sur l'échelle de House et Brackmann,
  - de I (normal) à VI (pas de contraction visible).
- Classification de Portmann,
  - plus précise
  - teste chaque groupe musculaire sur une échelle de 0 à 3, plus 2 points pour le tonus, pour un total sur 20.

- Grade 1 : Fonction normale
- Grade 2 : Asymétrie discrète. Fermeture palpébrale complète
- Grade 3 :
  - Asymétrie évidente ne défigurant pas le sujet lors de la mimique
  - Syncinésie possible
  - Fermeture palpébrale complète à l'effort
  - Faiblesse légère ou modérée labiale et frontale

- Grade 4
  - Asymétrie sévère défigurant le sujet lors mimique
  - Fermeture palpébrale incomplète à l'effort
  - Spasmes et/ou syncinésies sévères
  - Absence de mouvement au niveau front, asymétrie labiale
- Grade 5 : Asymétrie au repos et mouvements à peine perceptibles
- Grade 6 : Paralysie faciale complète (contraction impossible)

- 
- m. frontal
  - m. orbiculaire de l'œil
  - m. risorius
  - m. zygomatique
  - m. orbiculaire de la bouche
  - m. mentonnier
  - tonus de repos

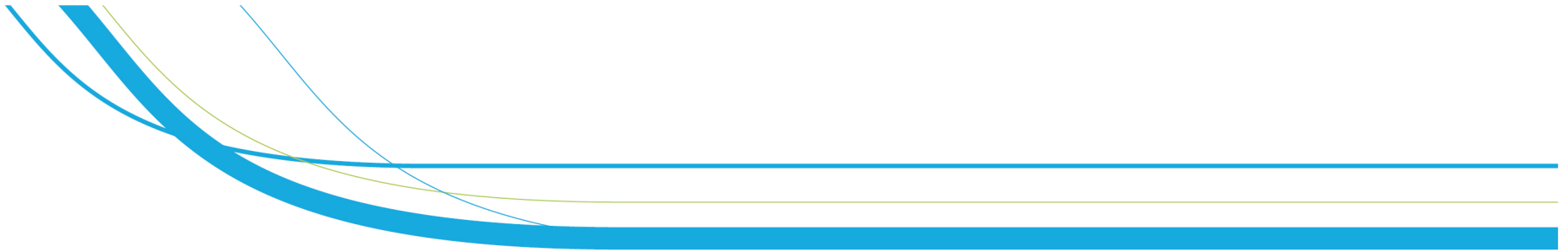




# Étiologie intracrânienne

## Tumorale intracrânienne

- Tumorale : schwannome du VIII ou du VII dans l'angle ponto-cérébelleux et le conduit auditif interne.



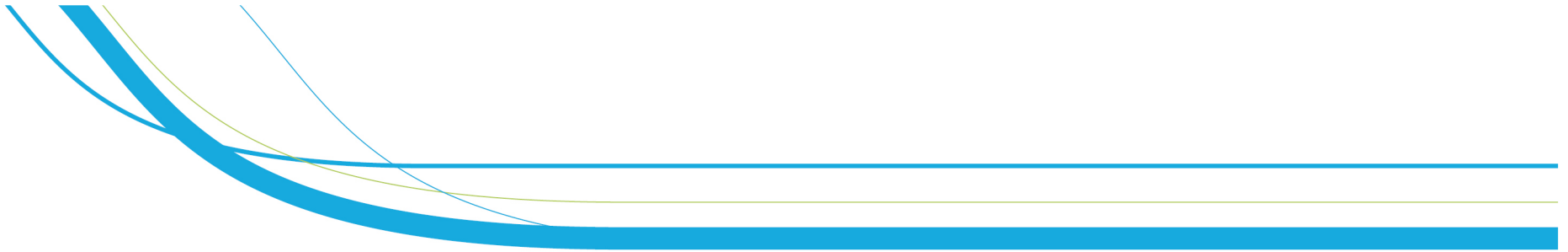
# Étiologie liée à l'oreille moyenne

- OMA compliquée
  - Paracentèse, prélèvement bactériologique, antibiothérapie et corticothérapie
  - Rechercher une atteinte cochléo-vestibulaire
  
