

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**THÈME : PARALYSIE FACIALE
PERIPHERIQUE À FRIGORE
Aspects cliniques et évolutifs**

Encadré par : Dr MEBARKI F.

Présenté par :

- ❖ ARICHE Zineb
- ❖ ARICHI Amira
- ❖ BENMOUSSAT Souhila
- ❖ BENDJEBBOUR Wahiba

Chef de service : Pr. BRAHAMI

Année universitaire 2021-2022

Résumé

Introduction : La paralysie faciale périphérique à frigore est une pathologie fréquente, qui résulte d'une atteinte du nerf facial (VII). Diagnostic essentiellement clinique devant des signes faciaux et extra faciaux. Le traitement est essentiellement médical basé sur la corticothérapie ainsi que la kinésithérapie faciale. L'évolution est généralement favorable et les complications sont rares

Méthodologie : l'étude des aspects cliniques et évolutifs de la paralysie faciale périphérique nécessitait un examen clinique ORL minutieux de contrôle pour le dépistage d'éventuelles récupérations partielles ou séquelles ainsi que des fiches d'enquête informatisées

Résultats : l'évolution de la paralysie faciale périphérique était favorable sur la majorité des cas étudiés notamment ceux dont le délai de consultation était précoce avec un taux proches de la littérature.

Conclusion : la paralysie faciale périphérique de Bell est d'évolution favorable devant une consultation précoce, un traitement médical bien conduit et kinésithérapie faciale efficace

Mots clés : Paralysie faciale périphérique à frigore ; Charle-Bell ; corticothérapie ; rééducation

Abstract

Introduction: Bell's peripheral facial palsy is a common pathology that results from damage to the facial nerve (VII). Mainly clinical diagnosis in front of facial and extra facial signs. Treatment is primarily medical based on corticosteroids and facial physiotherapy. Evolution is generally favorable and complications are rare

Methodology: The study of the clinical and evolutionary aspects of peripheral facial palsy required a careful otolaryngologist clinical control examination for the detection of possible partial recoveries or sequelae as well as computerized survey sheets.

Results: the evolution of peripheral facial palsy was favorable on the majority of cases studied especially those whose consultation time was early with a rate close to the literature.

Conclusion: Bell's Peripheral Facial Palsy is Progressing Favorably Ahead of Early Consultation, Well-Conducted Medical Treatment and Effective Physiotherapy

Keywords: Peripheral fridge facial palsy ; Charle-Bell; corticosteroid therapy; rehabilitation

REMERCIEMENTS

On remercie dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire, c'est à dieu que nous devons ce succès aujourd'hui ... Alhamdoulilah

Tout d'abord ce travail ne serait pas aussi riche sans l'aide et l'encadrement de notre encadrant de mémoire Docteur MEBARKI F. Maitre-assistant en oto-rhino-laryngologie au CHU Tlemcen Dr Tidjani Damerdji, on le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire ainsi que ses qualités humaines qui valent l'admiration et le respect.

On remercie également Professeur BRAHAMI pour son accueil chaleureux au sein de son service et de qui nous a donné la liberté totale de l'accession aux archives et aux différentes documentations.

On tient a remercié également les médecins résidents du service ORL Dr Berrahil, Dr Boucif, Dr Haddouchi et Dr Khedim pour leur aide apporté au long de la réalisation de ce travail.

Enfin, on remercie nos familles qui ont su nous apporter le soutien moral nécessaire et de précieux conseils tout au long de nos études et notamment la dernière année. On remercie également nos amies pour leur soutien sans faille notamment Mouna, nos collègues et toutes les personnes qui nous ont accompagnées et soutenue durant ses longues années d'études.

MERCI.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PFP : paralysie faciale périphérique

HSV-1 : Herpes Simplex Virus de type 1

M : muscle

VS : vitesse de sédimentation

CRP : protéine c réactive

FNS : formule de numérotation sanguine

HZV : Herpes zoster virus

VIH : virus immunodéficience humaine

TPHA : Treponema pallidum haemagglutination assay

EMG : électromyogramme

PAC : potentiel d'action composite

ENOG : électroneuronographie

ORL : Oto-rhino-laryngologie

IRM : imagerie par résonance magnétique

TDM : tomodesitométrie

IPP : inhibiteur de la pompe à proton

HTA : hypertension artérielle

ADO : anti-diabétiques oraux.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : anatomie fonctionnelle du nerf facial
- Figure 2 : émergence des nerfs crâniens
- Figure 3 : les voies corticales et périphériques du VII
- Figure 4 : trajet du nerf facial
- Figure 5 : branches terminales du nerf facial
- Figure 6 : rameaux du nerf facial et les muscles éternés
- Figure 7 : rapports du VII dans la fosse cérébrale postérieure
- Figure 8 : contenu du méat acoustique
- Figure 9 : la portion labyrinthique du nerf facial
- Figure 10 : la portion mastoïdienne du nerf facial
- Figure 11 : rapports du nerf facial dans le trou stylo-mastoïdien
- Figure 12 : rapport du nerf facial dans la parotide
- Figure 13 : Signes faciaux de la PFP au repos
- Figure 14 : Signes faciaux de la paralysie faciale périphérique
- Figure 15 : Signes extra faciaux de la paralysie faciale périphérique
- Figure 16 : Plan superficiel et profond des muscles de la face
- Figure 17 : Test de Schirmer .
- Figure 18 : réflexe strapédien
- Figure 19 : courbes de la tympanométrie
- Figure 20 : le réflexe controlatéral
- Figure 21 : l'arc réflexe strapédien
- Figure 22 : les récepteurs des papilles linguales
- Figure 23 : modalités gustatives et les différents résultats obtenues de la gustométrie

Figure 24 : schéma de l'anatomie topographique des glandes salivaires

Figure 25 : le placement des électrodes au cours de l'EMG

Figure 26 : Méthode et résultats de l'ENOG

Figure 27 : courbes obtenues de l'ENOG

Figure 28 : coupe montrant le nerf facial au niveau du méat acoustique

Figure 29 : coupe IRM montrant une inflammation du nerf facial

Figure 30 : Vielle patiente présentant des syncinésies oro-oculaires

Figure 31 : Patiente présentant des syncinésies.

Figure 32 : Patient présentant des syncinésies séquellaires .

SOMMAIRE

Partie théorique	9
I. Introduction	
II. Rappel anatomique du nerf facial	
1. Origine	
2. Trajet	
3. Ramifications	
4. Terminaisons	
5. Rapports	
6. Anastomoses	
III. Epidémiologie et facteurs de risques	
IV. Physiopathologie	
V. Anatomo-pathologie	
VI. Clinique	
1. Description de la PFP chez un sujet conscient	
• Signes faciaux	
• Signes extra faciaux	
2. Chez un sujet comateux	
3. Examen systématique de l'oreille avec otoscopie	
4. Diagnostic de sévérité	
4.1. Testing musculaire et classification de portmann	
4.2. Classification de house et brackmann	
VII. Paraclinique	
A. Bilan topographique	
1. Sécrétion lacrymale	
2. Réflexe strapédien	
3. Gustométrie	
4. Sécrétion salivaire	
B. Examens sanguins	
C. Bilan neurologique	
1. EMG de détection	
2. ENOG	

D. Imagerie	
1. IRM	
2. TDM	
VIII. Complications	
IX. Traitement	
a. Corticothérapie	
b. Traitements Antiviraux	
c. Mesures associées	
d. Traitement chirurgical Décompressif	
e. Traitements masso-kinésithérapiques	
f. Le soutien psychologique	
g. Traitement a la phase chronique	
Partie pratique	40
I. Méthodologie	
II. Fiches cliniques des patients	
III. Résultats	
1. Donnés sociodémographiques	
2. Données cliniques	
3. Données thérapeutiques	
4. Mode évolutif	
IV. Discussion	
V. Recommandations	
Conclusion	77
Recommandations	79
Références	81

PARTIE THÉORIQUE

I. INTRODUCTION :

La paralysie faciale est une atteinte de la motricité des muscles du visage. Elle peut être secondaire à une atteinte du nerf facial correspondant à la septième paire des nerfs crâniens.

Il existe deux types de paralysies faciales :

- paralysie faciale centrale : le cas d'une lésion en amont du noyau, du faisceau géniculé par exemple.
- Paralysie faciale périphérique (complète) d'origine primaire ou secondaire : Si le nerf facial ou son noyau situé au niveau du tronc cérébral est atteint.

1. Paralysie faciale centrale

Il existe de nombreuses étiologies possibles à une paralysie centrale, telle que :
Accidents vasculaires cérébraux ; tumeurs cérébrales ; sclérose en plaques...

2. Paralysie faciale périphérique

2.1. Secondaire :

La paralysie périphérique peut être aussi secondaire à :

- une tumeur comprimant le nerf ;
- une fracture de l'os du rocher, lésant le nerf ;
- un diabète dans le cadre d'une neuropathie diabétique ;
- une otite ;
- un zona, dans le cadre d'un syndrome de Ramsay-Hunt.
- la maladie de Lyme après une piqûre de tique (parfois indolore et pouvant passer inaperçue, chez l'enfant notamment) ;
- un syndrome de Guillain-Barré ;
- une maladie systémique tel que le syndrome de Melkersson-Rosenthal, ou encore la sarcoïdose.

2.2. Primaire :

Dans la majorité des cas on ne trouve pas de cause ; on parle alors de « paralysie faciale aiguë idiopathique » ou « paralysie de Bell » ou « paralysie faciale à frigore » (car supposée initialement liée au froid).

C'est notre thème de mémoire.

C'est la plus fréquente des paralysies faciales, survenant de façon brutale sans cause traumatique ni pathologie sous-jacente.

Prédomine dans la période hivernale et de répartition ubiquitaire dans le monde.

II. RAPPEL ANATOMIQUE DU NERF FACIAL :

Le nerf facial ou septième nerf crânien est un nerf mixte (sensitivo-moteur) et sensoriel (gustatif).

Il est constitué par :

- le VII moteur et
- le VII sensitif ou nerf intermédiaire (intermédiaire de Wrisberg) qui présente sur son trajet le ganglion géniculé.

Il présente différentes fonctions :

→ **Une fonction motrice** : c'est le nerf du deuxième arc branchial, il innerve :

- Les muscles peuciers de la face et du cou, c'est le nerf de la mimique.
- Le muscle stylo-hyoïdien.
- Le ventre postérieur du digastrique.
- Le muscle stapédien (muscle de l'étrier).

→ **Une fonction sensitivo-sensorielle** : par le b'iais du nerf intermédiaire pour:

- l'innervation sensitive du méat acoustique externe
- l'innervation gustative des deux tiers antérieurs de l'hémi-langue.

→ **Une fonction vaso-motrice et sécrétoire.**

Il contrôle la sécrétion des glandes : lacrymales, nasales, mandibulaires et sublinguale.

Par la corde du tympan, il contrôle la vasomotricité de la langue, et des glandes salivaires.

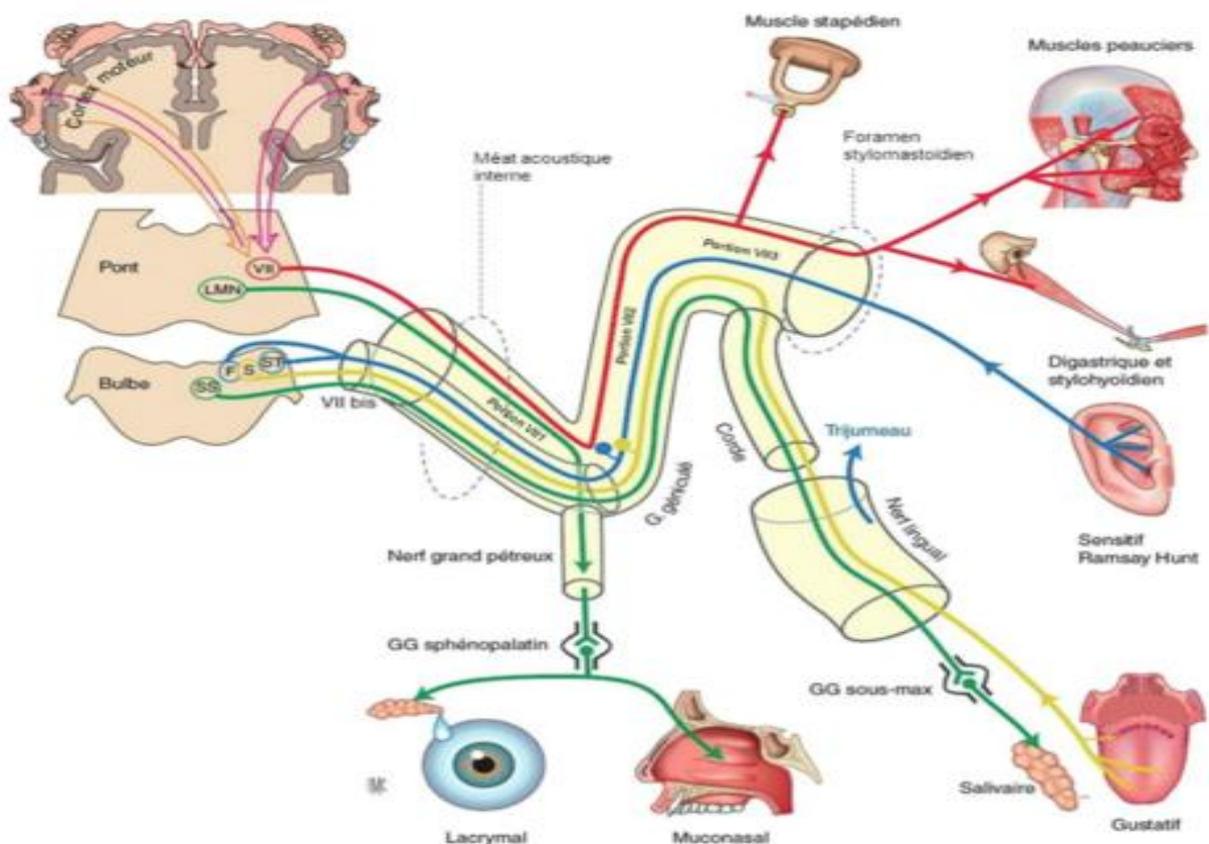


Figure 1 [2]

1-Origine :

Le VII moteur naît à la partie latérale du sillon ponto-bulbaire (bulboprotubérantielle), le nerf intermédiaire est en dehors de lui.

Le nerf facial est composé de trois noyaux :

- Le noyau moteur principal
- Les noyaux parasympathiques
- Le noyau sensoriel

- **Voie motrice**

Le motoneurone supérieur est situé dans la zone motrice faciale du gyrus précentral. Les axones du motoneurone supérieur cheminent le long du tractus corticobulbaire ipsilatéral jusqu'au pont inférieur, où la plupart des fibres se croisent de l'autre côté et font synapse avec le motoneurone inférieur. Le noyau moteur principal (motoneurone inférieur) se divise en quatre sous-noyaux ; dorsal, intermédiaire, latéral et médial. Le sous-noyau dorsal innerve les muscles faciaux du quadrant supérieur ipsilatéral et reçoit l'apport corticobulbaire des deux hémisphères. À l'inverse, le sous-noyau latéral est connecté uniquement aux fibres corticobulaires contralatérales et innerve les muscles du quadrant inférieur ipsilatéral du visage. En raison de cette différence d'innervation, dans une paralysie faciale du motoneurone supérieur, seul le quadrant inférieur contralatéral du visage est paralysé, tandis que la moitié ipsilatérale du visage souffre de paralysie dans une paralysie faciale du motoneurone inférieur. Le noyau moteur principal est responsable du contrôle volontaire des muscles faciaux. En outre, le noyau moteur alimente les muscles auriculaires, la face postérieure du muscle digastrique, le muscle stapédien et le muscle stylohyoïdien. L'expression faciale émotionnelle suit une voie différente et est sous l'influence des systèmes limbique et extrapyramidal. [1]

- **Voie parasympathique**

Les noyaux salivaires et lacrymaux supérieurs constituent les noyaux parasympathiques du nerf facial. Ils se trouvent dans le pont inférieur postérolatéral au noyau moteur facial. Les fibres efférentes de l'hypothalamus alimentent le noyau salivaire supérieur. De plus, le noyau du tractus solitaire fournit des informations sur le goût au noyau salivaire supérieur. Le noyau salivaire supérieur alimente les glandes salivaires sublinguales et sous-mandibulaires, ainsi que les glandes palatines et nasales. Les apports au noyau lacrymal proviennent de l'hypothalamus (réponse émotionnelle) et du nerf trijumeau sensoriel (larmoiement réflexe secondaire à une irritation oculaire). La voie efférente parasympathique vers le nerf facial à partir du tronc cérébral passe par le nerf intermédiaire.

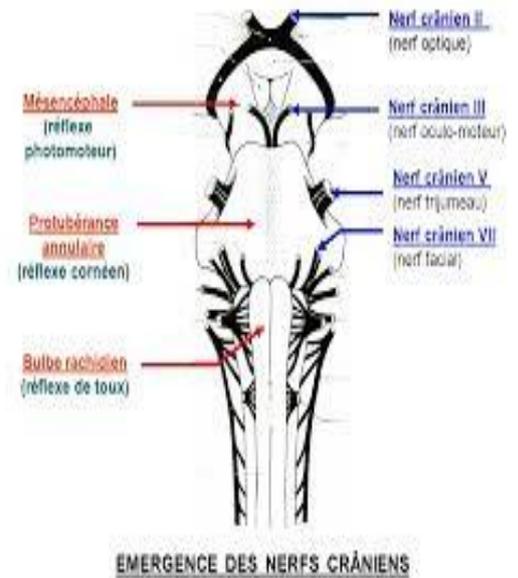


Figure 2

- **Voie sensorielle**

Le noyau sensoriel, situé en postérolatéral par rapport au noyau moteur et aux noyaux parasympathiques dans le pont, reçoit les informations gustatives du palais, du plancher de la bouche et des deux tiers antérieurs de la langue. Les neurones de premier ordre des fibres gustatives se trouvent dans le ganglion géniculé et les fibres gustatives se synapsent dans le noyau du tractus solitarius (neurone de second ordre) dans le tronc cérébral. Les axones des neurones de second ordre se croisent du côté controlatéral et montent à travers le lemnisque médial jusqu'au thalamus, où ils font synapse avec le neurone de troisième ordre. Les efférents des neurones du troisième ordre montent à travers la capsule interne et la corona radiata, se terminant dans la zone gustative du cortex sensoriel dans le gyrus post-central et l'insula. Certaines projections atteignent l'hypothalamus.

