

République Algérienne Populaire et Démocratique

Université Ferhat ABBAS – Sétif

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Année Universitaire : 2018/2019

6^{ème} Année Médecine



**Faculté de Médecine
Université Ferhat Abbas Sétif 1**

Cours du Module d'ORL

DIAGNOSTIC D'UNE PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

**Dr. S. DERADJ
Spécialiste en ORL-CCF
CHU De Sétif**

PLAN DU COURS

I- DÉFINITION – GENERALITES

II- RAPPELS :

- **Anatomique.**
- **Physiologique.**

III- PHYSIOPATHOLOGIE

IV- DIAGNOSTIC POSITIF

V-EVALUATION PARACLINIQUE

VI- DAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VIII- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

CONCLUSION

I- DÉFINITION – GENERALITES :

La paralysie faciale périphérique (PFP) est l'atteinte du nerf facial siégeant soit à son origine (Noyau du VII), soit sur son trajet :

- Angle ponto cérébelleux.
- Trajet intra-pétreux.
- Trajet extra-pétreux.

Occasionnant des troubles **moteurs, sensorielles, sécrétoires et sensitifs** de l'hémiface concernée

Elle pose essentiellement un problème de **diagnostic étiologique** car si la PFP A frigore est l'étiologie la plus fréquente, elle peut être le symptôme de certaines pathologies organiques dont il faut savoir faire le diagnostic.

II- RAPPELS :

✓ ANATOMIQUE :

Le nerf facial (VII) est un nerf mixte :

1-Moteur pour les muscles de la face, le cou et de l'étrier.

2-sensitif pour la zone de Ramsay-Hunt,

3- sensoriel (la fonction gustative pour les 2 tiers antérieurs de la langue)

4-vegetatif parasympathique pour la sécrétion des glandes lacrimales, nasales, submandibulaires et sublinguales

Origine : les fibres motrices issues du noyau facial situé dans le pont se divisent en 2 parties :

- ✓ Des afférences des 2 faisceaux cortico-nucléaires pour le groupe musculaire de la partie supérieur du visage.
- ✓ Des afférences unilatérales **controlatérales** uniquement pour le groupe musculaire de la partie inférieur du visage.

Cela explique la symptomatologie des PF centrale qui s'exprime par une atteinte du territoire facial inférieur uniquement.

A l'origine du nerf, le contingent sensitif est séparé de la racine motrice et constitue un nerf distinct : c'est l'Intermédiaire de Wrisberg ou VII bis,

Les 2 nerfs émergent de la fossette latérale du bulbe.

Trajet : est divisé en 3 portions ;

- ✓ **A-Portion intracrânienne** à partir de la Fossette latérale du bulbe jusqu'au conduit auditif interne (CAI)
- ✓ **B-Portion intra-pétreuse**, longue de 30 mm, logé dans aqueduc de Fallope avec **3** portions:

- **1-labyrinthique** (le segment Le plus étroit).
- **2-Tympanique.**
- **3-mastoidienne : donne 2 collatérales :**

- ❖ Le nerf du muscle stapédien
- ❖ La corde du tympan qui rejoint le nerf lingual.

-Il sort du **trou stylo-mastoïdien**

- ✓ **C-Portion extra-crânienne** : pénètre dans la parotide par sa face postérieure, où il se divise en 2 branches terminales :

1- Branche temporo-faciale.

2- Branche cervico-faciale.

✓ **PHYSIOLOGIQUE :**

Le nerf facial est un nerf mixte : **moteur, végétatif, sensitif et sensoriel.**

- **Fonction motrice** : concerne essentiellement les muscles de la face et du cou (noter le nerf du muscle de l'étrier responsable du réflexe stapédien).
- **Fonction sensitive** : pour la zone de Ramsay-Hunt.
- **Fonction sensorielle** : gustative des 2/3 antérieurs de la langue via la corde du tympan, après avoir cheminé dans le nerf lingual.
- **Fonction végétative** :
 - ✚ Sécrétion lacrymo-palato-nasale par le nerf grand pétreux.
 - ✚ Sécrétion salivaire des glandes sous mandibulaires et sublinguales via la corde du tympan.

III- PHYSIOPATHOLOGIE :

Un traumatisme sur l'axone entraîne des modifications histologiques et biologiques, celles-ci apparaissent au niveau du corps cellulaire et à distance, dont la sévérité dépend de la distance du trauma du corps cellulaire, du type de trauma, et de l'âge du patient.

Mécanismes : plaies, étirement, compression, ischémie.

