

Paralysies faciales périphériques

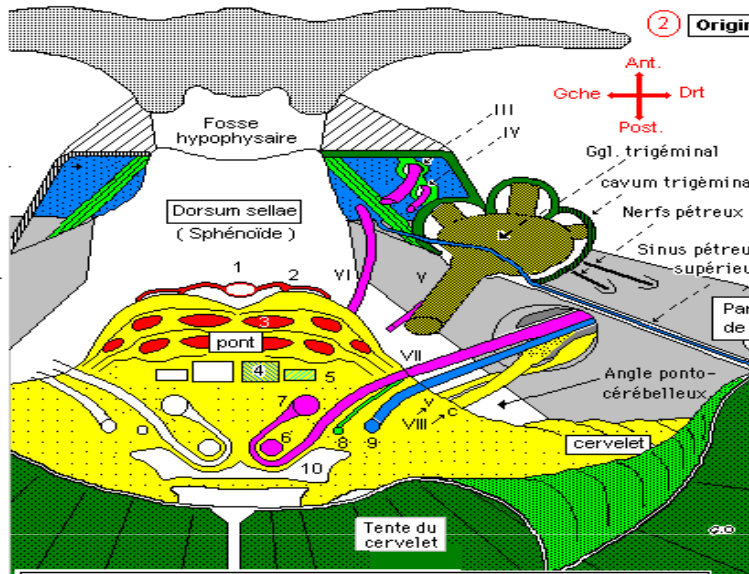
Alain MOINE

O R L et chirurgie cervicofaciale
Clinique Saint Jean- l'Ermitage

Melun

RAPPEL ANATOMIQUE

- Le nerf facial(VII) émerge de la fossette latérale du bulbe et rejoint le nerf auditif(VIII) pour former le paquet acoustico-facial qui traverse l'angle pontocérébelleux pour pénétrer dans le rocher par le conduit auditif interne
- Le VII a ensuite un trajet intrapétreux (aqueduc de Fallope) que l'on divise en 3 portions:
 - Portion labyrinthique : destiné à la glande lacrymale ; émerge du ganglion géniculé.
 - Portion tympanique : rameau innervant le muscle de l'étrier
 - Portion mastoïdienne : corde du tympan



② Origine réelle (centrale) du VII

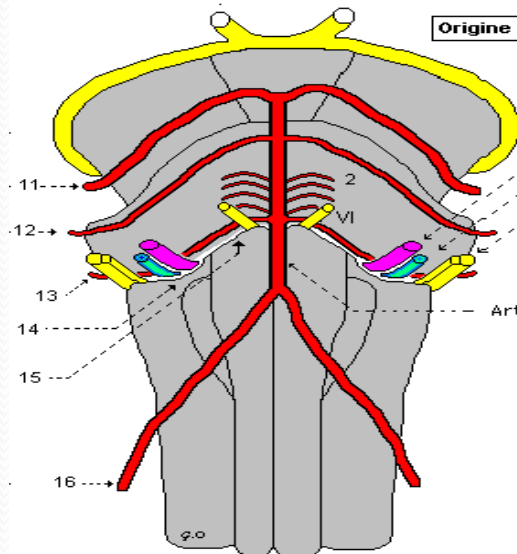
- 1- Art. basilaire
- 2- Artères pontines pénétrantes (longues et courtes)
- 3- Tractus pyramidal
- 4- Lemnisque médian
- 5- Tractus spino-thalamique
- 6- Noyau du VI (somitico-moteur)
- 7- Noyau du VII (branchio-moteur)
- 8- Noyau végét. salivaire sup.
- 9- Noyau gustatif
- 10- Cavité du 4ème Ventr.

Commentaires :

Le noyau moteur du VII est situé dans le tegmentum (ou calotte) de la partie inférieure du pont. Il contient plusieurs noyaux secondaires (voir systématisation), formés eux-mêmes par les motoneurons périphériques. Une paralysie nucléaire est une paralysie périphérique. Les fibres motrices, par un trajet dorsal, courbe et récurrent, contournent le noyau du VI. L'ensemble de cette disposition forme le relief de l'éminence ronde, appelé aussi "colliculus facial".
Ce trajet incurvé du 1er segment du n. facial peut être appelé "le 1er genou du facial".