LES VOIES CORTICALES ET PÉRIPHÉRIQUES DU VII
CONSÉQUENCES D'UNE LÉSION SUPRA OU INFRA NUCLEAIRE

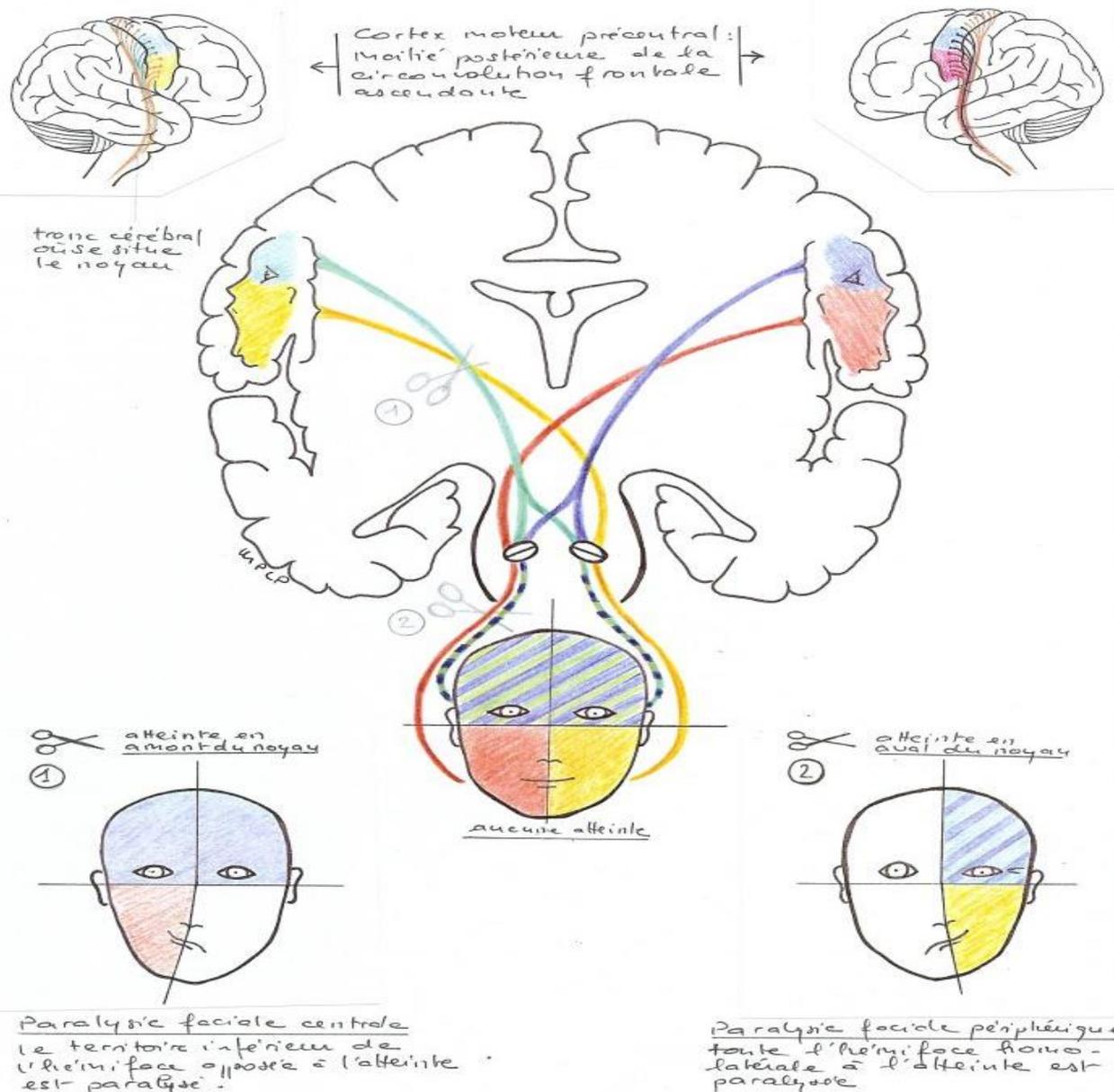


Figure 3 [2]

2-Trajet :

Il traverse :

- L'étage postérieur du crâne, au niveau de l'angle ponto-cérébelleux.
- Le méat acoustique interne, pour pénétrer dans le rocher.
- Le canal facial (ou aqueduc de Fallope) c'est un canal osseux intra-pétreux, On lui décrit une première (VII1), une deuxième (VII2) et une troisième portion (VII3) (labyrinthique, tympanique et mastoïdien) séparées par deux virages. Le premier, appelé « genou » abrite le ganglion géniculé qui coiffe les fibres motrices et donne naissance aux nerfs pétreux. Le second est dénommé « coude » (ou deuxième genou).
- Le foramen stylo-mastoïdien par lequel il sort du rocher.

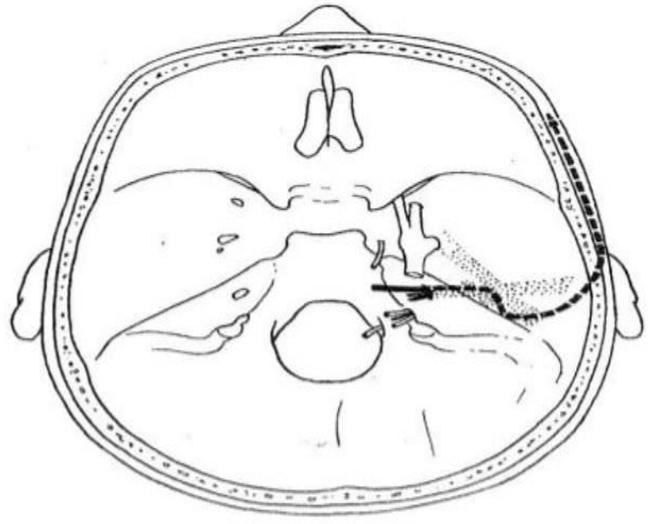


Figure 4

3-Ramifications :

Juste après le coude, le VII abandonne des fibres motrices pour le muscle de l'étrier, effectrices du réflexe stapédien. Les fibres parasympathiques sécrétoires, sensibles et sensorielles accompagnent le tronc moteur dans le rocher, mais s'en séparent ou le rejoignent à différents niveaux. C'est ainsi qu'un premier rameau de fibres sécrétoires responsables de la sécrétion lacrymale quitte le VII au niveau du ganglion géniculé entre VII1 et VII2 pour intégrer le grand nerf pétreux. Un deuxième rameau de fibres provenant du noyau salivaire supérieur quitte les fibres motrices en aval au niveau du VII3 pour se diriger vers la glande sous-mandibulaire et les glandes sublinguales en empruntant la corde du tympan, qui véhicule en sens inverse l'innervation sensorielle gustative du bord latéral de la langue en direction du noyau solitaire. Enfin, une branche issue du noyau sensitif du nerf trijumeau (V), suit les fibres motrices du VII dans le rocher et les rejoint au niveau du foramen stylo-mastoïdien pour recueillir la sensibilité de la zone de Ramsay-Hunt située dans la conque auriculaire.

4-Terminaisons :

Il pénètre dans la parotide et se termine en ses deux branches terminales qui se ramifient pour aller innerver les différents muscles de la face et le muscle Platysma au niveau du cou.

- **Une branche supérieure temporo-faciale :** Elle fournit des rameaux temporaux, fronto-orbitaires, zygomatiques et buccaux supérieurs
- **Une branche inférieure cervico-faciale :** Elle fournit un rameau marginal mandibulaire, qui donne les rameaux buccaux inférieurs et mentonniers et un rameau cervical.

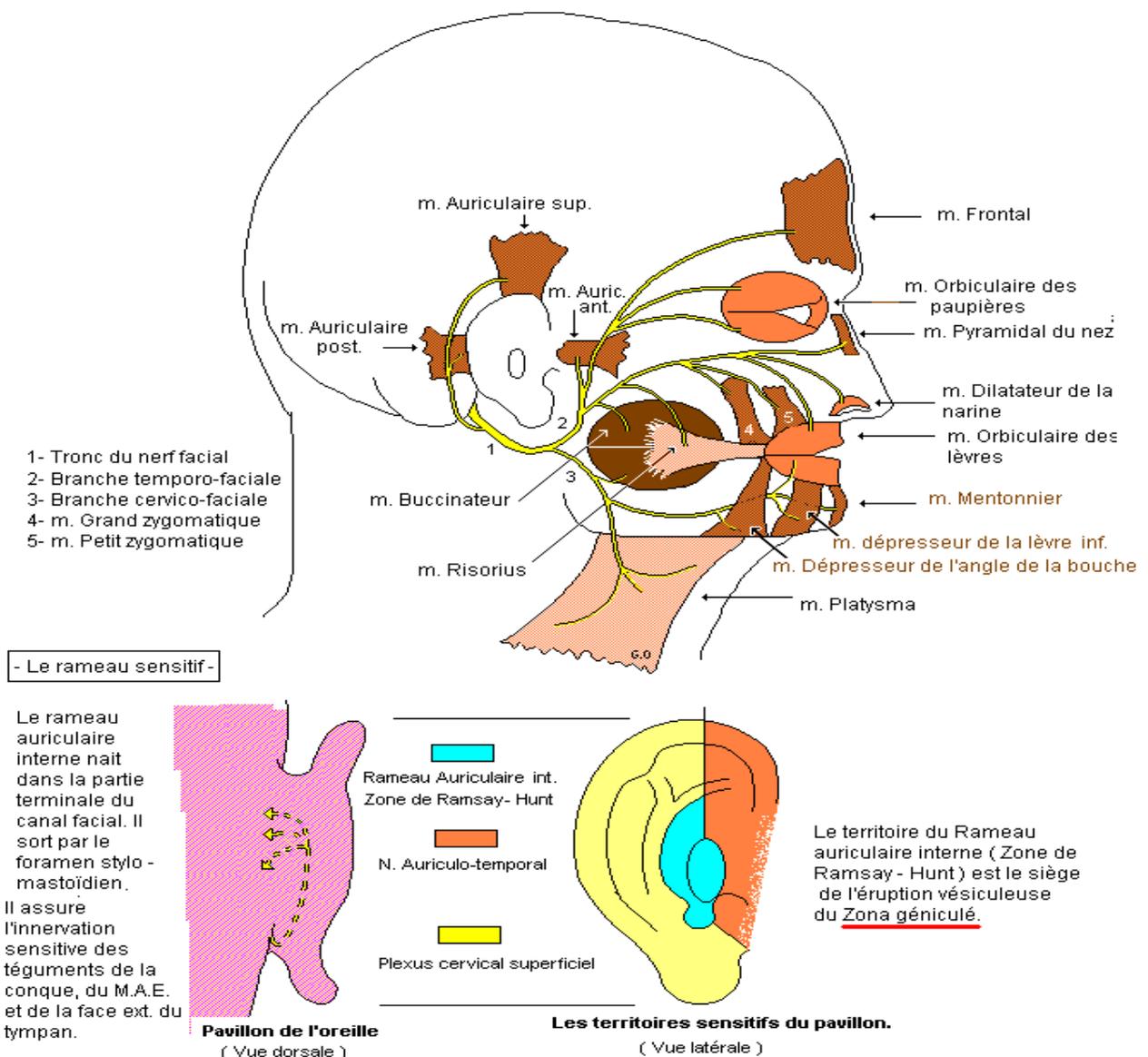
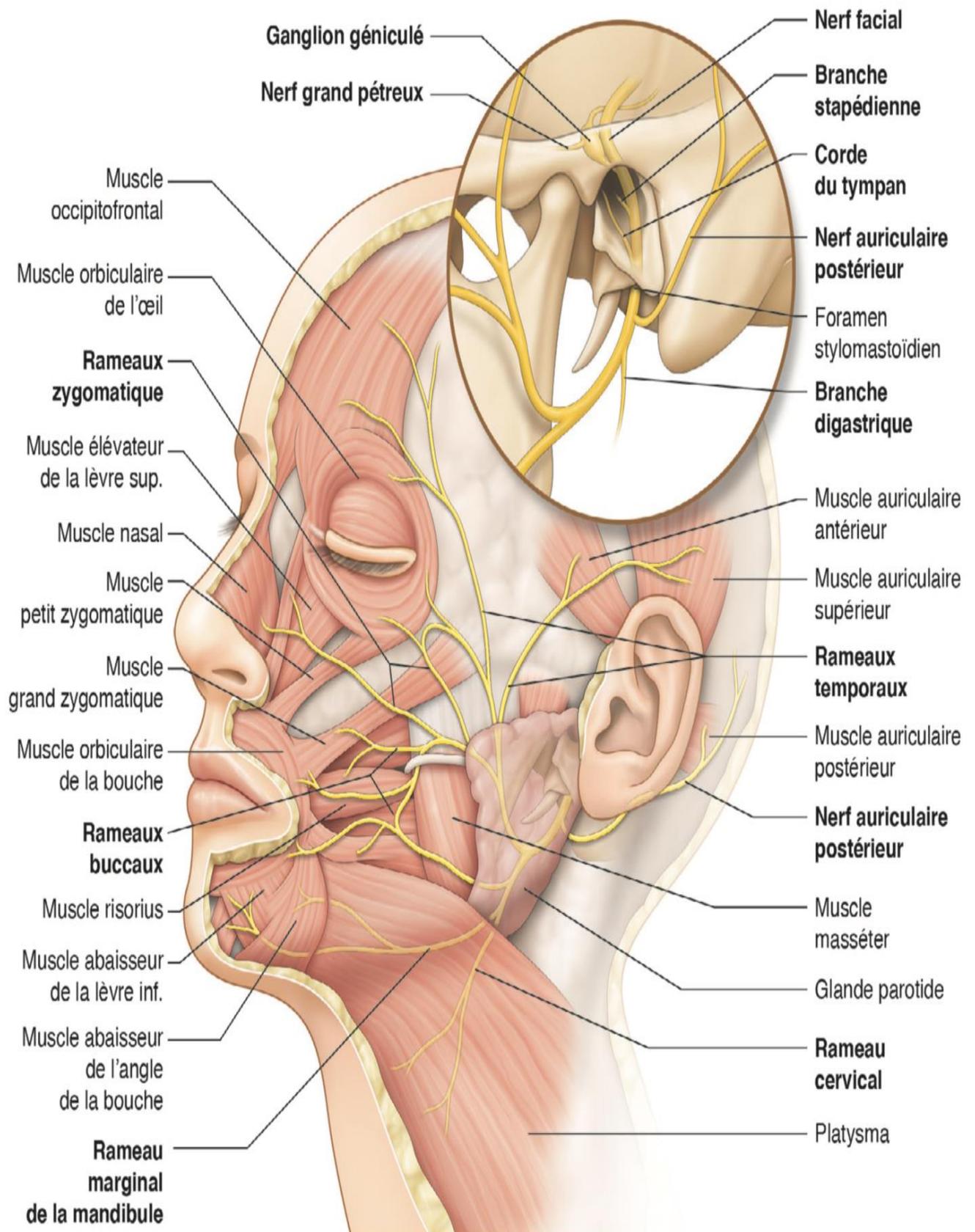


Figure 5 [2]



A

Figure 6 [3]

5-Rapports :

- **Dans la fosse crânienne postérieure :**

Le VII est solidaire du nerf vestibulo-cochléaire, les nerfs sont entourés par une gaine pie-mérienne et cheminent dans la citerne ponto cérébelleuse.

Le facial se dirige en avant, en haut et latéralement vers le méat acoustique interne.

Il est surcroisé par l'artère cérébelleuse supérieure, puis il surcroise le sinus pétreux inférieur.

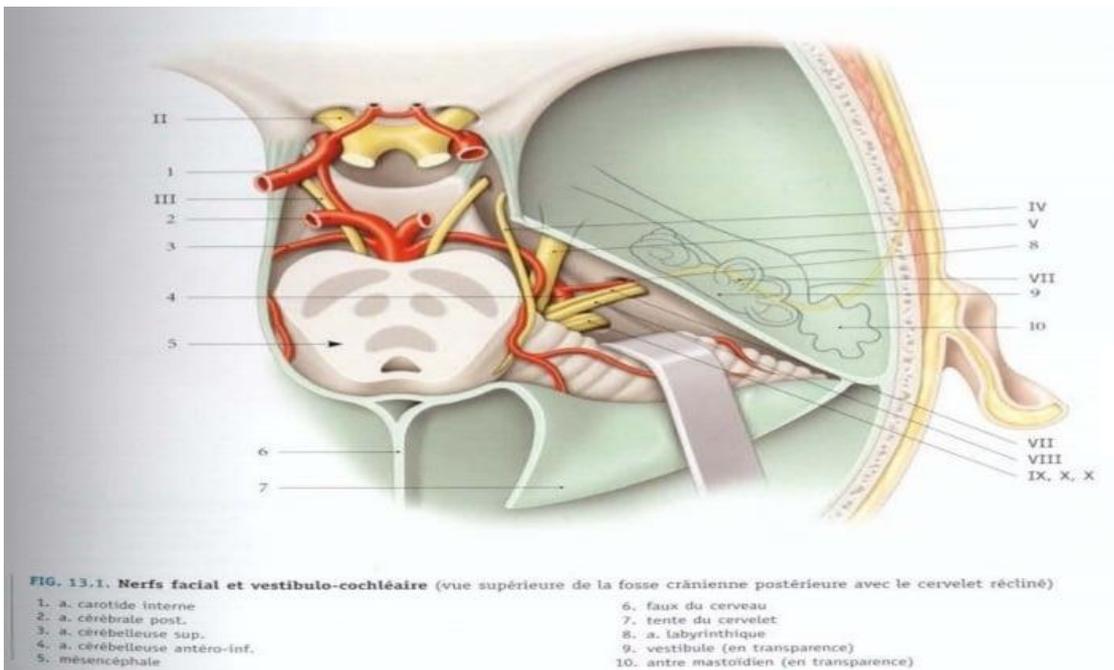


Figure 7

[2]

- **Dans le méat acoustique :**

(longueur du canal = 1cm)

Le VII repose sur le nerf vestibulo-cochléaire (VIII), le nerf intermédiaire est entre les deux nerfs. Il est accompagné par l'artère labyrinthique Il pénètre dans le rocher.

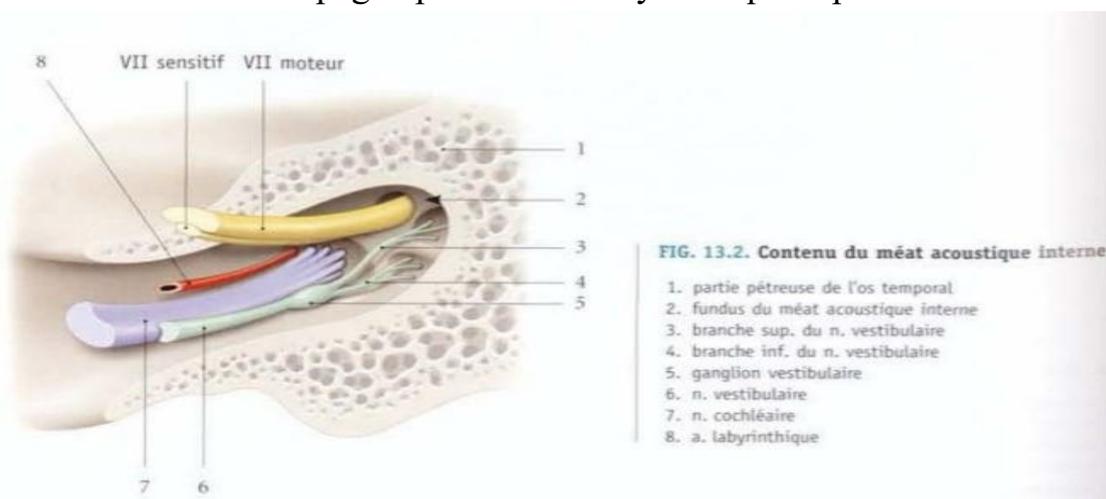


Figure 8

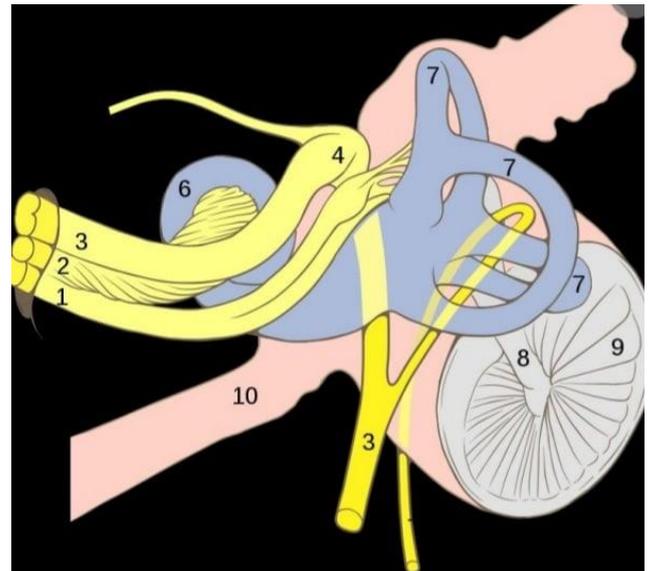
[2]

- **Dans le canal facial :** cette portion du VII est intra pétreuse.

