



Item99-Paralysie faciale.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux: > neuro: Polycopié national (neurologie) Paralysie faciale > ORL: Paralysie faciale périphérique	- Territoire sup. (bilat) ≠ inf (unilatéral) - Vasc / inf / infl / tumeur / trauma / D. - Souques / Charles Bell (PFP) - Hyperacousie / agueusie / ↓ sécrétion - Schirmer / R. stapédien / gustométrie - AUCUN examen si PFP idiopathique - Kératite / hémispasme / favorable ++ - Prednisone 1mg/kg/j 10 à 15J < 72h - Traitement étiologique si PF périphérique II	- PFP a frigore = élimination - Examen neuro / ophtalmo - PF centrale = IRM en urgence - Protection oculaire (4) - Rééducation (kiné/ortho) - Consultation de contrôle

Généralités

Définition: paralysie faciale (PF)

- Déficit moteur complet ou partiel secondaire à une atteinte du nerf facial (VII)

Trajet du VII

- **Partie intra-crânienne**
 - paquet acoustico-facial (VII+VIIbis+VIII) dans fosse postérieure
 - → sortie par méat acoustique interne
- **Partie intra-pétreuse**
 - 3 portions: labyrinthique / tympanique / mastoïdienne
 - → sortie par foramen stylo-mastoïdien
- **Partie parotidienne**
 - Branche temporo-faciale → rameaux temporal / zygomatique / buccal supérieur
 - Branche cervico-faciale → rameaux mandibulaire / mentonnier / buccal inférieur

Fonctions du VII

- **Motrice +++**
 - Occlusion palpébrale (réflexe cornéen) / muscles de l'étrier (réflexe stapédien)
 - Muscles de la face: territoires supérieur (temporo) et inférieur (cervico-facial)
- **Sensitive**
 - Zone de Ramsay-Hunt = lobule + anthélix + tragus
 - !! NPC: l'innervation sensitive de la face est assurée par le trijumeau (cf [Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face.](#))
- **Sécrétoire**
 - Glandes lacrymales + salivaires (submandibulaires / sublinguales / parotide)

Différencier PF périphérique et PF centrale +++

- **Physiopathologie**
 - Faisceau cortico-nucléaire entre cortex moteur (rolandique) et noyau (pont)
 - Décussation dans tronc cérébral sauf pour certains muscles supérieurs de la face
 - → territoire supérieur: afférences bilatérales ≠ inférieur: afférences unilatérales
- **Donc on distingue**
 - **PF périphérique:** atteinte supérieure **et** inférieure (fibres ipsi **et** controlatérales touchées)
 - **PF centrale:** atteinte inférieure seulement (fibres ipsilatérales supérieures épargnées)

- **!! Remarque**
 - La distinction PF centrale / périphérique est une notion **clinique**
 - Anatomiquement, une PF périphérique peut correspondre à:
 - une atteinte nucléaire (donc système nerveux central)
 - une atteinte tronculaire (donc système nerveux périphérique)

Etiologies

Paralysies faciales périphériques

- **PF idiopatique = a frigore**
 - De loin la cause la plus fréquente / PFP isolée
 - **!!** Mais doit rester un diagnostic d'élimination (**A savoir !**)
- **PF secondaires: étiologies (10)**
 - **infectieuses:** zona (généculé) / otite (OMA) - otite chronique cholestéatomateuse / maladie de Lyme / listériose
 - **vasculaires:** AVC ischémique du tronc cérébral → syndrome alterne (cf **Accidents vasculaires cérébraux (AVC).**)
 - **métaboliques:** **diabète** ++ (mononeuropathie vasculaire: cf **Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.**)
 - **tumorales:** schwannome du VIII / tumeur parotidienne (signe de malignité)
 - **inflammatoires:** SEP (**Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)**)
 - **traumatiques:** fracture du rocher / plaie de la face
- **Cas particuliers: étiologies de diplégie faciale (= PFP bilatérale)**
 - Diabète / Guillain-Barré / sarcoïdose / maladie de Lyme / infection VIH
 - (Myasthénie et myopathie → « allures » de diplégie mais pas des PFP vraies)

Paralysies faciales centrales

- = **atteintes cérébrales hémisphériques**
 - AVC du cortex moteur (opercule de Rolando) (cf **Accidents vasculaires cérébraux (AVC).**)
 - Autres: tumeur intra-crânienne / abcès cérébral, etc.