- Otite externe maligne ou ostéite de la base du crane
  - Chez un sujet débilisé (diabétique, immunodéprimé)
  - Otagies traînantes, otorrhée sale, exposition osseuse dans le CAE
  - Résistante aux traitements locaux usuels d'otite externe
  - TDM des rochers et de la base du crâne : lyse de l'os tympanal.
  - Traitement : Antibiothérapie parentérale adaptée aux prélèvements bactériologiques, pendant plusieurs semaines (En général *pseudomonas aeruginosa*, +/- *staphylococcus aureus*)

- Cholestéatome de l'oreille moyenne :
  - Prise en charge chirurgicale
- Les tumeurs malignes sont exceptionnelles (carcinome épidermoïde du CAE), souvent diagnostiquées tardivement.

- Lésion du nerf facial au décours d'une chirurgie otologique :
  - Par échauffement (fraisage du rocher), de bon pronostic ;
  - Lésion directe voire arrachement, de mauvais pronostic (suture directe per opératoire si besoin).





# Etiologie parotidienne

- Palpation de la parotide :
  - Masse parotidienne = tumeur parotidienne, fortement suspecte d'être maligne dans le contexte ;
  - Augmentation de volume :
    - Syndrome de Heerfordt (sarcoïdose)
    - Wegener
- Parotidite inflammatoire récidivante : syndrome de Melkersson-Rosenthal.

# Tumeurs parotidiennes

- Soit primitives :
  - Carcinome adénoïde kystique, surtout en cas de douleurs associées ;
  - Carcinome épidermoïde ;
  - Etc.
- Soit secondaire : métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde cutané (face/cuir chevelu).



## Pathologie parotidienne inflammatoire

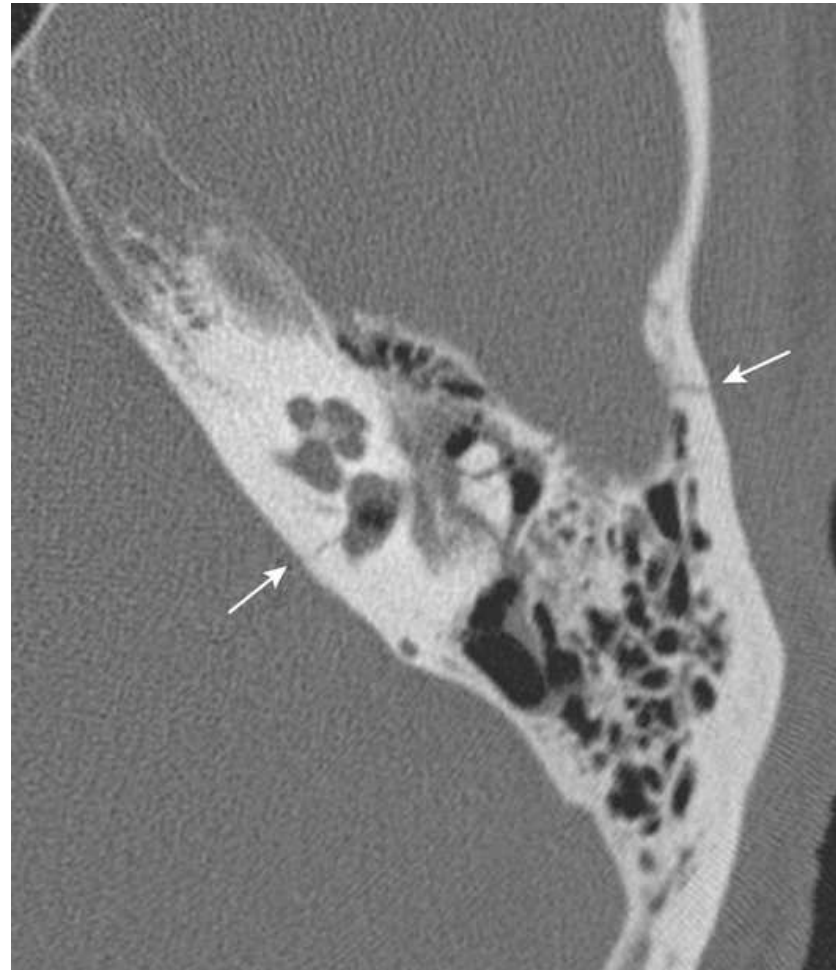
- Syndrome de Heerfordt, forme particulière de sarcoïdose :
  - Paralysie faciale périphérique
  - Uvéite
  - parotidite
- Maladie de Wegener, granulomatose à C-ANCA, avec atteinte ORL pulmonaire et rénale
- Syndrome de Melkersson Rosenthal :
  - Paralysie faciale à bascule
  - Œdème orofacial
  - Langue fissuraire
  - Chéilite (diagnostic par biopsie labiale)