Il présente trois portions :

a. La portion labyrinthique :

Horizontale et longue de 4 mm, elle passe entre la cochlée en avant et le vestibule en arrière, puis se coude en arrière pour former le genou du facial, dans ce coude se trouve le ganglion géniculé (Ganglion sensitif) dans lequel pénètre l'intermédiaire pour former à partir de là un seul cordon nerveux avec le VII. [4]



1 Nerf vestibulaire ; 2 Nerf cochléaire ; 3 Nerf facial ; 4 Ganglion géniculé ; 5 Corde du tympan ; 6 Cochlée ; 7 Canaux semi-circulaires ; 8 Marteau ; 9 Tympan ; 10 Tube auditif.

Figure 9

b. La portion tympanique :

longue de 10 mm, fait saillie sur la paroi médiale de la caisse du tympan. Elle est située entre

- En haut : le conduit semi-circulaire latéral,
- En avant : Le premier tour de spire de la cochlée
- En bas : La fenêtre du vestibule

c. La portion mastoïdienne :

Verticale, longue de 18 mm, elle descend en arrière du canal du muscle stapédien (muscle de l'étrier), elle est entourée par les cellules mastoïdiennes. Cette portion est accompagné par l'artère stylo-mastoïdienne. Elle se termine dans le foramen stylo-mastoïdien. [4]

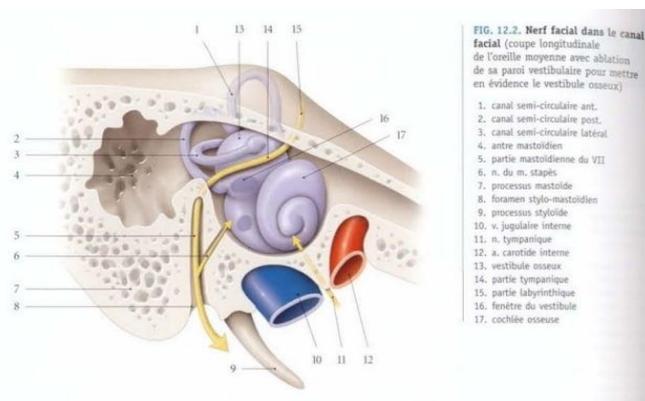


FIG. 12.2. Nerf facial dans le canal facial (coupe longitudinale de l'oreille moyenne avec ablation de sa paroi vestibulaire pour mettre en évidence le vestibule osseux)

1. canal semi-circulaire ant.
2. canal semi-circulaire post.
3. canal semi-circulaire latéral
4. anstre mastoïdien
5. partie mastoïdienne du VII
6. n. du m. stapés
7. processus mastoïde
8. foramen stylo-mastoïdien
9. processus styloïde
10. v. jugulaire interne
11. n. tympanique
12. a. carotide interne
13. vestibule osseux
14. partie tympanique
15. partie labyrinthique
16. fenêtre du vestibule
17. cochlée osseuse

Figure 10

- **Par le trou stylo-mastoïdien :**

Le nerf sort du rocher. Il se porte en bas, en avant et en dehors, il croise la face externe du processus styloïde et passe entre les muscles : digastrique et le stylo-hyoïdien puis pénètre la glande parotide

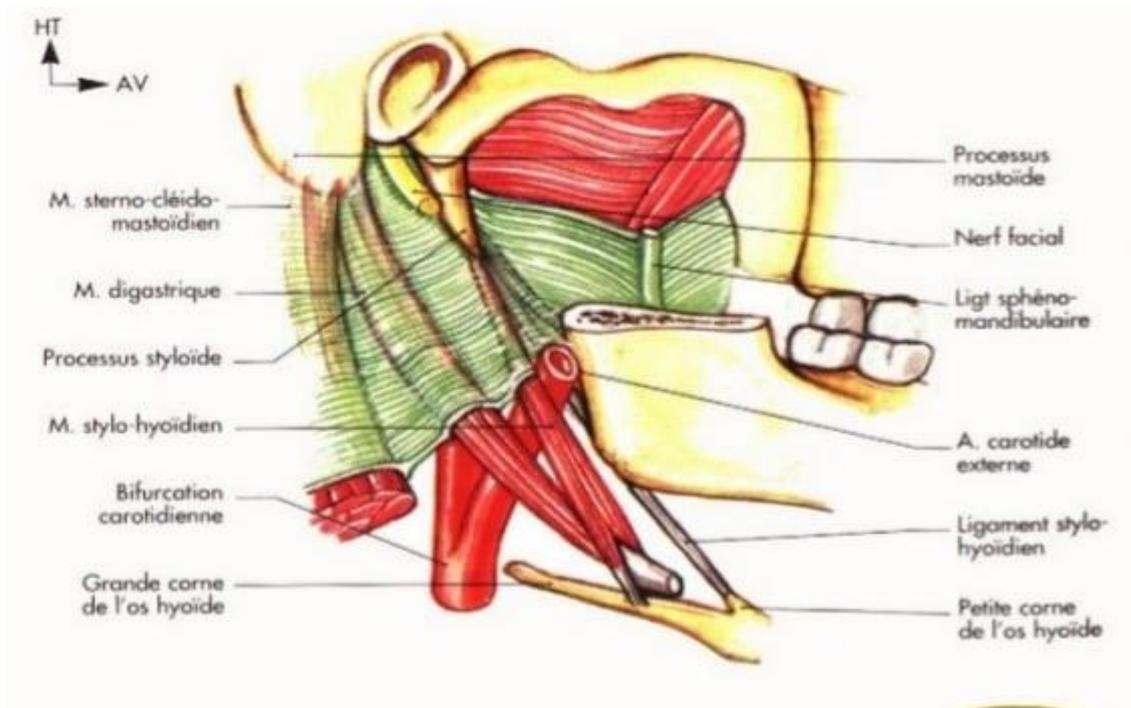


Figure 11

- **Dans la parotide :**

Le facial et la partie initiale de ses branches terminales, divisent la parotide en deux lobes : superficiel et profond.

Il se divise en deux branches terminales :

- Temporo-faciale.
- Cervico-faciale

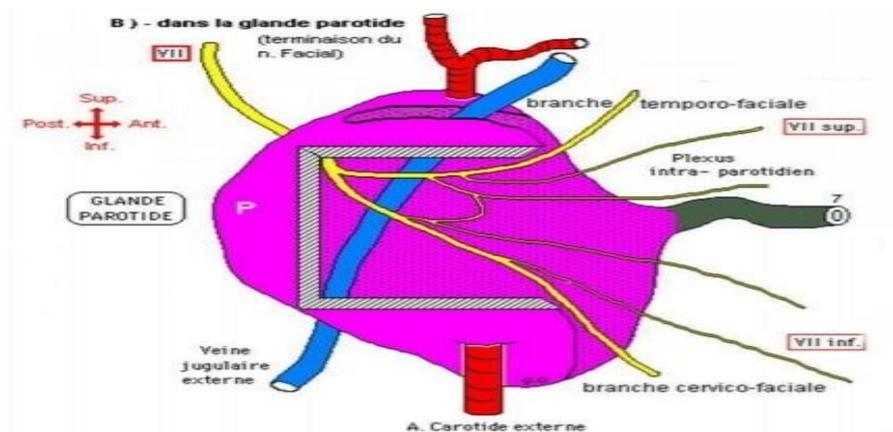


Figure 12 [2]

6- Anastomoses :

Le nerf facial s'anastomose avec :

- les ganglions otique et ptérygo-palatin du nerf trijumeau (via les nerfs pétreux) assurant la salivation au niveau de la glande parotide
- le nerf vague (X) : voile du palais, pharynx, larynx, épiglotte, informations gustatives
- le nerf glosso-pharyngien (IX) : tiers postérieur lingual (goût), palais, amygdale, nasopharynx, glande parotide (Lors d'une atteinte totale et définitive du nerf facial, l'anastomose hypoglosso-faciale reste une bonne alternative pour réanimer la face paralysée).
- le nerf lingual V3 (via la corde du tympan) : 2/3 antérieurs de la langue
- le nerf auriculo-temporal (dans la parotide) : sensibilité oreille et tempe
- le plexus cervical (via le grand auriculaire et le nerf transverse du cou) : cou

Les rameaux terminaux du nerf présentent eux-mêmes des anastomoses avec les ramifications du nerf trijumeau. [4]

III. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES :

L'incidence annuelle est de 15 à 20 pour 100 000 en France et le risque à vie est de 1 sur 60. C'est la forme la plus commune des paralysies faciales (6 à 8 sur 10)

- Le taux de récurrence est de 8 à 12 %.
- Même sans traitement, 70% des patients auront une résolution complète.
- Il n'y a pas de préférence de sexe ou de race.
- la paralysie peut survenir à tout âge, mais plus de cas sont observés au milieu et à la fin de la vie avec l'âge médian d'apparition à 40 ans.
-

Les facteurs de risque comprennent :

- Le froid
- Le diabète
- La grossesse notamment la pré-éclampsie et les grossesses gémellaires.
- L'obésité
- L'hypertension artérielle.

IV. PHYSIOPATHOLOGIE :

* L'hypothèse virale : Si l'étiopathogénie de la paralysie faciale périphérique à frigore n'est pas entièrement élucidée, l'hypothèse principale est aujourd'hui celle d'une réactivation du virus Herpes Simplex Virus de type 1 (HSV-1) à partir du ganglion géniculé à l'origine d'un œdème du nerf et donc de sa compression dans sa portion intra-pétreuse.

Suite à une primo-infection, le plus souvent asymptomatique, ce virus, comme les autres virus du groupe herpès, témoigne d'un tropisme particulier pour le système nerveux et va persister de manière latente, avec un faible taux de réplication, dans les ganglions nerveux. Comme la primo-infection a le plus souvent lieu par l'intermédiaire de la muqueuse oropharyngée et puisque la partie antérieure de la langue est innervée par des fibres du nerf VII, il est licite de postuler que le ganglion géniculé puisse être un site de latence du virus HSV-1. Cette assertion a d'ailleurs été confirmée par des études autoptiques qui ont retrouvé la présence du virus dans la majorité des ganglions géniculés étudiés. L'hypothèse d'une réactivation herpétique comme cause de paralysie faciale périphérique à frigore a été formulée pour la première fois par David P. Mc Cormick en 1972 et confortée par la publication de données peropératoires de décompression du nerf facial qui retrouvaient l'ADN du virus au sein des fascicules du nerf facial chez 11 des 14 patients avec une paralysie faciale périphérique à frigore et chez aucun des autres patients pour qui la chirurgie avait une autre indication (cancer de la parotide. ..). Des données expérimentales viennent aussi soutenir cette hypothèse avec la possibilité d'induire des PF chez des souris par primo-infection par le virus HSV-1 (inoculé dans le pavillon de l'oreille) ou par sa réactivation. [6]

D'autres hypothèses ont été discutées :

* l'hypothèse inflammatoire : De plus, du temps où les chirurgies de décompression étaient fréquemment pratiquées pour le traitement des paralysies faciales périphériques à frigore sévères, les observations peropératoires rapportaient un nerf de diamètre augmenté, siège d'une inflammation macroscopique, suggérant un mécanisme compressif dans le canal osseux inextensible formé par l'aqueduc de Fallope. Afin d'expliquer la perte axonale mise en évidence chez les patients ayant une PFP sévère et ne récupérant pas, on peut émettre l'hypothèse que l'œdème compressif prolongé peut entraîner une ischémie du nerf surajoutée, comme pour n'importe quelle neuropathie.

* L'hypothèse vasculaire : un défaut de vascularisation du nerf facial (hypo-vascularisation) peut être à l'origine de son dysfonctionnement et donc de la paralysie.

* l'hypothèse carencielle : une carence vitaminique notamment celle de la vitamine B12 peut avoir des manifestations sur le système nerveux et le nerf facial à l'origine de la paralysie.

V. ANATOMO-PATHOLOGIE :

Comme tout nerf, le nerf facial peut présenter plusieurs niveaux de souffrance physiologique correspondant à des profils électro physiologiques variés.

- **La neurapraxie** est un état stuporeux du nerf facial en rapport avec une démyélinisation sans interruption axoplasmique. Elle se traduit par un bloc de conduction : la vitesse de conduction en aval de la lésion est normale ; l'influx physiologique est interrompu, mais le nerf répond à la stimulation. S'il ne s'aggrave pas, cet état est réversible en 3 à 5 semaines.
- **L'axonotmésis** se caractérise par une interruption de la gaine de myéline et de l'axoplasme, mais la préservation des tubules assure la qualité de la repousse nerveuse. La dégénérescence wallérienne s'installe, et le bout distal du nerf devient inexcitable en 10 à 21 jours suivant l'importance de la lésion anatomique.
- **Le neurotmésis** se caractérise par une interruption histologique complète du nerf, axones et tubules étant conjointement lésés. Le nerf est inexcitable. La dégénérescence wallérienne se développe et se complète plus rapidement, en 4 à 5 jours. La repousse axonale est plus difficile et s'accompagne de fausses routes et d'éphapses. Les tests électrophysiologiques sont à recommander dans les formes sévères d'emblée. [7]

VI. CLINIQUE :

L'importance de l'atteinte motrice de la face varie beaucoup d'un cas à l'autre. Elle porte sur les deux territoires faciaux supérieur et inférieur.

1. Description d'une PFP sévère chez le sujet conscient :

1.1. Des signes faciaux, les plus évidents :

- **Au repos :**
 - Un effacement des rides du front,
 - Un sourcil abaissé,
 - Une raréfaction ou une absence du clignement,
 - Un élargissement de la fente palpébrale avec une paupière inférieure qui est abaissée
 - L'œil peut être larmoyant.
 - Une asymétrie du visage,
 - Une déformation de la bouche qui est attirée du côté sain,
 - Une ptose de la joue et une chute de la commissure labiale qui fait pencher la bouche du côté paralysé,
 - Un effacement du sillon naso-génien.



Figure 13

- **Aux mouvements volontaires :**
 - La bouche part du côté sain,
 - Il y a impossibilité de siffler et de gonfler les joues.
 - Une stase alimentaire dans le sillon gingivo-jugal.
 - Il existe un signe du peaucier de Babinski (lors de l'abaissement contrarié du menton, la contraction apparente des peauciers du cou ne se fait que du côté sain).
 - Une impossibilité de relever le sourcil, de plisser le front.
 - Impossibilité de fermer l'œil (lagophtalmie). Le relevé de la paupière supérieure est préservé (dépend du III).
 - Signe de Charles-Bell : lors de la tentative infructueuse d'occlusion palpébrale, l'œil se porte en haut et en dehors. Cet échappement du globe oculaire est un mécanisme de protection cornéenne réflexe. Son absence dans les lagophtalmies sévères expose à des complications cornéennes plus précoces.
 - Un signe de Souques qu'on peut observer dans les PFP de faible importance (l'occlusion des paupières est moins ferme du côté paralysé et ne cache pas les cils qui apparaissent plus longs).
 - Absence de clignement à la menace. [8]



Figure 14 [2]

1.2. Des signes extra-faciaux :

Ils témoignent de l'atteinte des autres fonctions du nerf facial. Leur recherche est un élément du diagnostic topographique de l'atteinte :

- Œil sec (nerf pétreux, niveau ganglion géniculé) ;
- Troubles du goût au niveau des 2/3 antérieurs de l'hémi-langue (lésion en amont de la corde du tympan, niveau portion mastoïdienne) ;
- Diminution de la sécrétion salivaire de la glande sous-mandibulaire (lésion en amont de la corde du tympan, niveau portion mastoïdienne) ;
- Abolition du réflexe stapédien se manifestant cliniquement par une hyperacousie douloureuse (lésion en amont du nerf du muscle de l'étrier, niveau portion mastoïdienne)
- Hypoesthésie dans la zone de Ramsay-Hunt : atteinte sensitive (lésion au niveau ou en amont de la portion mastoïdienne).

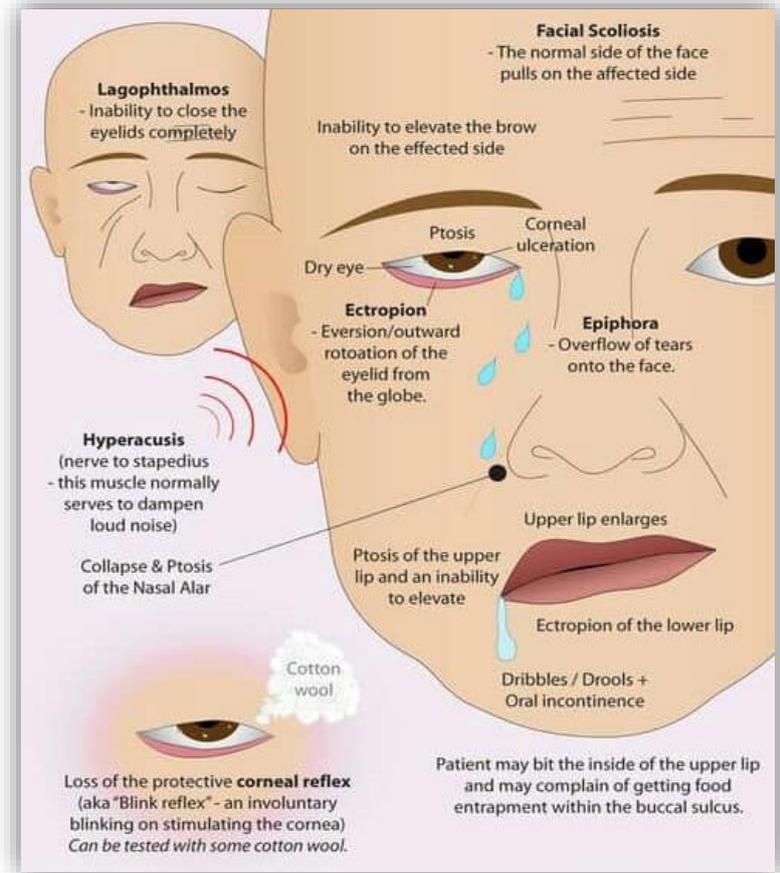


Figure 15

2. Chez le sujet comateux :

Une PFP doit être recherchée systématiquement chez tout sujet comateux après un traumatisme crânien :

- effacement des rides du visage ;
- sujet qui fume la pipe ;
- manœuvre de Pierre-Marie et Foix (déclenche en l'absence de PFP une contraction réflexe du visage à l'appui forcé bilatéral en arrière du gonion).

3. Examen systématique de l'oreille avec otoscopie :

- Rechercher des lésions vésiculo-croûteuses dans le conduit auditif externe et la conque (zone de Ramsay-Hunt).
- Rechercher une tuméfaction mastoïdienne, des otorrhées, une otite moyenne aiguë ou un cholestéatome..
- Présence ou non d'une perte auditive et/ou d'un vertige.