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** **diabète** / FdR CV / VIH / atcd infectieux / profession
 - **Prises:** médicamenteuses (AVK) / toxiques (tabac)
 - **Anamnèse:** installation (heure et mode) / notion de traumatisme / douleur associée
 - **Signes fonctionnels**
 - **caractériser la paralysie faciale:** centrale ou périphérique +++
 - **rechercher des signes associés:** signes neurologiques (**A savoir !**)
- **Examen physique**
 - **Diagnostic positif et topographique**
 - **Atteinte du territoire facial supérieur (PF périphérique)**
 - **Signe de Charles Bell++**
 - Occlusion palpébrale impossible et déviation oculaire en haut / dehors
 - **Autres signes d'atteinte périphérique**
 - Pas de dissociation AV: pas d'occlusion palpébrale réflexe à la menace
 - Réflexe cornéen diminué (!! par atteinte du VII effecteur et non du V)
 - Effacement des rides du front / impossibilité de relever le sourcil
 - Signe de Souques (PFP frustré): cils moins enfouis à l'occlusion
 - **Atteinte du territoire facial inférieur (PF périphérique + centrale)**
 - Effacement du pli naso-génien au repos
 - Comissure labiale attirée du côté sain
 - Impossible de siffler / de gonfler les joues
 - **Signes associés non moteurs (fonctions végétatives du VII: atteinte proximale)**
 - Xérophtalmie: sécrétions lacrymales diminuées (test de Shirmer)
 - Hyperacousie douloureuse (abolition du réflexe stapédien)
 - Hémiparésie des 2/3 antérieurs de la langue / xérostomie
 - → **localisation topographique +++**
 - Si lésion distale (en aval de la corde du tympan) → s. moteurs seuls
 - Si lésion proximale (en amont de la corde) → s. moteurs + végétatifs
 - **Diagnostic étiologique: signes en faveur d'une PF secondaire (A savoir !)**
 - **!!** Une PF n'est a frigore si et seulement si tous ces signes sont **négatifs**
 - Une PF a frigore est souvent précédée d'une douleur mastoïdienne

- **neurologiques**: hémiplégie homolatérale / autres NC / Sd méningé / ↓ ROT
- **ORL**: otoscopie (OMA) / masse parotidienne / éruption vésiculeuse (zona)
- **traumatiques**: trauma (rocher) / chirurgie récente
- **Evaluation du retentissement: rechercher une complication**
 - Examen **ophtalmologique** (**A savoir !**): rechercher une kératite
- **Synthèse: différencier PF périphérique et centrale +++**

	PF périphérique	PF Centrale
Topographie	inférieure + supérieure	inférieure uniquement
Dissociation automatico-volonaire	Absente	Présente
Signes neurologiques	rare (sauf Sd alterne)	fréquents

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**: AUCUN, il est clinique
 - Pour évaluation du retentissement
 - Examen ophtalmologique systématique (**A savoir !**)
- **Pour diagnostic topographique**
 - En pratique, rarement fait / déficit dans un test = lésion du VII en amont
 - **Nerf grand pétreux**: sécrétions lacrymales → test de Schirmer
 - **Nerf du muscle de l'étrier**: réflexe stapédien → impédancemétrie
 - **Corde du tympan**: sécrétions salivaires + gustation (2/3 ant) → gustométrie
- **Pour diagnostic étiologique**
 - **Si PF centrale**
 - **IRM** cérébrale en urgence (**A savoir !**)
 - **Si PF périphérique**
 - **a frigore (isolée)**: **AUCUN**
 - **PF + signes ORL**: TDM du rocher + otoscopie
 - **PF + signes dermatologiques**: PL (lyme) / sérologie (Zona)