Vue supérieure de la base du crâne et coupe transversale du pont

Origine apparente du VII



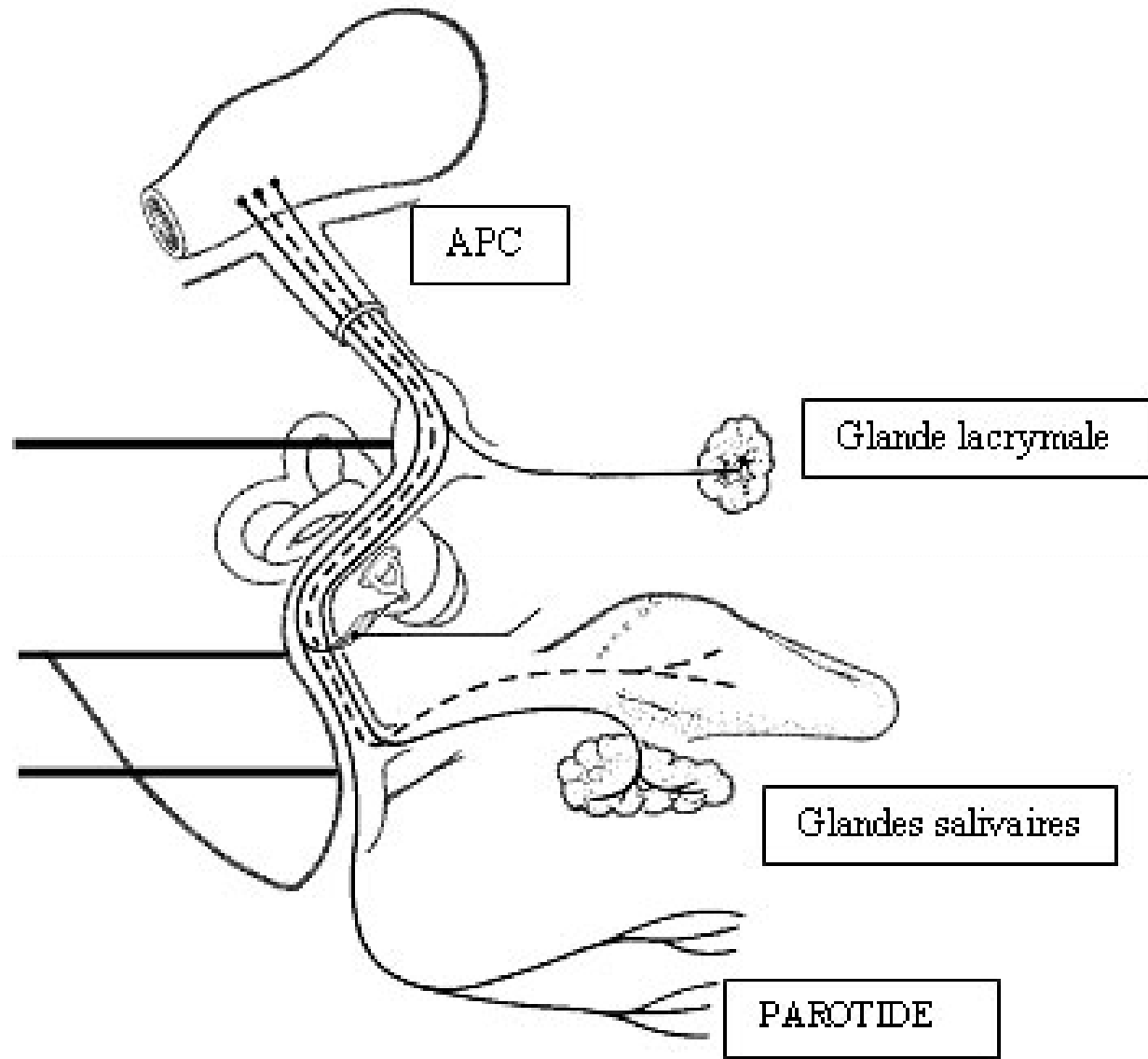
- 11- Art. cérébrale postérieure
- 12- Art. cérébelleuse sup.
- 13- Art. cérébelleuse moy.
- 14- Fosse latérale
- 15- Sillon bulbo-pontique
- 16- Art. vertébrale
- 2- Artères pontines pénétrantes (longues et courtes)

Le nerf facial, avec ses deux racines (VII et VII bis), sort du tronc cérébral au niveau du sillon bulbo-pontique, dans la fosse latérale de la moelle allongée. Il est placé entre le VI, en dedans, et le VIII, en dehors.

Face ventrale du tronc cérébral

Le VII émerge ensuite de la mastoïde par le trou stylomastoidien puis se divise toujours en une branche supérieure et une branche inférieure. Il sépare la parotide en un lobe superficiel et profond. Chaque branche se ramifie ensuite pour innerver les muscles de la face.