4. Diagnostic de sévérité

La sévérité de l'atteinte est appréciée par la clinique (intensité et rapidité d'installation) et par l'électrophysiologie (à réserver aux PFP totales) :

4.1. Le testing clinique musculaire de la face

Observation clinique de chaque groupe musculaire de la face et cotation de sa fonction.

- Il permet de suivre l'évolution clinique.
- Des échelles de cotation globale (House et Brackmann) sont souvent utilisées ;

* **Classification de PORTMANN :**

Il s'agit d'un testing musculaire de la face avec un score sur 20 :

- m. frontal : /3
- m. orbiculaire orbite : /3
- m. risorius : /3
- m. zygomatique : /3
- m. orbiculaire bouche : /3
- m. mentonnier : /3
- + tonus de repos : /2 Score sur 20 [7]

4.2. Classification de HOUSE & BRACKMANN

Gradé 1 à 6, surtout utilisé pour le suivi à moyen et long terme

- **Grade 1** : Fonction normale
- **Grade 2** : Asymétrie discrète. Fermeture palpébrale complète
- **Grade 3** : Asymétrie évidente ne défigurant pas le sujet lors de la mimique
 - o Syncinésie possible
 - o Fermeture palpébrale complète à l'effort.
 - o Faiblesse légère ou modérée labiale et frontale
- **Grade 4** :
 - o Asymétrie sévère défigurant le sujet lors mimique
 - o Fermeture palpébrale incomplète à l'effort.
 - o Spasmes et/ou syncinésies sévères
 - o Absence de mouvement au niveau front, asymétrie labiale
- **Grade 5** : Asymétrie au repos et mouvements à peine perceptibles
- **Grade 6** : Paralyse faciale complète (contraction impossible) [8]



Figure 16

VII. PARACLINIQUE :

A. Bilan topographique : Il comprend des tests de réalisation plus ou moins facile et courante.

<u>Tests paracliniques</u>	<u>Symptomes observés</u>	<u>Localisation de la lésion</u>
Test de Shirmer	L'atteinte de la sécrétion lacrymale est responsable d'une sensation d'oeil sec	Toute lésion du nerf facial située en amont ou au niveau du ganglion géniculé
Réflexe stapédien	L'hyperacousie	lésion en amont du nerf du muscle de l'étrier
Gustométrie	Atteinte salivaire Ageusie Troubles du goûts	corde du tympan
Le test de Blatt	Sécrétion salivaire	corde du tympan

1- Sécrétion lacrymale (Test de Shirmer :nerf grand pétreux) :

L'atteinte de la sécrétion lacrymale est responsable d'une sensation d'oeil sec dont il est parfois possible de retrouver trace à l'interrogatoire.

Son évaluation par le test de Shirmer est très sensible si elle est précoce. Il compare l'humidification d'un papier buvard placé dans le cul-de-sac conjonctival inférieur du côté paralysé et du côté sain. Un déficit de plus de 30 % constaté à plusieurs reprises positive ce test.



Figure 17 : test de Schirmer

Toute lésion du nerf facial située en amont ou au niveau du ganglion géniculé va logiquement interférer sur les résultats. [9]

2- Réflexe stapédien (nerf du muscle de l'étrier) :

L'hyperacousie peut être retrouvée à l'interrogatoire.

Lors de la réalisation de l'impédancemétrie Partant d'une tympanométrie normale, la recherche des réflexes stapédiens est au mieux conduite avec une stimulation controlatérale.

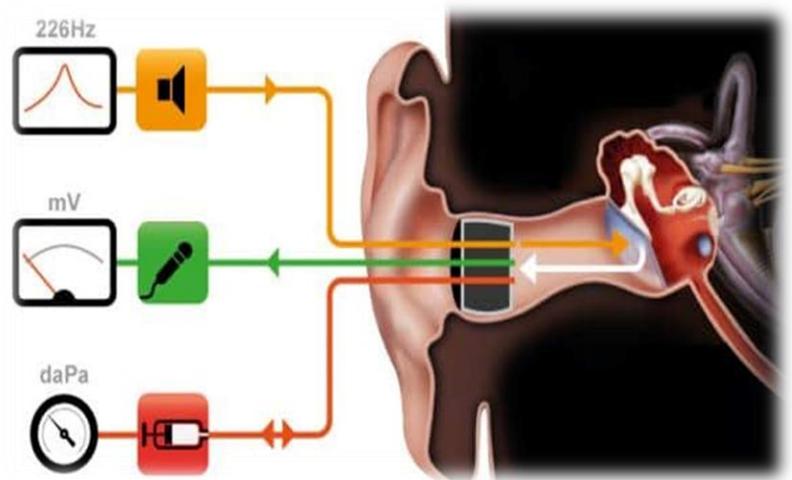


Figure 18

En cas de surdité controlatérale, la stimulation est ipsilatérale.

Son absence témoigne d'une **lésion en amont du nerf** du muscle de l'étrier

C'est un test très sensible qui est particulièrement utile dans le suivi du patient, car la réapparition du réflexe précède toujours la récupération faciale. [10]

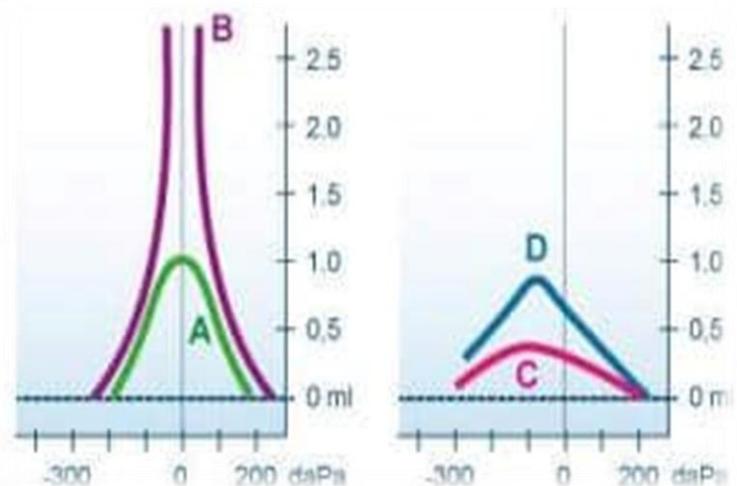


Figure 19

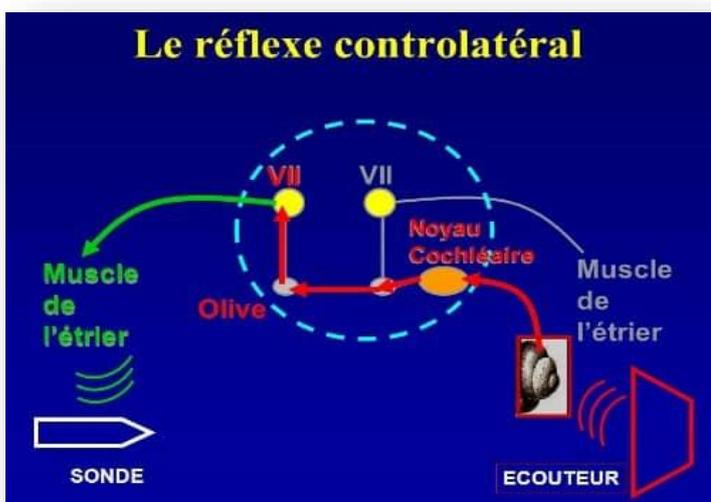


Figure 20

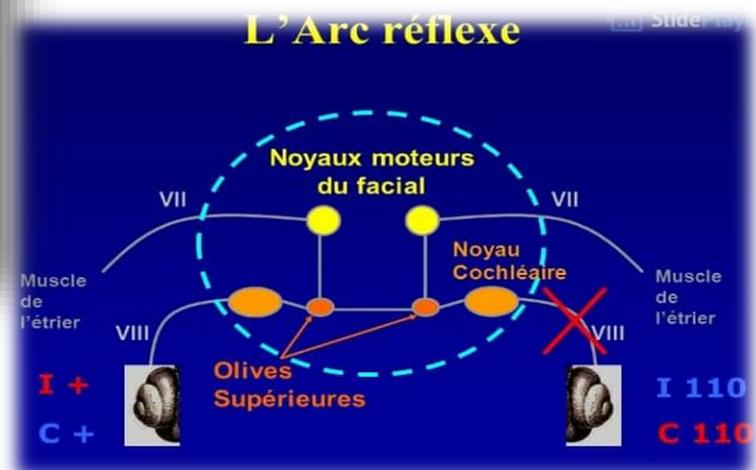


Figure 21

3- Gustométrie (corde du tympan) :

Les troubles du goût sont très précoces et précèdent parfois la survenue de la paralysie faciale.

La gustométrie chimique utilise des solutions sapides sucrées, amères, acides et salées, de concentrations décroissantes, appliquées sur l'hémilangue.

La gustométrie électrique, plus sensible, étudie le seuil de sensations gustatives provoquées par l'application sur les deux hémilangues de courants anodiques continus.

Les récepteurs des papilles

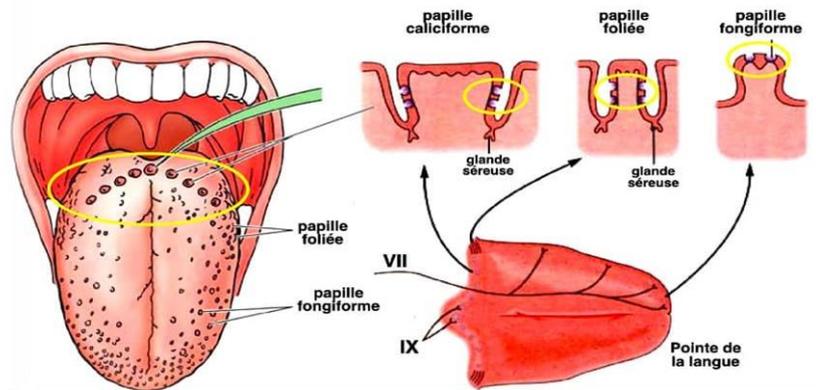


Figure 22

Une différence de 30 % est pathologique.

Un seuil supérieur à 300 μ A doit faire évoquer le diagnostic d'agueusie.

De même que pour les réflexes stapédiens, la récupération gustative précède la récupération motrice. [11]

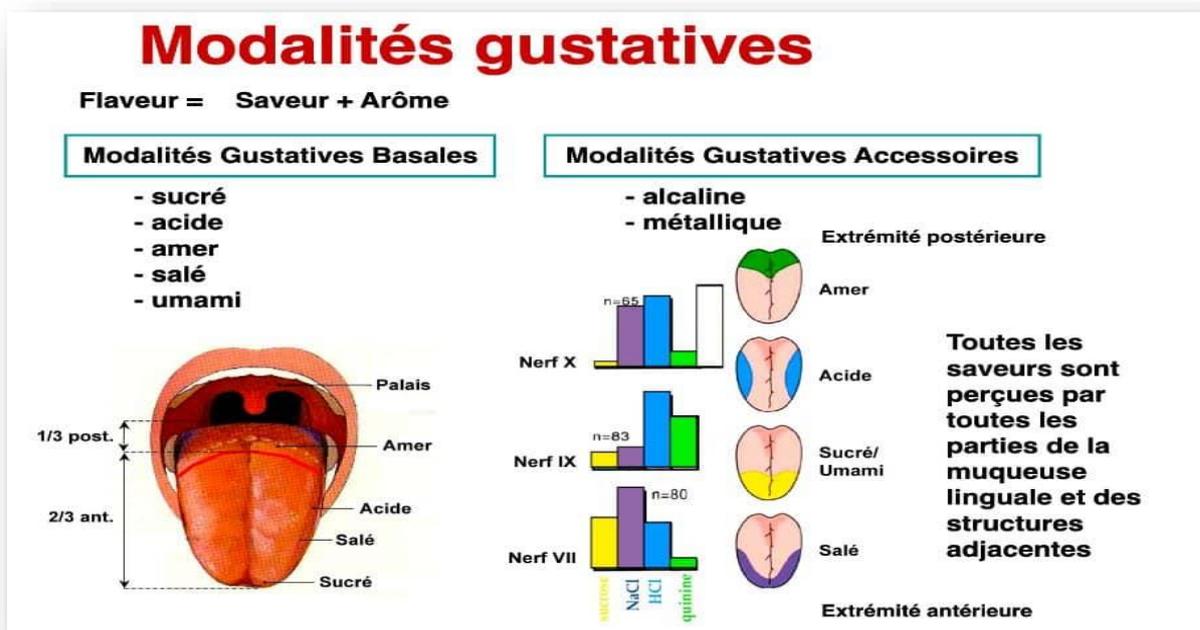


Figure 23

4- Sécrétion salivaire (corde du tympan) :

Le test de Blatt est de réalisation délicate car il nécessite le cathétérisme du canal de Wharton pour quantifier la sécrétion de la glande sous-mandibulaire, sous l'effet de l'application d'une solution citronnée sur la langue.

Comparatif, le test est dit positif quand une différence de 25 % est constatée.

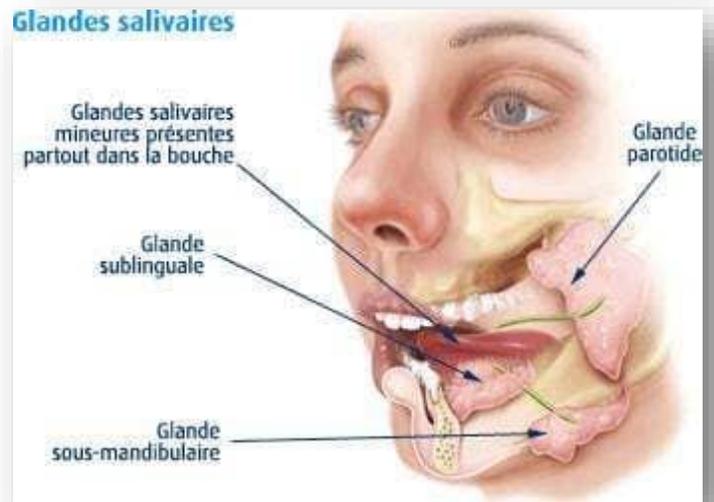


Figure 24

B. Examens sanguins :

La paralysie de Bell représente la majorité des paralysies faciales et son diagnostic reste un diagnostic d'exclusion. Si la paralysie faciale survient sans contexte étiologique évident, les examens sanguins suivants sont demandés de routine :

- VS ou CRP,
- FNS ,
- Glycémie
- Sérologies des groupes Herpes simplex virus (HSV) et Herpes zoster virus (HZV), VIH, TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay) et Borrelia burgdorferi (maladie de Lyme).
- Si des vésicules sont présentes, il est plus utile de faire un frottis virologique des lésions, à la recherche de HZV et de HSV.
- En cas de suspicion de maladie auto-immune, envisager un bilan immunologique.

C. Un bilan neurologique :

Pour préciser l'importance de l'atteinte, on dispose de 2 techniques d'enregistrement électrique du nerf facial :

1-EMG de détection : Électromyographie de détection

À l'aide d'une électrode implantée successivement dans les muscles faciaux, on peut détecter au repos et aux mouvements volontaires l'existence de potentiels lents ou polyphasiques de réinnervation ou, a contrario, des potentiels de fibrillation témoignant de la dénervation.

Le mouvement volontaire n'enrichit pas le tracé en cas d'interruption du flux axonal. L'utilisation d'électrodes de surface rend ce test moins douloureux, mais également moins reproductible.

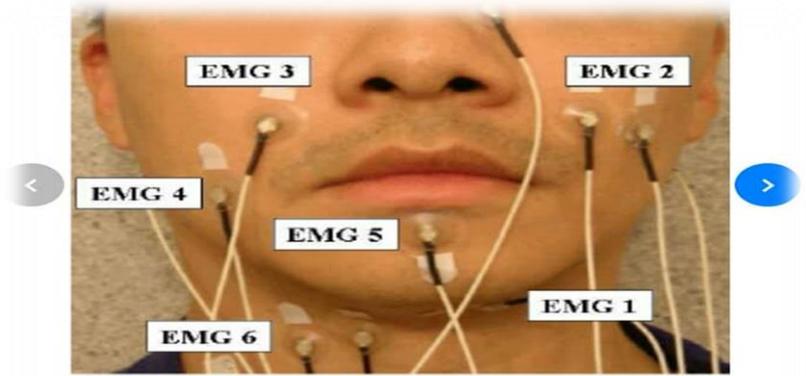


Figure 25

L'EMG globale est basée sur le même principe, mais utilise un moyennage informatique des réponses, en comparaison avec le côté sain.

L'inconvénient de l'EMG de détection est de ne révéler les signes électriques de dénervation que tardivement, 2 ou 3 semaines après la lésion nerveuse, du fait de la relative lenteur de la dégénérescence wallérienne. [13]

Tests de stimulodétection : Leur principe général est de stimuler le nerf au foramen stylomastoïdien, et de recueillir la réponse musculaire évoquée par EMG.

2- Électroneuronographie :

L'électroneuronographie (ENOG), ou test d'Esslen, ou EMG évoqué, met en jeu une stimulation supramaximale du nerf à son émergence, à l'aide d'une électrode bipolaire.

Le niveau du stimulus est calculé en incrémentant de 10 à 20 % le seuil de stimulation du côté sain.

Il est recommandé de répéter le test pour faciliter la synchronisation des fibres et améliorer la reproductibilité de l'examen. [13]

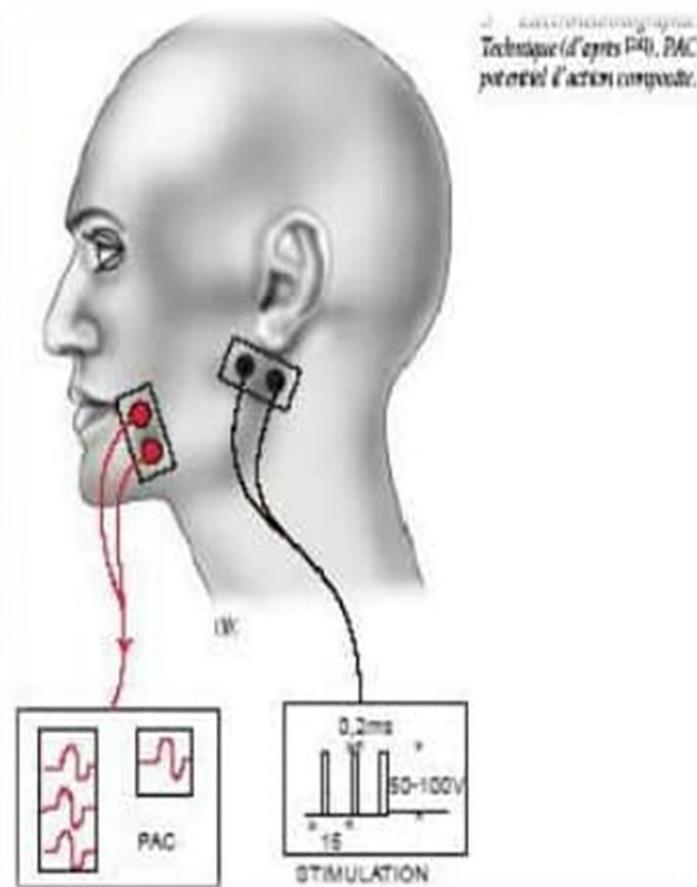


Figure 26

L'amplitude du potentiel d'action composite (PAC), recueillie par une électrode de surface bipolaire, est représentative du pourcentage de fibres synchronisées recrutables non dénervées.

Elle est calculée pic à pic et comparée à celle recueillie du côté sain.