Complications

Complications immédiates = ophtalmologiques

- **Kératite**: ulcération cornéenne

Complications à distance = neurologiques (3)

- **Hémispasme facial** post-paralytique
- Persistance ou récurrence de la paralysie faciale
- Syncinésies faciales (cf plasticité: mauvaises reconnections nerveuses)
- Ex: syndrome de Frey (des « larmes de crocodiles »): sueurs/larmes à la déglutition

Evolution naturelle

- Si PF a frigore: spontanément résolutive en quelques mois dans 80% des cas
- Si PF secondaire: risque de séquelles neurologiques ++

Facteurs de mauvais pronostic

- Paralysie faciale complète d'emblée
- Atteinte proximale (présence de signes végétatifs)
- Terrain compliqué (diabète) / PF secondaire
- Pas de récupération après la corticothérapie

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire si PF périphérique isolée
- Hospitalisation en urgence si PF centrale

Traitement à visée curative

- **Si PF périphérique a frigore = corticothérapie**
 - Prednisone (Cortancyl®) PO 1mg/kg/j pendant **10-15 jours** puis décroissance sur 1 mois
 - A débiter le plus précocement possible (fenêtre < 72H)
 - Valaciclovir en association: pas de preuve de son efficacité +++
 - **!! NPO les mesures associées à toute corticothérapie** (cf [Prescription et surveillance des classes de médicaments les](#)

plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)

- Education du patient: pas d'arrêt brutal / Cs si fièvre, etc.
- Régime pauvre en sel et en glucides à IG ↑
- Supplémentation potassique +/- IPP si atcd d'UGD
- Eradication des foyers infectieux (!! anguillulose)
- Si PF périphérique secondaire = traitement étiologique
 - Si PF zostérienne: aciclovir (Zovirax®) pendant 7 jours
 - Si PF otogène: ABT probabiliste C3G puis adaptation II
 - Si maladie de Lyme: amoxicilline 3g/j PO pendant 14-21 jours

Mesures associées +++

- Soins oculaires (A savoir !)
 - Pansement ou cache oculaire (transparent)
 - Occlusion palpébrale la nuit (stéri-strips)
 - Larmes artificielles (sérum φ) + collyre antiseptique
- Rééducation (A savoir !)
 - Kinésithérapie: séances pluriquotidiennes (devant la glace)
 - **Orthophonie**: rééducation à proposer systématiquement
 - Autres: massage facial / conseiller chewing-gum
- Education et information du patient
 - Consultation ophtalmo en urgence si BAV/oeil rouge
 - Information sur le risque de séquelles / de complications
- Arrêt de travail
 - Indispensable si profession exposée à la poussière

Surveillance

- Clinique uniquement: **consultation de contrôle à J10 indispensable (A savoir !)**
 - Régression de la PF / recherche de complications (oculaires +++)
- En cas de persistance d'une PF « a frigore » après plusieurs mois
 - → Remettre en cause la diagnostic: imagerie (IRM) nécessaire +++

Synthèse pour questions fermées

Quel examen réalise-t-on dans une paralysie faciale périphérique pour évaluer le retentissement ?

- Examen ophtalmologique (REFLEXE : PF périphérique = soins oculaires !)

Devant l'apparition d'une PF centrale, quel est l'examen d'imagerie à réaliser en urgence ?

- IRM/TDM cérébrale

Quelles sont les 3 complications non ophtalmologiques que l'on peut retrouver à distance d'une paralysie faciale ?

- Hémispasme facial post paralytique
- Persistance ou récurrence de la paralysie faciale
- Syncinésies faciales