Types de lésions :

- **Neurapraxie** : démyélinisation sans interruption axoplasmique et se traduit par un bloc de la conduction, la guérison est le plus souvent complète après élimination de l'agent responsable.
- **Axonotmesis** : interruption de la gaine de myéline et de l'axoplasme mais la gaine de soutien conjonctive est respectée assurant ainsi la régénération nerveuse.
- **Neurotmesis** : interruption histologique complète du nerf (intérêt de suture ou de greffe).

IV- **DIAGNOSTIC POSITIF :**

✓ **Interrogatoire :**

- Date et mode de début : Brutal ou progressif.
- L'existence d'une atteinte complète initiale.
- Notion de 1^{er} épisode ou de récurrence.
- Contexte d'apparition : Syndrome grippal, traumatisme...
- Antécédents médico-chirurgicaux (otologiques surtout)
- Signes fonctionnels : sensation de déviation latérale de la bouche du côté sain, hémiface lourde, engourdie,...
- Signes associés : otalgie, sensation de goût métallique, hypoacousie, hyperacousie douloureuse, sécheresse oculaire, éruption cutanée, masse cervico-faciale.

✓ **Examen clinique :**

✓ **1-examen du visage :**

Au repos : Asymétrie avec hémiface lisse et flasque, du côté sain une attraction du nez et une attraction de la bouche vers ce côté et du côté paralysé un effacement des rides du front, un élargissement de la fente palpébrale, un abaissement de la paupière inférieure, un effacement du pli naso-génien et une chute de la commissure labiale.

Lors des mouvements : La paralysie devient évidente si on demande au patient de fermer les yeux, siffler ou gonfler les joues avec une impossibilité de fermer l'œil (lagophtalmie) et signe de **Charles Bell**(élévation du globe oculaire en dehors et en haut lors de l'action de fermeture des yeux), essentiel, différencie l'atteinte périphérique de l'atteinte centrale. La parole peut être gênée par la déviation de la bouche et la mastication est perturbée.

Remarque :

Il peut exister une forme FRUSTE de la PFP qui se manifeste par des signes de parésie :

- Les cils de Souques : lors de la fermeture maximale de l'œil les cils apparaissent plus longs du côté paralysé)
- Signe du clignement de Collet : lors du clignement, la paupière du côté paralysé se ferme en retard.

La PFP chez le sujet comateux :

- Hypotonie de la joue du côté paralysé (sujet «fume la pipe»=
- Manœuvre de Pierre Marie et Foix : pression bilatérale du creux sous-parotidien, entraînant une douleur qui provoque une grimace, qui sera absente du côté paralysé.

✓ **2- Troubles sensitifs et sensoriels :**

- ✚ Agueusie des 2/3 antérieurs de la langue.
- ✚ Hypoesthésie de la zone de Ramsay Hunt.

✚ Hyperacousie douloureuse (abolition du reflex stapédien).

NB : les troubles du gout sont très précoces et précèdent parfois la PFP, la récupération gustative est un élément de bon pronostic quand a la récupération motrice.

NB : le reflex stapédien permet de localiser l'atteinte nerveuse en amont de la branche du nerf du muscle de l'étrier. C'est un excellent facteur pronostique (la réapparition du RS précède toujours la récupération facile)

✓ **3- Troubles sécrétoires et vasomoteurs** : Rougeur de hémiface. Et diminution de la sécrétion lacrymale et salivaire.

Confirmation du DGC de PFP :

- ❖ Atteinte équivalente des territoires inférieurs et supérieurs de la face.
- ❖ Signe de Charles Bell.
- ❖ Absence de dissociation automatico volontaire : le sujet ne peut sourire ni de manière volontaire ni de manière réflexe alors que le rire reflexe est possible dans une atteinte centrale corticale, du fait de l'activation des aires motrices par le cortex associatif et limbique.

Classification de House-Drackmann :

Échelle d'évaluation de House et Brackmann.

Grade I :	100 % de mobilité faciale. Mobilité faciale et tonus sont normaux
Grade II :	Légère dysfonction : 80 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus normaux. Aux mouvements, apparition d'une légère asymétrie sans contracture avec absence ou présence de discrètes syncinésies
Grade III :	Dysfonction modérée : 60 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus sont normaux. Diminution globale de la mobilité. La fermeture oculaire est obtenue même si l'effort nécessaire est important. Spasmes et syncinésie sont présents mais ne défigurent pas
Grade IV :	La dysfonction est modérément sévère : 40 % de mobilité faciale estimée. Au repos, le tonus est normal, la symétrie globalement conservée. Aux mouvements, il n'y a pas ou très peu de mobilité frontale. La fermeture oculaire complète ne peut être obtenue malgré un effort maximal. L'existence de syncinésies sévères ou d'un spasme entravant la mobilité faciale doivent amener à classer dans ce grade
Grade V :	Dysfonction sévère : 20 % de mobilité faciale estimée. Au repos, l'asymétrie est évidente et le tonus déficient. Seuls quelques mouvements sont perceptibles au niveau de l'œil et de la bouche. À ce stade il ne peut y avoir ni spasme ni syncinésie
Grade VI :	Paralysie faciale complète : 0 % de mobilité faciale estimée

V- EVALUATION PARACLINIQUE :

A) BILLAN RADIOLOGIQUE :

Devenu indispensable;

✚ **TDM** : explore le parcours intra pétreux du nerf (PFP dans un contexte traumatique).