On construit ainsi un rapport dont la valeur permettrait d'anticiper le pourcentage de dénervation.

Mais la notion même de dénervation recouvre celle de neurotmésis et d'axontmésis, deux situations dont le pronostic est bien différent.

Isolée, l'ENOG ne peut faire la différence entre ces deux statuts.

La valeur pronostique de cet examen est largement reconnue, l'évolution des scores d'ENOG étant la donnée la plus importante.

Ses avantages sont donc d'être aisément réalisable par le clinicien et d'apporter des éléments de décision très précoces, dès le troisième jour après l'installation de la paralysie faciale.

Dans la pratique, l'EMG est réalisé à J10-J15 en l'absence de récupération (recherche de potentiel de réinnervation ou de lésions de type neurotmésis). On envisage une décompression du VII si l'évolution est péjorative à environ un mois (clinique, 2ème EMG).

L'électroneuronographie pratiquée très précocement par l'ORL, et répétée tous les deux jours jusqu'au 10-12e jour [13]

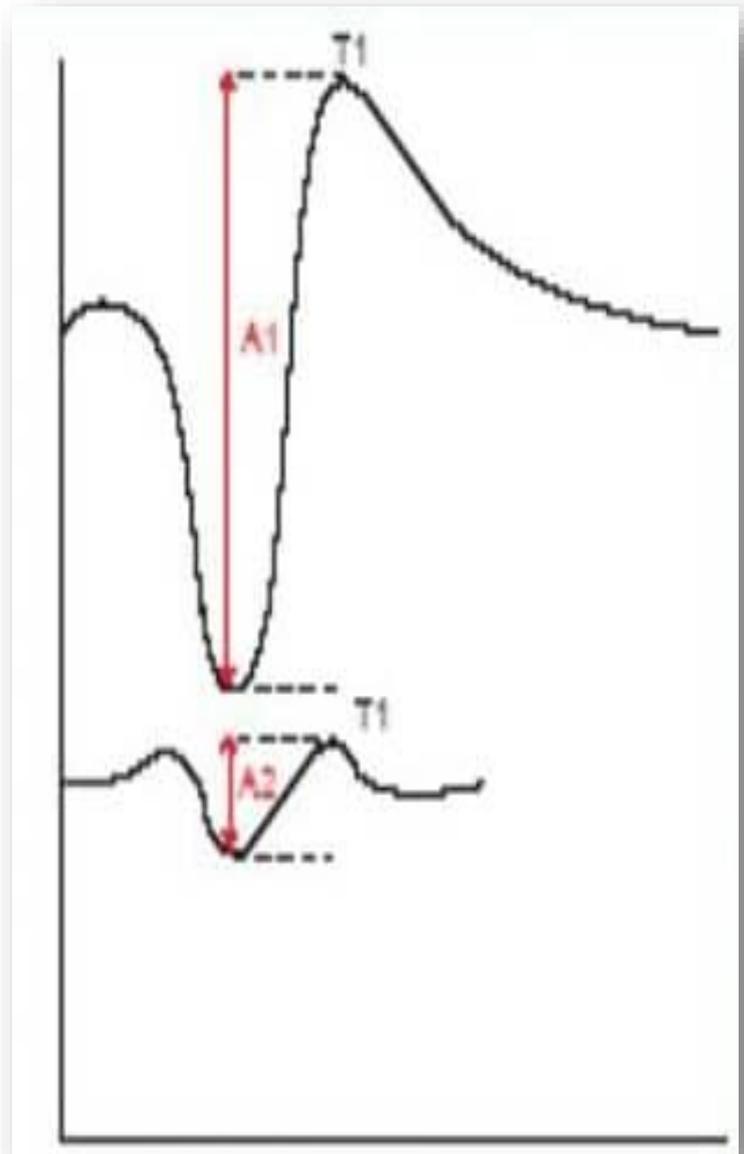


Figure 27

D. L'imagerie :

Les recommandations américaines de 2013 et canadiennes de 2014 considèrent qu'il ne faut pas réaliser d'imagerie devant une paralysie faciale idiopathique lorsque le bilan clinique ou audiométrique est normal. Mais les données récentes de la littérature montrent que 8% à 12% des PFP d'allure idiopathique répondent à une cause tumorale, dont plus de 30% de lésions malignes. Au-delà, même face à une présentation clinique évocatrice d'une paralysie faciale idiopathique, une lésion du tronc cérébral peut être sous-jacente, lorsque l'atteinte est strictement nucléaire

1. L'imagerie par résonance magnétique IRM :

L'IRM est l'examen de choix, car elle est seule à même d'explorer l'ensemble du trajet nerveux, de l'encéphale à la parotide, pour affirmer le caractère idiopathique de la PFP et mettre en évidence l'atteinte inflammatoire non spécifique du nerf facial visible dans ce contexte.

A la phase précoce, le recours à une imagerie en urgence, ne semble pas justifié si la symptomatologie clinique est typique. Elle est beaucoup plus indiquée en cas d'anamnèse faisant suspecter une origine secondaire ou en cas de présentation clinique atypique (épisodes de spasmes de l'hémiface, paralysie récidivante du même côté, paralysie des branches isolées du nerf facial, paralysie associée à l'atteinte d'autres nerfs crâniens ou une absence de récupération débutante après 1 mois, etc...).

L'IRM doit être systématiquement réalisée avec injection de gadolinium. Elle montre en cas de PFI, un rehaussement caractéristique, mais non spécifique du nerf facial ipsilatéral à l'atteinte neurologique prédominant au fond du méat auditif interne, s'étendant sur la portion labyrinthique, la loge du ganglion géniculé, la portion tympanique et mastoïdienne. Ce rehaussement persiste de nombreuses semaines après le début de l'atteinte neurologique et peut persister plusieurs semaines même après guérison clinique.

Si quelques publications montraient une spécificité médiocre de ce signal en IRM, des études récentes montrent qu'une analyse multiparamétrique permet d'améliorer la valeur prédictive positive de l'IRM en cas de névrite et pourrait avoir une valeur pronostique. Cependant, l'interprétation de ce signal reste discutable dans certaines situations. En effet, ces prises de contraste sont à corréliser à la technique d'imagerie utilisée (écho de gradient par exemple) et sa valeur pronostique reste discutée [14]

Protocole d'IRM recommandé devant une paralysie faciale périphérique :

- Exploration cérébrale :
 - 3D FLAIR ou à défaut FLAIR 2D
 - Diffusion axiale 4 mm d'épaisseur
- Exploration du nerf facial intrapétreux
 - T1 1 mm en plan axial, avant et après injection de Gadolinium
 - FLAIR ou 3D FLAIR 1 mm, avant et après injection de Gadolinium (reconstructions axiales)
 - Haute résolution T2, 0,3-0,4 mm écho de gradient (CISS 3D, FIESTA 3D, FFE balanced 3D) avant et après injection de Gadolinium (reconstructions axiales)
- Glande parotide :
 - T1 Spin écho après injection de Gadolinium dans le plan axial
 - T2 Spin écho dans le plan axial

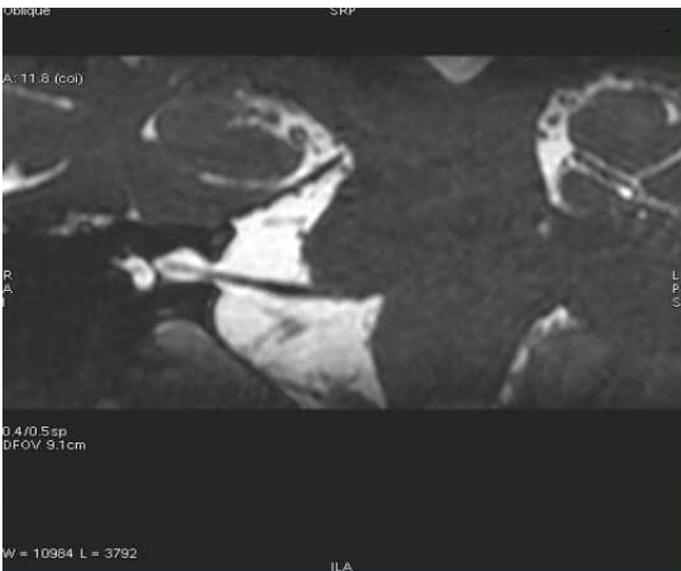


Figure 28 [5]

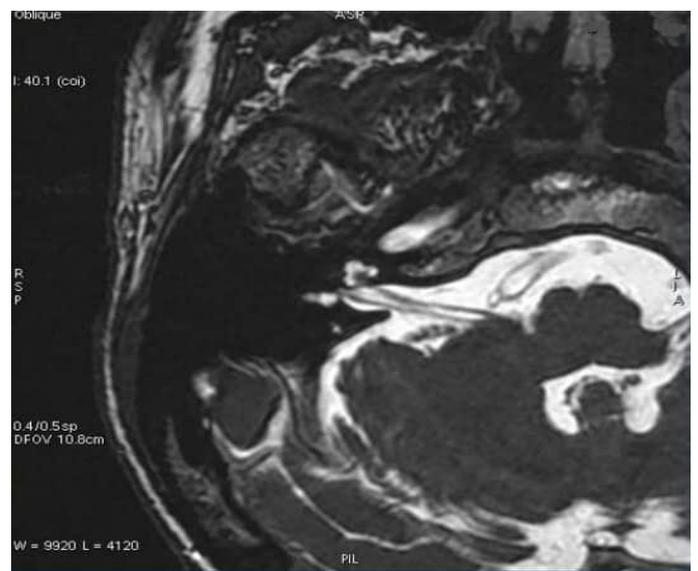


Figure 29 [5]

2. Tomodensitométrie TDM :

L'exploration par TDM du rocher en coupes fines semble beaucoup moins utile à l'exploration du nerf facial et seulement performante pour l'analyse de sa portion intrapétreuse. Elle n'est utile qu'en cas de suspicion de malposition nerveuse ou en cas de PFP post-traumatique. L'analyse de la fosse cérébrale postérieure et du trajet intracisternal du nerf est rendue difficile d'une part en raison des artefacts de durcissement générés par le clivus, d'autre part en raison d'un mauvais contraste tissulaire entre le nerf facial et le liquide cérébro-spinal avoisinant

VIII. COMPLICATIONS :

La récupération incomplète concernait 5 à 30 % des patients selon les pronostics personnels et certains facteurs tels que :

- Une paralysie faciale périphérique sévère stades 5 et 4 de House et Brackmann .
- La durée avant le début de récupération
- La persistance de douleurs

Les complications possibles sont :

1. Asymétrie faciale séquellaire et hyperactivité du côté sain .

2. Les syncinésies :

Les syncinésies correspondent à des mouvements involontaires simultanément à des mouvements volontaires, rapportés à des phénomènes de réinnervation aberrante après une lésion nerveuse. Il peut s'agir dans le cas des PF, d'une fermeture des paupières lors du sourire ou à l'inverse de mouvements des lèvres à la fermeture des paupières correspondant à des « erreurs » de réinnervation entre les axones moteurs faciaux.



Figure 30

[14]



Figure 31 [15]



Figure 32 [15]

3. Syndrome des larmes de crocodile : c'est une complication sensitive, il s'agit d'une production lacrymale accrue (epiphora) lors de la salivation, par « erreur » d'innervation entre les axones destinés aux glandes salivaires et ceux destinés aux glandes lacrymales. [14]

4. Les hémi- spasmes faciaux :

Les spasmes correspondent à des contractions involontaires paroxystiques d'un muscle voire de plusieurs muscles, parfois douloureux, ici dans le territoire impliqué par le déficit initial.

5. Autres complications :

- ophtalmiques : kératites, conjonctivites, ulcérations cornéennes, et l'ectropion paralytique par inversion de la paupière inférieure chez le sujet âgé.
- une incontinence labiale pour la salive et les liquides.
- troubles de la mastication.
- une dysarthrie.
- retentissement psychologique important : la PFP est un véritable handicap fonctionnel et esthétique, le patient doit apprendre à vivre avec son nouveau visage. [14]

IX. TRAITEMENT :

L'efficacité du traitement par corticothérapie a été clairement démontrée sur la récupération motrice au travers de différentes études randomisées et de leurs métaanalyses. L'intérêt de l'associer à un traitement antiviral reste débattu. La place de la chirurgie décompressive précoce au niveau de la première portion intrapétreuse du nerf facial n'est pas claire.

Selon la gravité de la paralysie, des mesures de protection oculaire doivent être mises en place pour éviter les complications cornéennes liées à l'occlusion palpébrale incomplète.

a- Corticothérapie :

L'utilisation des corticoïdes repose sur le mécanisme supposé d'inflammation et d'œdème du nerf facial à l'origine de sa compression au passage de l'aqueduc de Fallope. Par leur effet anti-inflammatoire, ils diminueraient cette compression et amélioreraient la récupération fonctionnelle du nerf.

Leur efficacité a été démontrée dans des études multicentriques, contrôlées, randomisées menées en double insu et confirmées par des récentes méta-analyses.

Le schéma thérapeutique s'étale sur dix 10 jours, avec comme posologie initiale 2mg/kg/jr sans dépasser 120mg/jour avec dégression de 20mg chaque trois jours jusqu'à l'arrêt du traitement. S'ajoute aux corticoïdes le traitement adjuvant tel que pansement gastrique type inhibiteur de la pompe à proton IPP (oméprazole), supplémentation potassique et les règles hygiéno-diététiques tel qu'un régime hyposodé . [16]

b- Traitements Antiviraux :

Le rationnel de leur utilisation dans la PFP a frigore est basé sur l'hypothèse de la réactivation du virus HSV-1 dans sa physiopathologie. Cependant, aucune des études précédentes n'a montré de bénéfice significatif à l'adjonction d'une thérapie antivirale (Vala-ciclovir 3000 mg/j pendant 7 jours ou Acyclovir 2000 mg/j pendant 10 jours) au traitement par corticoïdes.. Toutefois, il a été suggéré, notamment dans les résultats d'études menées sur des échantillons plus restreints, que le traitement antiviral pourrait être bénéfique dans des sous-groupes de paralysie sévère, et que son effet pourrait être dilué par l'inclusion de patients avec de PFP de sévérité légère à modérée. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté à leur utilisation. [16]

À la lumière de ces différentes données, les dernières recommandations américaines préconisent l'instauration précoce (dans les 72 heures) d'une corticothérapie orale sur une durée de 10 jours (schéma de 50 mg/j ou de 60 mg/j les 5 premiers jours suivi d'une décroissance progressive les cinq derniers jours), éventuellement associé à un

traitement antiviral (selon les schémas décrits plus haut). Le bénéfice de ce dernier, s'il existe, est faible, et concernerait les PF sévères. Leur bonne sécurité d'emploi et leur efficacité sur l'un des diagnostics différentiels de la PFP à frigore, le syndrome de Ramsay–Hunt dû au virus VZV, où l'éruption cutanée peut manquer à la phase initiale, justifie aussi leur utilisation dans cette indication.

c- Mesures associées :

Le clignement comme l'occlusion palpébrale complète sont indispensables au phénomène de lacrymation qui joue un rôle majeur dans la protection oculaire. En son absence en cas de PFP, la cornée est vulnérable et exposée aux complications telles que la kératite, les ulcérations cornéennes, qui peuvent menacer le pronostic visuel. Des mesures de protection oculaire doivent être proposées dès la première consultation et le patient doit être adressé à un ophtalmologiste en cas de douleurs et/ou démangeaisons et/ou baisse d'acuité visuelle. Les mesures comportent le port de lunettes de soleil, la lubrification oculaire (larmes artificielles diurnes et pommade à base de vitamine A nocturne) ainsi que l'occlusion palpébrale complète (nocturne avec une compresse occlusive voire diurne avec un monocle). Dans les PF de pronostic réservé ou sur terrain fragilisé (diabète, pathologies ophtalmologiques préexistantes), la pose de prothèses palpébrales devra être envisagée plus rapidement en plus des mesures précédentes. [16]

d- Traitement chirurgical Décompressif :

Proposé dans certaines paralysies faciales œdémateuses, son but est de libérer le nerf de son quadrilatère osseux et aponévrotique inextensible. Plusieurs types de décompression ont été décrits :

- A minima : par voie du conduit libérant le nerf au niveau de son coude
- Du coude et de la 3e portion : par voie endaurale ou transmastoïdienne pour agir sur la zone d'étranglement du trou stylomastoïdien.
- De la 1ere portion : délicate, elle se fait par voie sus – pétreuse ou extra labyrinthique. Elle permet la décompression du nerf à son entrée dans le rocher et du ganglion géniculé
- Des 3 portions : par voies combinées transmastoïdienne et sus-pétreuse ou extra labyrinthique, ou par voies transmastoïdienne et trans labyrinthique si la paralysie faciale est associée à une destruction des fonctions cochléaires et vestibulaires.

Le mécanisme de décompression est orienté par la clinique et les tests topographiques.

e- Traitements masso-kinésithérapiques :

Le traitement masso-kinésithérapique a pour objectif de guider la récupération motrice et fonctionnelle des muscles de la face.

En phase aiguë, l'éducation thérapeutique du patient est primordiale : apprendre à soigner son oeil, interdire le chewing-gum et les expressions faciales trop prononcées, afin de ne pas stimuler davantage les dilatateurs (zygomatique, buccinateur...) qui sont souvent les premiers muscles à récupérer, à défaut des obturateurs (orbiculaires de l'œil et de la bouche...)

Il faut également faire prendre conscience au patient des différentes mimiques possibles grâce au côté sain, afin de faciliter la rééducation lorsque la récupération motrice débutera. L'apparition du premier signe de récupération musculaire est attendue vers le troisième mois après le début de la PFP.

Une fois le premier signe moteur apparu, il existe différents moyens thérapeutiques pour stimuler la récupération : la chaleur permet la vasodilatation et l'amélioration des échanges cellulaires ; le massage permet de réduire l'œdème possible, de prévenir de toute hypertonie et d'aider le relâchement de l'hémiface saine ; enfin les exercices analytiques et globaux pour stimuler la motricité. [16]

f- Le soutien psychologique

Il est essentiel en cas de paralysie faciale sévère et de retentissement sur la qualité de vie.

Les techniques de massage et de kinésithérapie faciale contribuent à la prise en charge psychologique

g- Traitement a la phase chronique (des complications) :

Il peut être proposé au patient une solution chirurgicale. De nombreuses techniques sont possibles :

- Des techniques de réinnervation de la face : à l'aide d'anastomoses (principalement entre le nerf facial VII et le nerf hypoglosse XII), de sutures ou de greffes nerveuses.
- Des reconstructions dynamiques : transposition du muscle temporal et du muscle gracile pour reconstruire le sourire .
- Des techniques statiques pour symétriser le visage au repos : lifting, toxine botulique ou encore traction par le fil . [16]

Une collaboration multidisciplinaire devrait pouvoir remédier aux principales difficultés rencontrées par le patient, en alliant de manière adaptée une prise en charge ophtalmologique, une kinésithérapie, des injections de toxine botulique et des interventions chirurgicales ciblées.

PARTIE PRATIQUE

I. Méthodologie

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du Centre Hospitalier Universitaire Dr Tidjani DAMERGI.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétro et prospective.

3. Période d'étude :

Elle s'est étendue sur une période de 31 mois allant du 1er janvier 2020 au 31 juillet 2022.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur des patients se présentant en consultation ORL pour une paralysie faciale.

5. Echantillonnage :

L'étude a porté sur 21 patients colligés au cours des séances de consultation ou reçus dans le cadre des urgences par les services de garde.

Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet.

5.1. Les critères d'inclusion :

Ont été inclus les patients présentant une paralysie faciale périphérique idiopathique.