# Etiologie traumatique

## Fracture du rocher

- Potentiellement associée à une cophose et des vertiges ;
- Indication à une décompression chirurgicale en cas de PFP post-traumatique immédiate, passant parfois inaperçue chez un poly-traumatisé.
- Apparition secondaire plus fréquente liée à l'œdème, de meilleur pronostic.

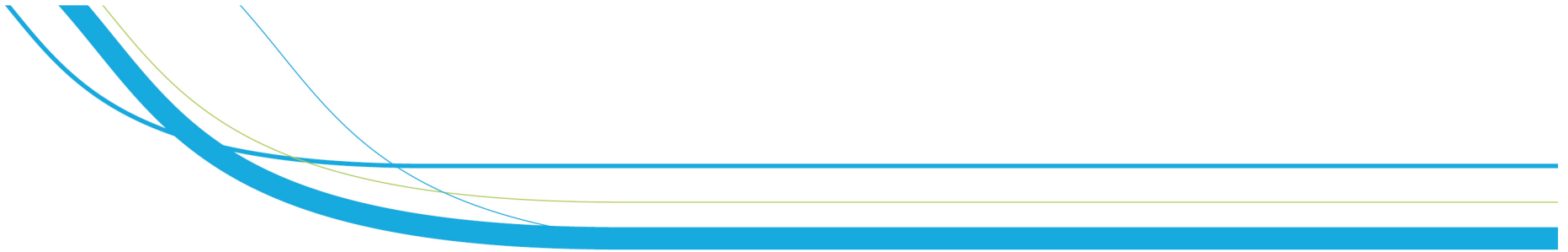




## Plaie de la région parotidienne

- Plaies de la région parotidienne :
  - Paralysie de quelques régions faciales en cas d'atteinte distale, peu accessible à une suture des rameaux nerveux ;
  - PFP complète en cas d'atteinte du tronc ;
  - Éventuellement PF « partielle » en territoire cervico-facial ou temporo-facial en cas d'atteinte immédiatement après la bifurcation ;
  - Suture du nerf en cas d'atteinte du tronc.





# Etiologie infectieuse

- **Zona de la zone de Ramsay Hunt**

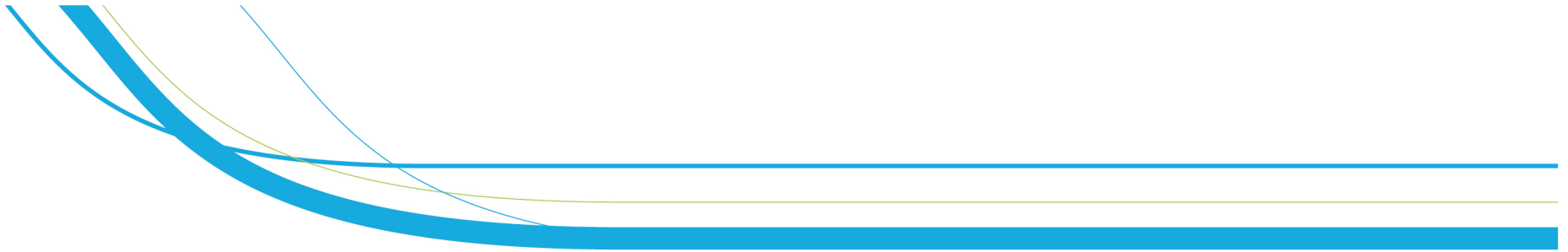
parfois associé à un syndrome de Sicard :

- Eruption vésiculeuse précédant ou suivant l'apparition de la PFP ;
- Parfois associée à une surdité de perception et des vertiges par atteinte du VIII ;
- De plus mauvais pronostic fonctionnel.