➤ Le VII est essentiellement moteur : face , étrier

➤ Il est également

- Sensitif : zone de Ramsay Hunt
- Sensoriel : gout des 2/3 antérieurs de la langue
- Végétatif : sécrétions lacrymale et salivaire

ELEMENTS DIAGNOSTICS

➤ PARALYSIE FACIALE CENTRALE:

- Prédomine dans le territoire inférieur (effacement du pli nasogénien, chute de la commissure labiale, déviation de la bouche vers le côté sain, impossibilité de siffler et de gonfler les joues)
- Presque toujours associée à un déficit moteur du membre supérieur homolatéral (signe de Barré, main creuse)
- Dissociation automaticovolontaire (accentuation de l'asymétrie lors des mouvements volontaires)

➤ PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

- Atteinte équivalente dans le territoire supérieur et inférieur (effacement des rides du front, inoclusion de l'œil)
- Signe de Charles Bell



ETIOLOGIES DES PFP

➤ PF A FRIGORE

- Incidence: 2 à 4 / 100 000
- Surtout entre 30 et 45 ans.
- Diagnostic d'élimination ; installation brutale, algies mastoïdiennes. Toujours isolée.
- Etiologie supposée virale: mononévrite secondaire à la réactivation de HSV1 (EBV, VZV?) au niveau du ganglion géniculé.
- Evolution spontanée favorable: 85% sans séquelles ou séquelles minimales. Début de récupération entre J8 et J15.

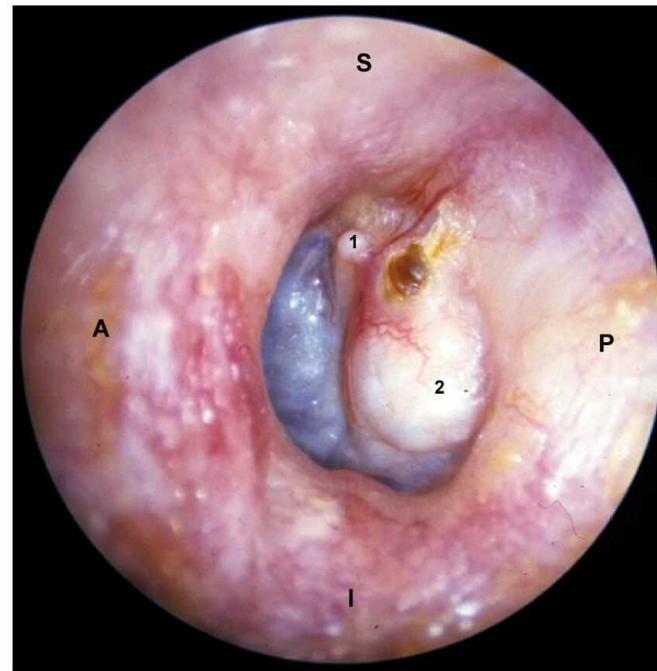
➤ AUTRES CAUSES : à évoquer selon le contexte

- Neurologiques centrales:
 - AVC du tronc cérébral avec atteinte du noyau moteur(hémiplégie controlatérale ; syndromes alternes : Millard-Gubler,Foville)
infectieuses(polio, Tétanos , syphilis),tumorales(gliomes)
 - Infectieuses : tétanos , polio , syphilis
 - Tumorales : gliomes
 - SEP
- Traumatiques:
 - Fracture du rocher
 - Chirurgie parotidienne
 - Chirurgie de l'otite chronique
 - Chirurgie de l'APC
 - Obstétricales

➤ Otitiques :

- Cholestéatome
- OMA
- Otite externe maligne : sujet âgé, diabétique, immunodéprimé.

Figure 1: Cholestéatome congénitale oreille gauche



- 1) Courte apophyse du marteau
2) Cholestéatome derrière une membrane tympanique intacte

S = supérieur
A = antérieur
P = postérieur
I = inférieur



➤ **Tumorales : installation progressive**

- Rocher(para gan gliome, neurinome du VII)
- APC(méningiome, neurinome du VIII, métastase....)
- Parotide(évoque la malignité+++)

Infectieuses:

- Zona : PF massive

Eruption zone de Ramsay Hunt

Douleurs++

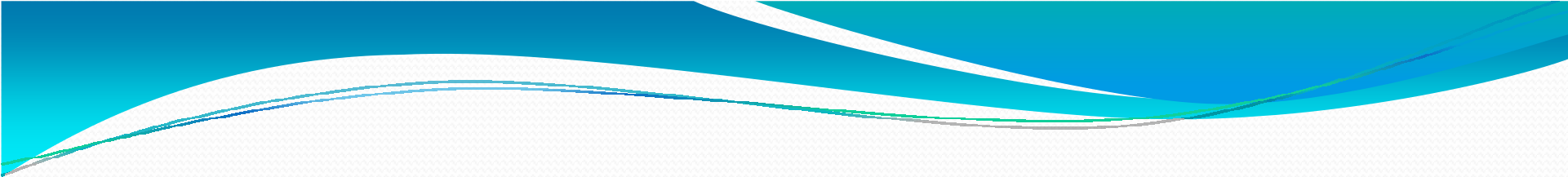
Vertiges , hypoacousie , acouphènes

Parfois réaction méningée

- Maladie de LYME: Méningoradiculite

Eruption cutanée (érythème migrant : phase 1), contexte général (arthralgies...)