5.2. Les critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- Les cas de paralysie faciale centrale ;
- Les cas de paralysie faciale secondaire à d'autres pathologies.

6. La technique de collecte de données :

Un examen ORL complet de contrôle a été effectué avec insistance sur les patients ayant présenté une paralysie faciale périphérique dans la période d'étude citée.

7. Les variables étudiés :

- Données socio-épidémiologiques (âge, sexe,
- Données cliniques (motif de consultation, mode d'installation, antécédents, signes associés) ;
- Les données thérapeutiques ;
- Mode évolutif.

8. Informatisation des données :

Les données ont été saisies, analysées et traitées par le logiciel EXCEL 2013 contenant un masque de saisie établi à partir de la fiche d'enquête (chapitre suivant)

9. Aspects éthiques :

Le consentement éclairé des patients a été obtenu pour participer à l'étude.

II. Fiches cliniques des patients

Patient n° 1

- Nom et prénom : BELKHITER Saadia
- Age :26 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 20/01/2020
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à ce jour marqué par une asymétrie du visage d'installation progressive et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : hyperacousie douloureuse.
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés .
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme a frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - ♣ Sortie le 27/01//2020
- Rendez-vous de contrôle : le 06/02/2020 après une période de 10 jours de sa sortie (18 jours après le début de traitement) sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien, disparition du signe de Charle Bell et ainsi que le signe de Souque présent à sa sortie.
- Dernière évaluation :,le 06/06/2022 récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
- Conclusion :

Il s'agit de la patiente BELKHITER Saadia, âgée de 26 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique franche à frigore , guérie après une période de 18 jours sous traitement médical et sans rééducation fonctionnelle

Patient n° 2

- Nom et prénom : BELABDELLI Youcef
 - Age : 56 ans
 - Antécédents : diabète type 2 sans traitement .
 - Date de la première consultation : 19/08/2020
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à 02 jours marqué par une asymétrie du visage et une innoclusion palpébrale gauche
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme a frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite.
 - ♣ Sortie le 27/08/2020
 - Rendez-vous de contrôle : le 06/09/2020 après une période de 10 jours de sa sortie (19 jours après le début de traitement) après 05 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Charle Bell et remplacé pas le signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient BELABDELLI Youcef, âgé de 56 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après 08 jours de traitement médical en milieu hospitalier et 05 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 3

- Nom et prénom : BENAZZA Youcef
 - Age : 33 ans
 - Antécédents : aucun
 - Date de la première consultation : 08/10/2020
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à 02 jours marqué par une asymétrie du visage et une innoclusion palpébrale gauche
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme a frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 15/10/2020
 - Rendez-vous de contrôle : le 25/10/2020 après une période de 10 jours de sa sortie (18 jours après le début de traitement) après 05 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Charle Bell et remplacé pas le signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient BENAZZA Youcef, âgé de 33 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après 08 jours de traitement médical en milieu hospitalier et 05 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 4

- Nom et prénom : BOUTERFAS Sidi Mohammed
- Age : 47 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 30/10/2020
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 05/11/2020

- Rendez-vous de contrôle : le 15/11/2020 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .

- Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.

- Conclusion :

Il s'agit du patient BOUTERFAS Sidi Mohammed, âgé de 47 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après 06 jours de traitement médical en milieu hospitalier et 10 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 5

- Nom et prénom : ALI Mounir
 - Age : 19 ans
 - Antécédents : aucun
 - Date de la première consultation : 04/10/2020
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - ♣ Sortie le 15/10/2020
 - Rendez-vous de contrôle : le 25/10/2020 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le pli nasogénien, persistance du signe de Souque.
 - Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient ALI Mounir, âgé de 19 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après 20 jours de traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 6

- Nom et prénom : BELKHITER Ines
 - Age : 15 ans
 - Antécédents : aucun
 - Date de la première consultation : 05/10/2020
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innoclusion palpébrale droite
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 07/10/2020 du service ORL et hospitalisation au service de pédiatrie pour l'exploration d'une fièvre et d'une éruption scarlatiniforme au niveau du tronc.
 - Rendez-vous de contrôle : le 02/11/2020 après une période de 25 jours de sa sortie du service sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien, disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit de la patiente BELKHITER Ines, âgé de 15 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 7

- Nom et prénom : BOUDALIA Anwar
- Age : 74 ans
- Antécédents : HTA sous traitement, diabète type 2 .
- Date de la première consultation : 08/02/2021
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique fruste droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 02 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - ♣ Sortie le 11/02/2021 (très bonne évolution)
- Rendez-vous de contrôle : le 21/02/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (14 jours après le début de traitement) sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 13/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
- Conclusion :

Il s'agit du patient BOUDALIA Anwar, âgé de 74 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique fruste à frigore guérie sous traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n°8

- Nom et prénom : TACHMA Hadjer
- Age : 29 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 04/03/2021
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à ce jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

Conduite à tenir :

- ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 11/03/2021
-
- Rendez-vous de contrôle : le 21/03/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (18 jours après le début de traitement) après 08 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
-
- Dernière évaluation : le 13/06/2022, récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
-
- Conclusion :

Il s'agit du patient TACHMA Hadjer, âgé de 29 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 0 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 9

- Nom et prénom : DAHAM Lina
- Age : 08 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 26/04/2021
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 04 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

Conduite à tenir :

- ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - ♣ Sortie le 02/05/2021
-
- Rendez-vous de contrôle : le 09/05/2021 après une période de 08 jours de sa sortie (13 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 13/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient DAHAM Lina, âgé de 08 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après 06 jours de traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 10

- Nom et prénom : BENAMMAR Mustapha
- Age : 40 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 08/05/2021
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 16/05/2021
- Rendez-vous de contrôle : le 24/05/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 13/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
- Conclusion :

Il s'agit du patient BENAMMAR Mustapha, âgé de 40 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 10 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 11

- Nom et prénom : CHELIHI Ammar
- Age : 36 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 13/10/2021
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

Conduite à tenir :

- ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - ♣ Sortie le 19/10/2021
-
- Rendez-vous de contrôle : le 28/10/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
-
- Dernière évaluation : le 30/03/2022 , récupération totale de la paralysie faciale avec séquelles type syncinésies.
-
- Conclusion :

Il s'agit du patient CHELIHI Amar, âgé de 36 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 20 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 12

- Nom et prénom : BOUKHARI Mohammed
- Age : 40 ans
- Antécédents : dépression sous traitement .
- Date de la première consultation : 23/11/2021
- Motif de consultation : orientation de l'EPH de de Meghnia pour une asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage d'installation progressive et une innoclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : sécheresse oculaire .
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement médical en ambulatoire
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone (solupred cp 20mg) posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite , 15 séances.
 - ♣ Sortie le 19/10/2021
- Rendez-vous de contrôle : le 28/10/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 13/04/2022 , récupération totale de la paralysie faciale avec séquelles type syndrome de larme de crocodile.
- Conclusion :

Il s'agit du patient BOUKHARI Mohammed, âgé de 40 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 20 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 13

- Nom et prénom : KHEBLI Fouzia
- Age : 46 ans
- Antécédents : aucun.
- Date de la première consultation : 03/01/2022
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun.
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

Conduite à tenir :

- ♣ Hospitalisation
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone (solupred cp 20mg) posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite , 05 séances.
 - ♣ Sortie le 07/01/2022
-
- Rendez-vous de contrôle : le 17/10/2021 après une période de 10 jours de sa sortie (1 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 13/04/2022, récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit de la patient KHEBLI Fouzia, âgé de 46 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 05 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 14

- Nom et prénom : BOUMEDIEN Kheira
- Age : 64 ans
- Antécédents : HTA (sous traitement), diabète inaugural.
- Date de la première consultation : 23/01/2022
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 03 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil droite ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien effacé
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,

Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore

Conduite à tenir :

- ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vastarel (vaso-dilatateur), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Ajustement des doses de traitement antihypertenseur
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - ♣ Sortie le 05/02/2022
- Rendez-vous de contrôle : le 15/02/2022 après une période de 10 jours de sa sortie (30 jours après le début de traitement) sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération partielle de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Charle Bell et remplacé par le signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 30 mars 2022, récupération partielle de la paralysie faciale, persistance de signe de Souque.
 - Conclusion :

Il s'agit de la patiente BOUMEDIEN Kheira, âgée de 64 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique récupérant partiellement après un traitement médical en milieu hospitalier sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 15

- Nom et prénom : CHERRIEF Yamina
 - Age : 33 ans
 - Antécédents : aucun.
 - Date de la première consultation : 25/01/2022
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale gauche.
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun.
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone (solupred cp 20mg) posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite, 10 séances.
 - ♣ Sortie le 02/02/2022
 - Rendez-vous de contrôle : le 12/02/2022 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 13/04/2022 , récupération totale de la paralysie faciale.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient CHERRIEF Yamina, âgé de 33 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 10 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 16

- Nom et prénom : GHITRI Houria
- Age : 68 ans
- Antécédents : HTA (sous traitement).
- Date de la première consultation : 19 /05/2022
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 04 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien effacé
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Hospitalisation.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite .
 - ♣ Sortie le 29/05/2022
- Rendez-vous de contrôle : le 05/06/2022 après une période de 10 jours de sa sortie (16 jours après le début de traitement) sans rééducation fonctionnelle , on note une récupération totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Charle Bell et remplacé et celui de Souque .
- Dernière évaluation : le 23/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale.
- Conclusion :

Il s'agit de la patiente GHITRI Nawel, âgée de 68 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 17

- Nom et prénom : ABDELLAOUI Nawel
- Age : 40ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 10 /05/2022 J2 post césarienne
- Motif de consultation : asymétrie du visage apparue 05jours avant la consultation, car patiente hospitalisée dans le service de gynécologie pour la PEC d'une grossesse gémellaire.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 07 jours marqué par une asymétrie du visage et une innoclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement en ambulatoire
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
- Rendez-vous de contrôle : le 22/05/2022 (12 jours après le début de traitement) avec rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 06/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale.
- Conclusion :

Il s'agit de la patiente ABDELLAOUI Nawel, âgée de 40 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 04 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 18

- Nom et prénom : AISSI Fatema
 - Age : 55 ans
 - Antécédents : HTA sous traitement, diabète sous ADO.
 - Date de la première consultation : 21/05/2022
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à 02 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement médical en ambulatoire.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
 - Rendez-vous de contrôle : le 30/05/2021 après une période de 10 jours après le début de traitement, sans séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 13/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit de la patiente AISSI Fatema, âgé de 55 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 19

- Nom et prénom : DERHEB Douha
- Age : 28 ans
- Antécédents : HTA gravidique
- Date de la première consultation : 10 /05/2022 J4 post partum.
- Motif de consultation : asymétrie du visage apparue 06 jours avant la consultation, car patiente hospitalisée dans le service de gynécologie pour la PEC d'une HTA gravidique.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique droite.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 07 jours marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale droite
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement en ambulatoire
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
- Rendez-vous de contrôle : le 22/05/2022 (13 jours après le début de traitement) avec rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 23/06/2022 , récupération totale de la paralysie faciale.
- Conclusion :

Il s'agit de la patiente DERHEB Douha, âgée de 28 ans qui présentait une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier sans rééducation fonctionnelle.

Patient n° 20

- Nom et prénom : CHEBIKA AYAD AOUEL Moncef
 - Age : 29 ans
 - Antécédents : aucun
 - Date de la première consultation : 09/06/2022
 - Motif de consultation : asymétrie du visage.
 - Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
 - Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
 - Interrogatoire : le début de trouble remonte à un jour marqué par une asymétrie du visage et une innocclusion palpébrale gauche
 - Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,
- Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement médical en ambulatoire.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et faite
 - Rendez-vous de contrôle : le 26/06/2022 après une période de 15 jours après le début de traitement, après 10 séances de rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
 - Dernière évaluation : le 12/07/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
 - Conclusion :

Il s'agit du patient CHEBIKA AYAD AOUEL Moncef, âgé de 29 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en milieu hospitalier et 04 séances de rééducation fonctionnelle.

Patient n° 21

- Nom et prénom : BENMOUSSAT Hassane
- Age : 22 ans
- Antécédents : aucun
- Date de la première consultation : 12/07//2022
- Motif de consultation : asymétrie du visage.
- Avis neurologie : fait, excluant une paralysie faciale centrale.
- Diagnostic : Paralysie faciale périphérique gauche.
- Interrogatoire : le début de trouble remonte à 05 jours marqué par une asymétrie du visage et une innoclusion palpébrale gauche
- Premier examen clinique :
 - ♣ Prodromes : aucun
 - ♣ Examen de la zone d'appel (le visage) : rides frontales effacées, œil gauche ouvert et larmoyant avec une paupière inférieure pendante, bouche déformée et tendu du côté sain, commissure labiale est tombante et sillon nasogénien.
 - ♣ Otoscopie : normale des deux cotés
 - ♣ Autres : pas d'éruption cutanée, pas de notion de traumatisme,Devant cet examen clinique négatif la paralysie faciale a été considérée comme à frigore
- Conduite à tenir :
 - ♣ Traitement médical en ambulatoire.
 - ♣ Corticothérapie : Prednisone ou Prednisolone posologie 120mg par jour avec dégression chaque 3 jours, pendant 10 jours.
 - ♣ Antiviral : Aciclovir .
 - ♣ Traitement adjuvant : vaso-dilatateur (vastarel), vitaminothérapie (neurovit), pansement gastrique (Proton)
 - ♣ Prise en charge ophtalmologie : pansement oculaire et gouttes ophtalmiques à la base de la vitamine A
 - ♣ Rééducation : demandée et non faite
- Rendez-vous de contrôle : le 21/07/2022 après une période de 15 jours après le début de traitement, sans rééducation fonctionnelle, on note une récupération presque totale de la symétrie faciale ainsi que les rides frontaux et le plis nasogénien , disparition du signe de Souque .
- Dernière évaluation : le 31/07/2022 , récupération totale de la paralysie faciale sans séquelles.
- Conclusion :

Il s'agit du patient BENMOUSSAT Hassane, âgé de 22 ans qui présentais une paralysie faciale périphérique à frigore guérie après traitement médical en ambulatoire sans rééducation fonctionnelle.

III. Résultats

L'analyse des 21 dossiers nous a permis d'avoir les résultats suivants :

1. Données sociodémographiques :

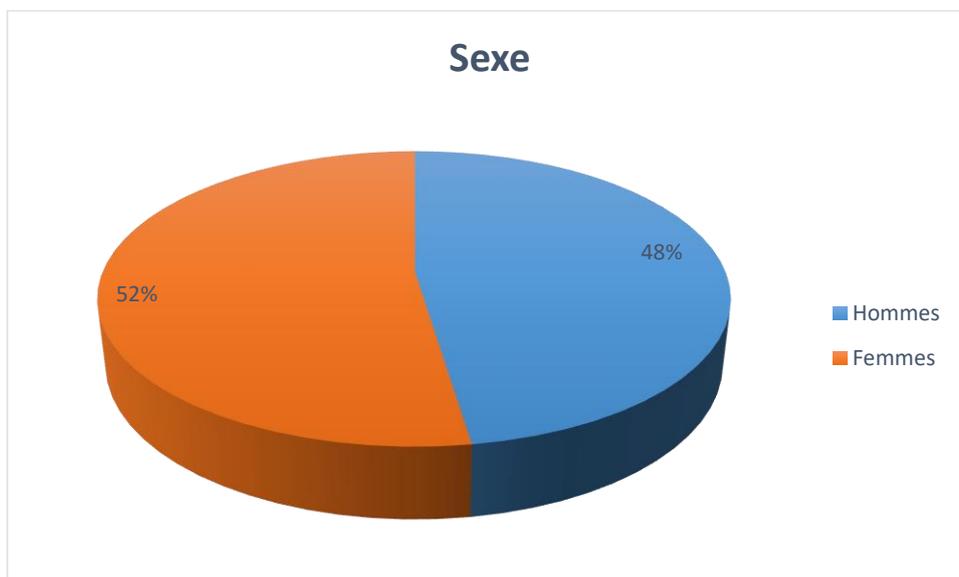


Figure 1 : répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec un pourcentage de 52%.

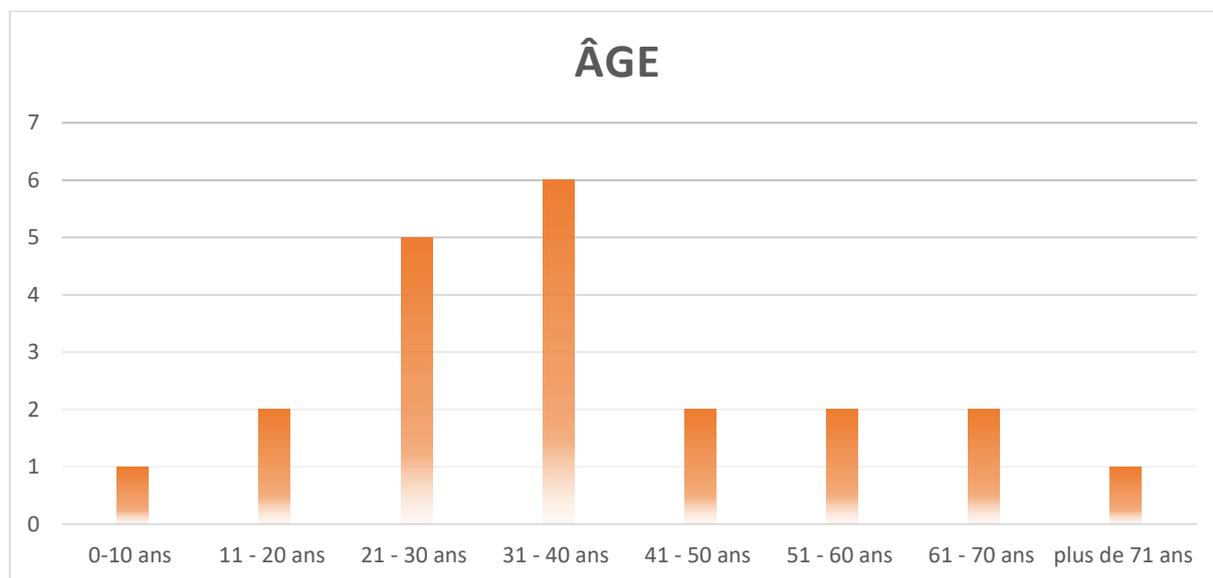


Figure 2 : répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge [31-40] ans a été la plus représentée avec un pourcentage de 28.5 % avec des extrêmes d'âge de 8 ans et 74 ans.