- Traitement antiviral associé à la corticothérapie (acyclovir).

- Maladie de Lyme
  - Phase secondaire, méningoradiculite.
  - Rechercher les antécédents de morsure de tique ou d'érythème *migrans*.
  - Antibiothérapie par *amoxicilline*.
- VIH
  - Au début de l'infection
  - Parfois associé à des symptômes orientant vers une sarcoïdose (infiltration parotidienne).



# Paralysie faciale a frigore

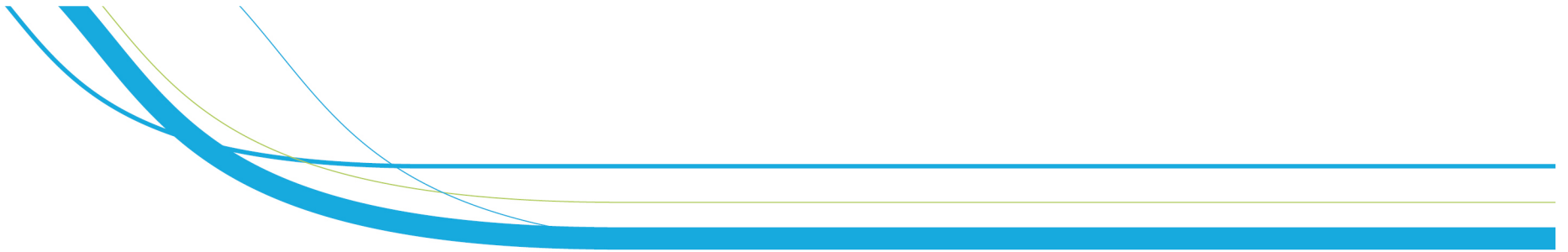
## PFP a frigore

- Représente 60 à 80% des PFP.
- D'installation aiguë, en quelques heures.
- La physiopathologie implique probablement une résurgence virale (HSV1), avec des signes viraux généraux dans 40% des cas au cours des semaines précédentes.
- Des récurrences et des formes familiales existent mais sont rares et suspectes.
- Plus fréquentes chez la femme enceinte, elles peuvent être associées à une pré-éclampsie dans 30% des cas.



- 70% de récupération sans séquelle spontanées (94% en cas de PFP incomplète), en 4 à 6 semaines, parfois jusqu'à 6 mois 1 an.
- La préservation du réflexe stapédien est de bon pronostic, de même que sa récupération précoce.
- L'examen pronostic le plus sensible est l'électro-neuronographie : un pourcentage de fibres fonctionnelles résiduelles inférieur à 10% est de mauvais pronostic. L'examen est réalisé idéalement à J5.

- Traitement :
  - Corticothérapie *po*, prednisolone 1mg/kg/j. pendant 10 jours.
  - Association aux antiviraux (acyclovir) discutée, systématique pour certain si le traitement est commencé dans 72 premières heures.
  - Soins ophtalmologiques +++ de lutte contre la kératite :
    - Larmes artificielles
    - Pommade vitamine A le soir et occlusion nocturne
    - Eventuellement lentille protectrice
  - Kinesithérapie. Electrostimulation proscrite (risque d'éphapses)



# Etiologie congénitale

## PFP congénitales

- Syndrome de Moebius : diplégie faciale
- Agénésie du VII.
- Post-traumatique : compression au moment de l'accouchement.



# Séquelles et réhabilitation

- Asymétrie faciale
- Spasmes et syncinésies en cas de PFP importante initiale (grade IV)
- Syndrome de Frey (sudation excessive lorsqu'on stimule la salivation)
- Syndrome des larmes de crocodile (epiphora lorsqu'on stimule la salivation)

- Injection de toxine botulique du côté sain pour symétriser le facies.
- Injection de toxine botulique pour traiter le syndrome de Frey, le syndrome des larmes de crocodile, les spasmes.
- Anastomoses nerveuses (hypoglosso-faciale par exemple).
- Myoplastie d'allongement du temporal.