PF: présente dans 24% des cas lors de la phase secondaire; parfois inaugurale en phase primaire. Souvent à bascule.

- 
- HIV
 - Rickettsioses
 - Tétanos, typhoïde, diphtérie
 - Tuberculose(enfant: 1^{ère} cause à évoquer en l'absence d'otite)
 - Lèpre

➤ **Générales:**

- Diabète
- Sarcoidose (Sd d'Heerfordt: parotidite,uvéite)
- Amylose
- Vascularites , maladies auto immunes
- Périartérite noueuse
- Leucémies lymphoblastiques (enfant)
- Polyradiculonévrites(Guillain Barré : bilatérale)
- Toxiques : porphyrie, éthylène glycol ,ectasy ,CO ,Pb ,Arsenic...
- Femme enceinte : fréquence 2à 4 fois plus élevée;3^{ème} trimestre. Eliminer toxémie gravidique(22%).

➤ **Congénitales et malformatives(enfant)**

- Melkerson Rosenthal(langue plicaturée ,macrocheilite , retard mental , prédominance féminine ;PF récidivante , bilatérale ou à bascule)
- Moebius(PF bilatérale asymétrique+paralysie du VI)

PLACE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **EN PERIODE AIGUE:**

- Guidés par la clinique+++ : nécessité d'un examen clinique soigneux à la recherche

- De signes otologiques : acouphènes, surdité, vertiges, nystagmus, otorrhée, anomalie otoscopique, éruption de la zone de Ramsay Hunt ou du CAE
- De signes neurologiques
- De signes généraux

- **Dans tous les cas:**
 - Audiogramme avec impédancemétrie
 - Bilan biologique : NFS, Pq, VS, CRP, Glycémie, sérologie HIV
- **PF+ signes associés ou d'apparition progressive :**
 - Epreuves vestibulaires
 - IRM pour APC et trajet intrapétreux
 - TDM pour étude osseuse du rocher
 - Echographie ou IRM pour parotide
 - Bilan biologique: sérologies, recherche de dysimmunité, PL...
- **PF d'emblée massive:**
 - Programmer d'emblée un EMG à visée pronostique: aucun intérêt avant J10.



- **APRES J15:**

- Si récupération nulle ou peu significative : Remise en cause diagnostique+++

- Bilan ORL , imagerie , biologie

- EMG de stimulation et détection à visée pronostique: recherche de potentiels de réinnervation; recherche de signes péjoratifs(neurotomésis ,dénervation complète). Intéret seulement si PF complète .A répéter pour suivre évolutivité.

- ENOG : possible dès J3 mais faible valeur pronostique . Peu pratiquée.

- **A LONG TERME:**

- PF récidivante unilatérale : avis ORL , imagerie , bilan général.

- PF à bascule : bilan général; Sérologie Lyme ; PL

TRAITEMENT DE LA PF A FRIGORE

- EN PERIODE AIGUE : Etude écossaise 2008 (551 patients)
 - Corticothérapie: 25 mg/j pendant 10 jours: 95% de récupérations significatives entre 3 et 9 mois (85% versus placebo). La corticothérapie ne réduit pas la durée de récupération.
 - Soins oculaires : primordiaux en période aigue : larmes artificielles , occlusion oculaire nocturne . Prévention de la kératite.
 - Acyclovir : aucune efficacité seul versus placebo ; aucune amélioration de l'efficacité de la corticothérapie.



➤ **SI RECUPERATION INCOMPLETE OU NULLE:**

- Kinésithérapie du VII (sans stimulation); prévient l'atrophie musculaire et les syncinésies
- Décompression chirurgicale du VII: par voie sus-pétreuse. Peu pratiquée : chirurgie lourde et difficile ; efficacité incertaine . Avant J15, mais peu de critères pronostics à cette période.
- Greffes nerveuses: anastomose VII-XII



➤ A LONG TERME:

- Toxine botulique si hémispasme
- Chirurgie réparatrice palpébrale(tarsorrhaphie) ou faciale(suspension de la commissure labiale; transpositions musculaires)
- Pas de traitement satisfaisant pour les séquelles végétatives(larmes de crocodile) et syncinésies
- Soutien psychologique

CAS PARTICULIERS

- Zona ou réactivation herpétique:
 - Antiviraux précoces
 - Mauvais pronostic
- Fracture du rocher:
 - PF complète; traitement chirurgical en urgence
- Maladie de Lyme:
 - amoxicilline ou Doxycycline(14 à 21 jours).