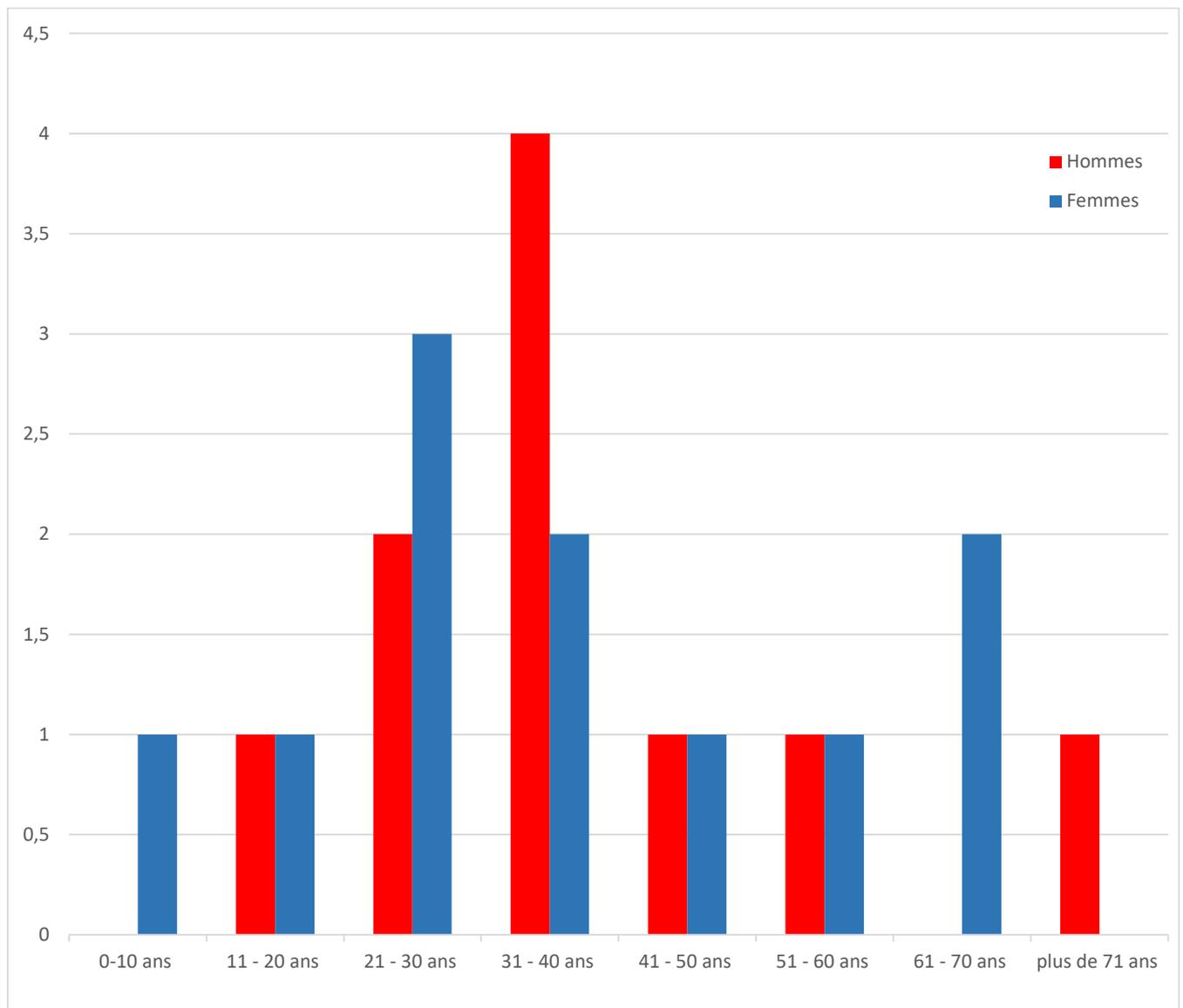


Figure 3 : répartition de l'âge en fonction du sexe

Le sexe masculin était le plus représenté dans la tranche d'âge [31-40] par 4 cas sur 6 soit un pourcentage de 66,6% .

2. Donnés cliniques :

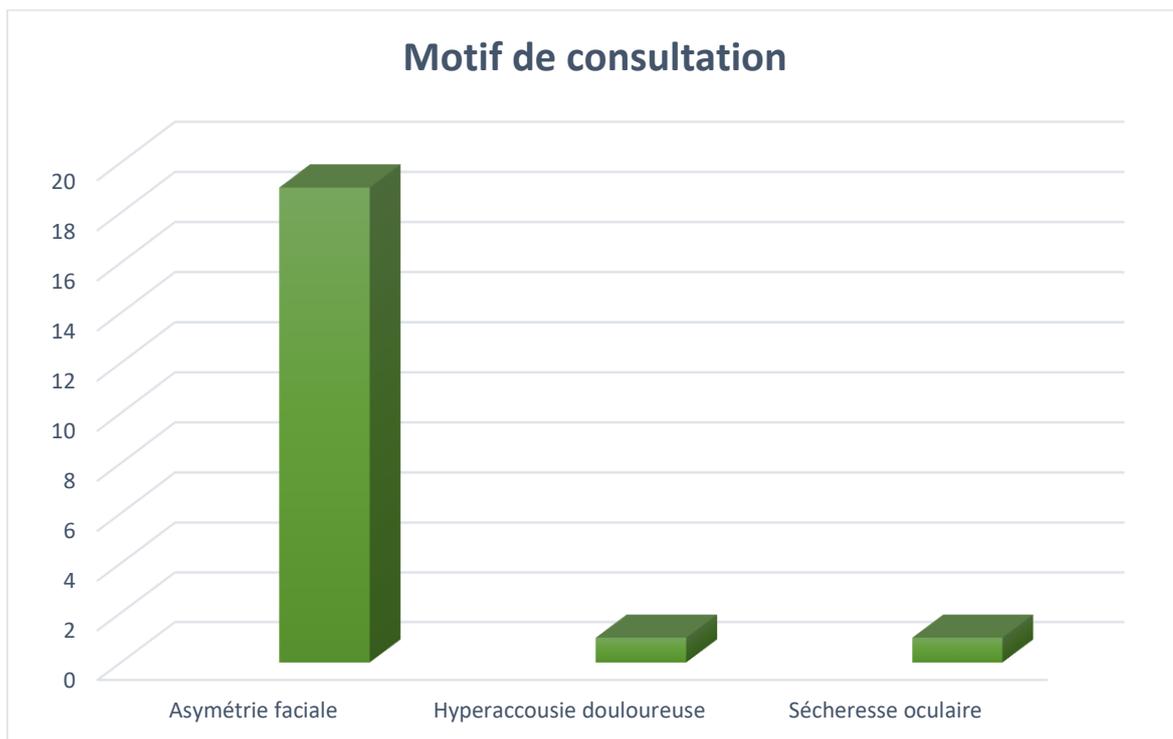


Figure 4 : Répartition selon le motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent est l'asymétrie faciale.

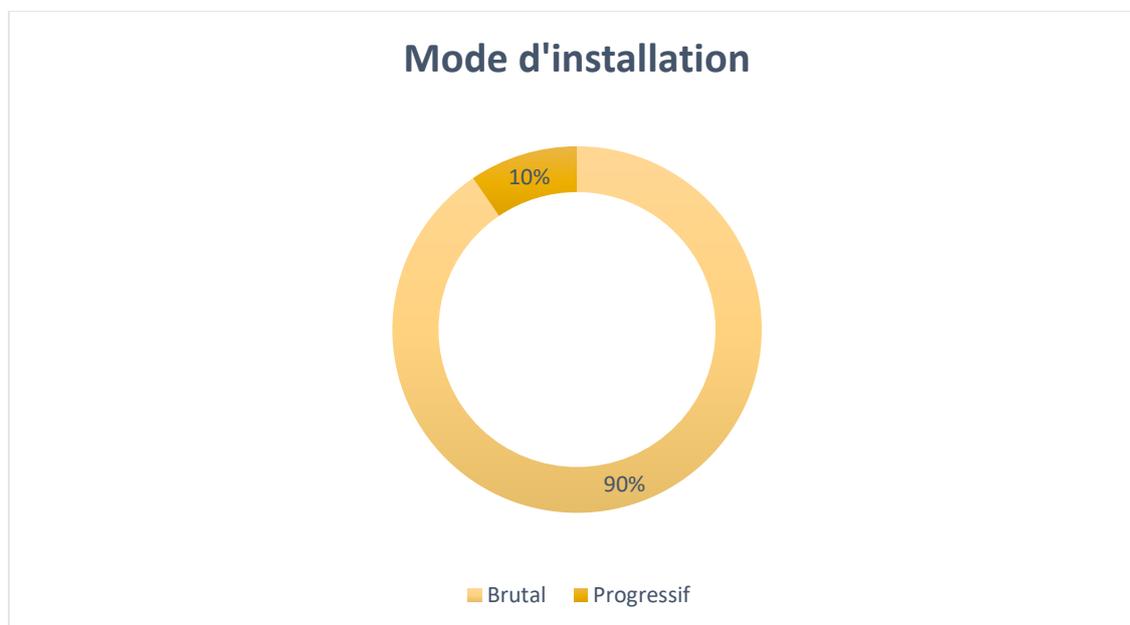


Figure 5 : Répartition selon le mode d'installation.

Le mode d'installation le plus représenté est le mode brutal avec un pourcentage de 90%

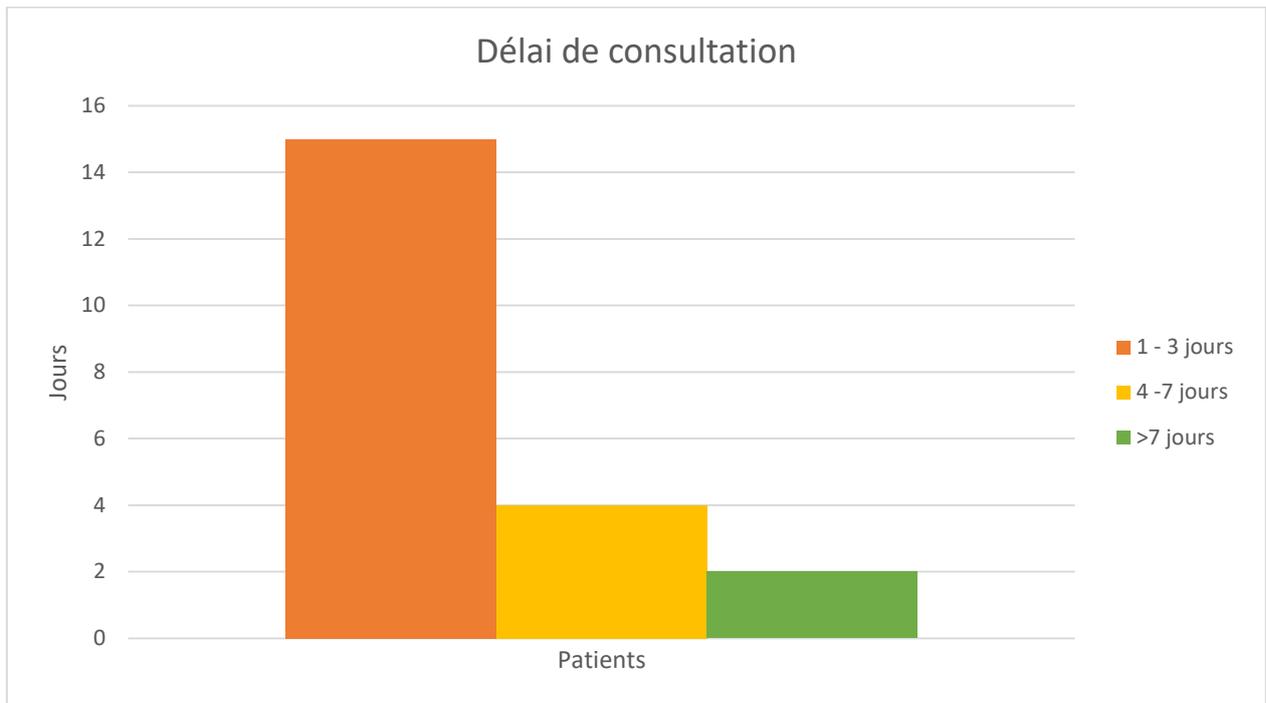


Figure 6 : répartition selon le délai de consultation

La plupart de nos patients ont consulté dans un délai de 7 jours .

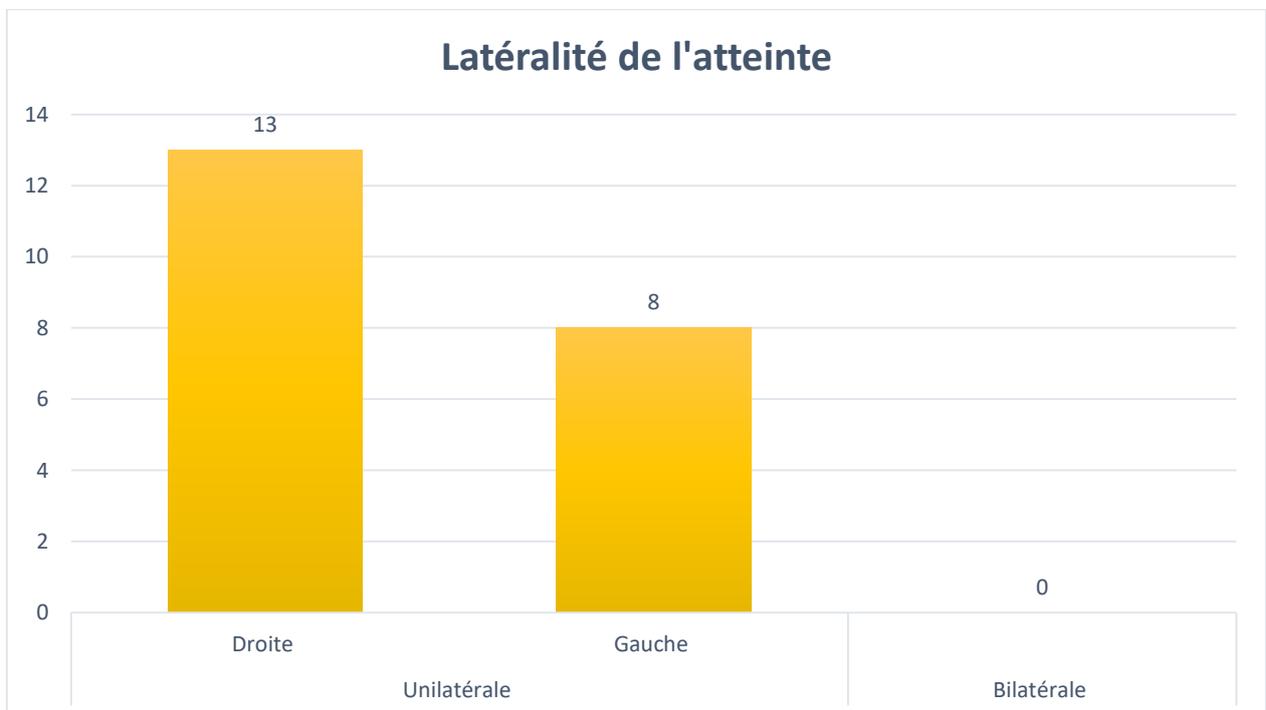


Figure 7 : répartition selon la latéralité de l'atteinte .

L'atteinte était unilatérale dans 100% des cas dont 61,91% à droite et 38,09% à gauche.

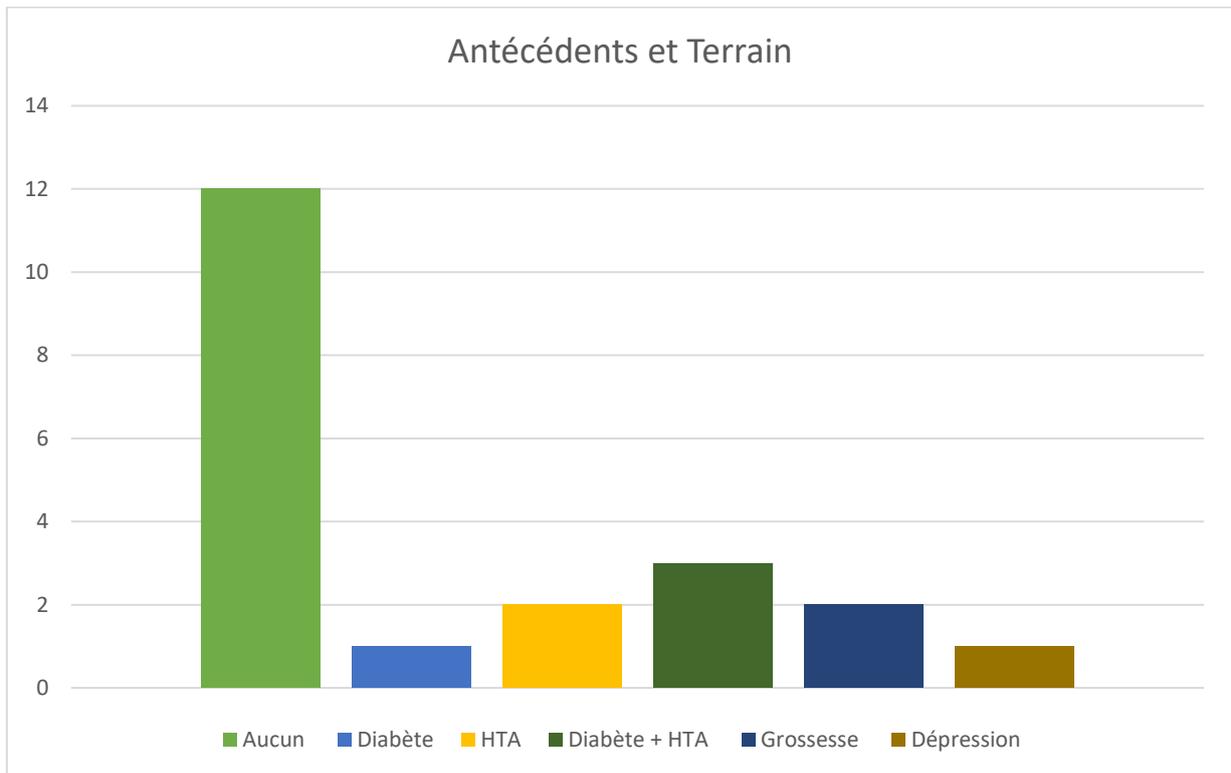


Figure 8 : répartition selon les antécédents et le terrain.

Les patients sans terrain particulier étaient les plus représentés avec un pourcentage de 57,14%

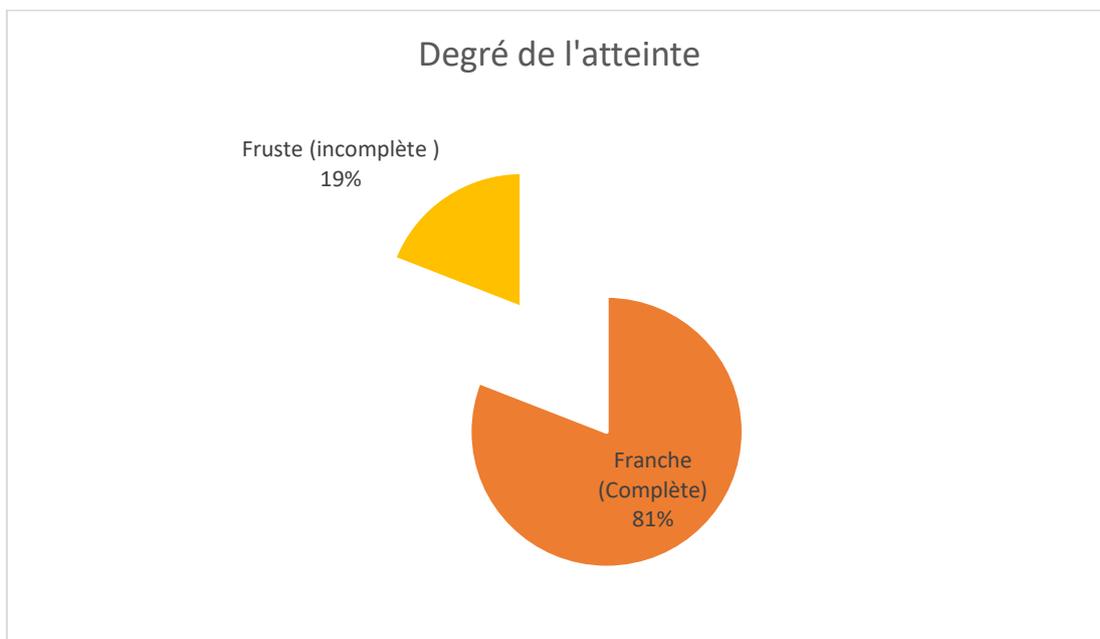


Figure 9 : répartition des patients selon le degré de l'atteinte.

La paralysie faciale complète était la plus représentée avec un pourcentage de 81%.

3. Données thérapeutiques :

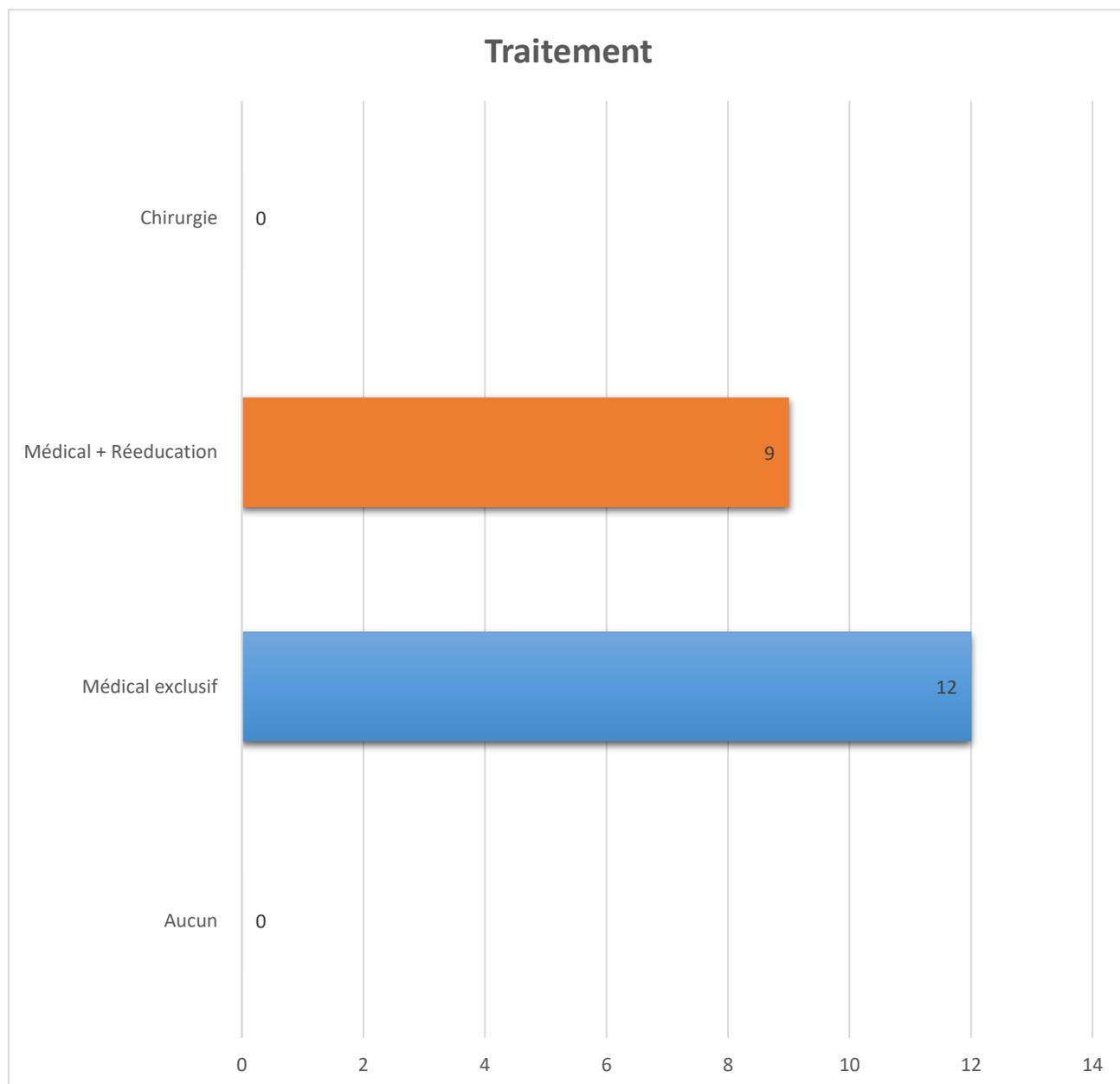


Figure 10 : répartition des patients selon le traitement pris .

Les patients ayant reçu un traitement médical exclusif ont été les plus représentés avec un taux de 57,14%

4. Mode évolutif :

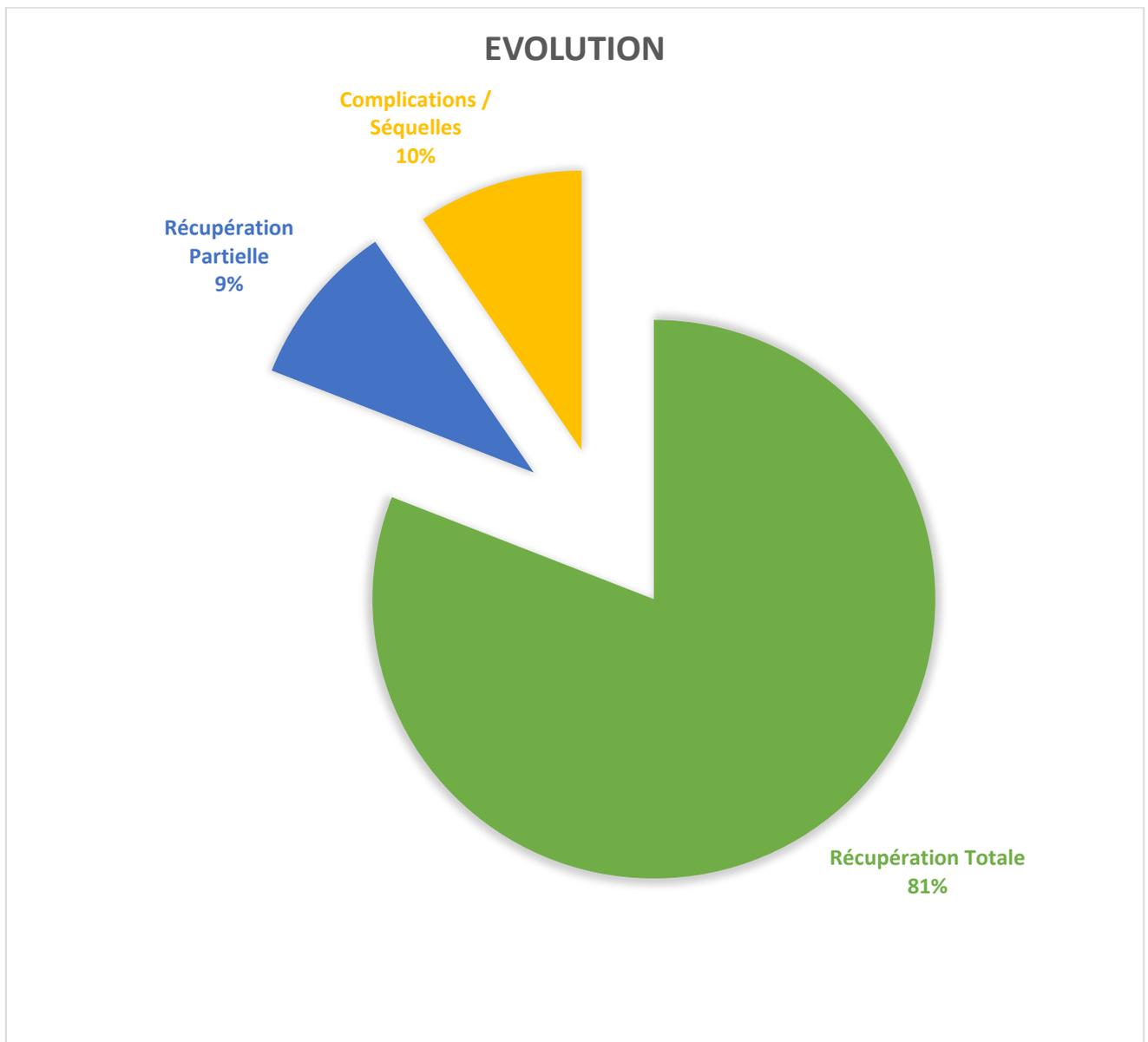


Figure 11 : répartition selon l'évolution de la lésion.

La récupération a été totale dans 81% des cas.

IV. Discussion

Nous allons comparer et discuter nos résultats par rapport à ceux de la littérature.

1. Fréquence :

Durant la période d'étude, le service ORL du CHU Tlemcen a reçu plusieurs patients en consultation externe, dont 21 patients présentaient une paralysie faciale périphérique idiopathique.

Ce taux de PF est certainement bien sous-estimé car la majorité des patients n'ont pas bénéficié d'hospitalisation (dossier de suivi détaillé) du fait de l'étroitesse du service et le fait qu'il prend en charge plusieurs pathologies médicales et chirurgicales.

2. Données sociodémographiques :

a. Âge :

La tranche d'âge [31-40] ans a été la plus représentée dans 28,5% des cas avec une moyenne d'âge de 33 ans (extrêmes 8 ans et 74 ans).

Nos résultats sont comparables à ceux rapportés par Saheb A. et Coll. [17], EL Harrad [18] qui ont trouvé respectivement une moyenne d'âge de 30 ans et 32,82 ans.

b. Sexe :

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 52%. Nos résultats concordent avec ceux de Saheb A. [17] et Coll et EL Harrad B [18] qui ont trouvé respectivement 53,84% et 52,9%.

Le sexe masculin a été le plus retrouvé dans la tranche d'âge [31-40] ans.

3. Données cliniques :

❖ Motif de consultation :

La majorité des patients ont consulté pour asymétrie faciale soit 90,47%. Ce même motif a été retrouvé par Saheb A. et Coll. [17] qui ont rapporté 86,5% et Odje O J. [19] qui a rapporté 100%. Cela est dû au fait qu'une asymétrie faciale est avant tout disgracieuse et fortement gênante.

❖ Délai de consultation :

Le délai médian a été de 7 jours (extrêmes de quelques heures à 9 jours)

La plupart de nos patients ont consulté dans les 7 jours soit 90,47%. Le délai de consultation est proportionnel à l'angoisse du patient qui, devant le tableau spectaculaire et dommageable de la paralysie faciale consulte toujours en urgence, mais avant le spécialiste, c'est d'abord le généraliste qui voit en premier le patient.

Saheb A. et Coll. [17] retrouvent une moyenne de 7 jours (extrême quelques heures à 01 mois).

Catteau A. [5] retrouve un délai médian de 01 jour (extrême 01 à 15 jours). Cet état de fait est à discuter selon le niveau d'éducation sanitaire des populations et de l'accessibilité des structures de santé.

❖ **Mode d'installation :**

Le mode brutal a été retrouvé dans 90% des cas, cependant le mode progressif doit faire craindre un retard de consultation et donc de prise en charge.

Cette installation brutale est proche de celle qui a été retrouvée par Catteau A. [5] et Saheb A. et Coll [17] qui retrouvent respectivement 77% et 86,5%.

Dans la littérature ce mode est fréquemment évoqué [1, 2, 3, 6,7, 9,13].

❖ **Antécédents et terrain :**

Nous avons constaté que 57,14 % de nos patients étaient sans antécédents particuliers notables.

D'autre part 4,76% des patients étaient diabétiques et 9,52% étaient hypertendus. Saheb A. et Coll[17] et Catteau A.[5] retrouvent respectivement 2,88% et 9,52% de diabétiques, Kuntzer Th. [20] retrouvent 2,77% d'hypertendus ;

Nous avons noté 2 cas de grossesse soit 9,52%. Saheb A. [17] a rapporté 12 cas en 16 ans.

❖ **Latéralité et Côté atteint :**

L'atteinte était unilatérale dans 100% des cas, dont 61,90% à droite. Ces résultats sont similaires à ceux de Catteau A. [5] qui retrouve une atteinte unilatérale dans 95,24% et dont 61,9% à droite. L'atteinte unilatérale est l'une des caractéristiques des paralysies faciales périphériques sans préjuger du côté [5].

❖ **Degré d'atteinte :**

La paralysie complète a été retrouvée dans 81%.

Cette atteinte complète est également évoquée dans la littérature [1, 2, 3].

❖ **Traitement suivi :**

L'attitude thérapeutique adoptée fut l'administration d'un traitement médical dans 100% des cas à base de Corticoïdes, de Vitamines B, de vasodilatateurs et d'antiviraux.

Les soins oculaires ont été associés dans 100% des cas et la kinésithérapie faciale a été associée dans 42,85%. Catteau A. [5] propose une Corticothérapie dans 71,43%, des soins oculaires dans 60,71% et la kinésithérapie dans 52, 38%.

Un traitement chirurgical n'a été adopté et il est réservé aux paralysies ne répondant pas au traitement médical et kinésithérapie bien conduite.

Catteau A. [5] rapporte 9,52% de traitement chirurgical.

❖ **Evolution :**

La surveillance de l'évolution d'une paralysie faciale est basée sur la clinique et les tests électro-physiologiques répétitifs ; mais dans notre série, elle a été exclusivement clinique portant sur les éléments de la classification fonctionnelle des paralysies faciales périphériques à frigore.

La récupération a été totale dans 17 cas sur 21, soit 81%. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par Saheb A. et Coll. [17], EL Harrad B. [18], Catteau A. [5] qui sont respectivement 61,53% ; 76,4% et 77,1%.

Mais les meilleures chances de récupération ont été notées chez 15 patients ayant consulté dans les 72 premières heures soit 71.42% mais sans différence significative.

Enfin, nous avons noté 2 patients dont la récupération était partielle et 2 autres qui gardaient des séquelles soit un pourcentage de 19%.

CONCLUSION

L'étude a porté sur 21 cas de paralysie faciale périphérique à frigore, de Janvier 2020 à Juillet 2022 dans le service ORL CHU Dr Tidjani Damerdji.

La paralysie faciale périphérique est une pathologie relativement fréquente qui interpelle aussi bien le généraliste que le spécialiste ORL, l'Ophthalmologiste, le Neurologue et le Pédiatre. Elle a un retentissement important sur la qualité de vie des patients du fait de la disgrâce esthétique majeure aux conséquences psychoaffectives considérables.

La présente recherche nous a permis d'étudier les différentes hypothèses physiopathologiques de la paralysie faciale périphérique de Bell ainsi que les principaux facteurs de risques probables et de voir ses différents aspects cliniques et paracliniques mais il faut rappeler qu'un tel diagnostic est un diagnostic d'élimination difficile nécessitant un minimum d'explorations paracliniques qui ne sont pas toujours réalisables localement et accessibles financièrement. Les investigations sont d'autant plus approfondies que le tableau s'éloigne des formes idiopathiques habituelles comme les atteintes progressives et les paralysies survenant sur terrain particulier (Diabète, HTA, Grossesse).

A l'exclusion des formes chirurgicales, le traitement médical associé à une rééducation fonctionnelle est dans la majorité des cas efficace, exige un diagnostic précoce.

L'évolution est souvent favorable, avec complications et séquelles rares .

Enfin, s'il est admis que la guérison est fréquente en cas de paralysie faciale périphérique de Bell, certains vont garder des stigmates plus ou moins dommageables.

RECOMMENDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons des recommandations suivantes :

❖ **Aux autorités**

- Renforcer la formation des Spécialistes en ORL notamment en Oto-neurochirurgie,
- Créer une unité d'électrophysiologie en ORL,
- Améliorer le plateau technique par l'apport de l'IRM, du matériel de monitoring du nerf facial,
- Promouvoir la réalisation des sérologies VZV et HSV,

❖ **Au personnel médical**

- Assurer le diagnostic et la prise en charge précoces des cas de paralysie faciale périphérique de Bell,
- Assurer une psychothérapie de soutien aux malades atteints de paralysie faciale périphérique, essentiellement ceux présentant des complications,
- Améliorer la référence vers les structures spécialisées ORL.

❖ **A la population**

- Consulter précocement un médecin devant toute asymétrie du visage,
- Suivre le traitement médical et les séances de rééducation recommandées par les spécialistes ORL.
- Intégrer dans la société (intégration socio-professionnelle) les personnes ayant des séquelles de paralysie faciale périphérique.

RÉFÉRENCES

[1] DARROUZET V et FRANCO VIDAL V.

Paralysies faciales. In : BRASMU D, AYACHE D et al. Traité d'ORL. Médecine-sciences Flammarion, 2008 :165-171p.

[2] DARROUZET V, HOULIAT T et coll.

Paralysies faciales.

Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Oto-rhino-laryngologie.20-260-A-10 :2002 .

[3] BELKAHIA A et KHEDIM A E.

Paralysie faciale périphérique.

In: TRAN BA HUY P. ORL. Paris: Editions Ellipses. 1996: 226-238p.

[4] BONFILS Pet CHEVALLIER J M.

Anatomie ORL. Médecine-Sciences-Flammarion.2001 : 352-384p.

[5]CAUTEAU A.

Paralysie faciale périphérique : une étude rétrospective des services de Neurologie et d'ORL du CHU de Dijon. Thèse Méd Dijon, 2008. N°38. 96p

[6] BRAMI E, KONTER M, RONCO P.

Oto-rhino-laryngologie.

DCEM Internat. Paris, 22è Edition; 154-160p.

[7] ALBERT S, BOZEC H.

ORL et chirurgie cervico-faciale.

Paris : Editions Ellipses.2002 : 284-296p.

[8] CHARACHON R.

Paralysies faciales périphériques.

In : PORTMANN M. Précis d'oto-rhino-laryngologie. Paris : Edition Masson, 1982 :160-169p.

[9] DUBREUIL C et CERUSE P.

Guide pratique d'ORL.

Edition Masson. Paris. 2004 : 107-110p.

[10] LEGENT F, FLEURY P, NARCY P et BEAUVILLAIN C.

ORL Pathologie cervico-faciale. 5è édition Masson. Paris .1999 : 153-158p.

- [11] NGUYEN P, NGUYEN J, SUBEY G et LAMORTE J R.
Paralysie faciale a Frigore et Acupuncture. Revue des études. Gera/juin 1990 :7p.
- [12] AYACHE D et BONFILS P.
ORL .Collection Med-Line, 2002-2003: 59-67p.
- [13] DUBREUIL C, HAGUENAUER JP, MORGON A.
ORL pour le praticien. Paris: SIMEP, 1987:106-110p.
- [14] D'après Van Landingham et al
- [15] Mehdizadeh OB, Diels J, White WM. Botulinum Toxin in the Treatment of Facial Paralysis. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. févr 2016;24
- [16] SHAFSHAK .T.S.
The treatment of facial palsy from the point of view of physical and rehabilitation medicine
Europa medico physical, 2006, vol. 42 n°1
- [17] SAHEB A, OUABA K , KABORE J, KABRE M, DAO M, OUEDRAGO
Les paralysies faciales périphériques : Approches diagnostiques et thérapeutiques à propos de 104 cas.
Médecine d'Afrique Noire : 1995,42(6) :326-331.
- [18] EL HARRAD B.
La paralysie faciale périphérique (à propos de 17 cas avec revue de la littérature).
Thèse Med. Casablanca, 2004.
- [19] ODJE O J.
Paralysie faciale périphérique : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, à propos de 40 cas colligés dans les services d'ORL et de rééducation fonctionnelle au CHU de Yopougon.
Thèse Med. Abidjan, 2001.