✚ **IRM** : permet l'analyse de la structure nerveuse.

B) Exploration électrophysiologie :

Principe : recueil de l'activité musculaire ou nerveuse après stimulation électrique ou magnétique du VII, soit par simple observation ou en analysant les potentiels électriques.

Ces tests ont un grand intérêt car ils permettent d'apporter au clinicien des renseignements sur l'état actuel du nerf, et si possible, sur l'évolution de son atteinte, il permet aussi une meilleure connaissance des mécanismes de l'atteinte nerveuse.

C) Bilan biologique :

-FNS, glycémie à jeun, VS, CRP, sérologie....

VI- DAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE :

Permet de situer le niveau des lésions, en dehors des cas précis où le siège est évident (traumatique de la face ou de la loge parotidienne, traumatisme post-chirurgicale, il est plus difficile dans les paralysies de Bell.

Situer la lésion par rapport au ganglion géniculé, nerf du muscle de l'étrier, corde du tympan

A/ Interrogatoire : +++++

-Les troubles du goût nous oriente vers une lésion en amont de la corde du tympan.

-Une hyperacousie douloureuse nous oriente vers une atteinte du nerf du muscle de l'étrier (donc la lésion est en amant de cette branche).

-Une atteinte des autres paires (V, VI, IX, X, XI) nous oriente vers une Polyneuropathie.

- Une atteinte concomitante du VI nous oriente vers une AVC du tronc (noyau du VII et VI).

B/ Examen clinique :

- Inspection : une éruption dans la zone de Ramsay-Hunt nous oriente vers une atteinte du ganglion géniculé (zona).

- Etude de la sensibilité linguale.

- Examen otoscopique : Cholestéatome, tuberculose, carcinome de l'oreille moyenne nous oriente vers une atteinte de la 2ème ou 3ème portion du VII.

- Palpation cervicale haute et parotidienne à la recherche d'une atteinte au sortir du trou stylo-mastoïdien ou dans la parotide.

C/ Examens paracliniques :

-Une acoumétrie et une audiométrie à la recherche de surdité de transmission ou de perception peut orienter le diagnostic topographique.

-Une tympanométrie à la recherche du réflexe stapédien dont l'absence oriente vers une atteinte en amont du nerf du muscle de l'étrier.

-Un test de Schirmer (étude de la sécrétion lacrymale).

-Un test de Blatt (étude de la sécrétion salivaire).

- Une gustométrie.

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1- Paralysie faciale d'origine centrale avec respecte le territoire supérieur, absence de signe de Charles Bell, dissociation automatico volontaire et association d'autres signes neurologiques.

2-Déficit moteur: en général symétrique, secondaire à une myopathie, bloc neuromusculaire ou une myasthénie

3-Collagénoses : sclérodermie, dermatomyosite.

4- Asymétrie faciale constitutionnelle.

VIII- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

A) PFP post-traumatiques :

❖ Traumatisme du rocher :

-Otoscopie : hémotympan, perforation tympanique ou otoliquorrhée.

-Audiométrique tonale liminaire à la recherche d'une atteinte labyrinthique associé (surdité de perception).

-Bilan radiologique : TDM +, permet d'individualiser :

-Les fractures labyrinthiques : Perpendiculaire/grand axe du rocher.

-Les fractures extra-labyrinthiques : trait longitudinal épargnant le labyrinthe.

-Electrophysiologie, si PF totale.

-En cas de PF incomplète ou retardée : le traitement est basé sur les corticoïdes et les vasodilatateurs.

-En cas de PF complète et immédiate : neurotmésis une exploration chirurgicale est nécessaire.

❖ Traumatismes pénétrants au niveau de la loge parotidienne.

- ❖ **PF *iatrogènes*** : Plus fréquentes dans la chirurgie otologique (cholestéatome, chirurgie stapédiennne, otoneurochirurgie), chirurgie des tumeurs parotidiennes

B) PF *INFECTIEUSES* :

- ❖ **Otite moyenne aiguë et oto-mastoidite** : rare, cède habituellement si le TRT a été précoce (Paracentèse, antibiothérapie, corticothérapie, mastoïdectomie).
- ❖ **Otite moyenne chronique** : la PF est provoquée par les processus inflammatoires souvent déclenchés par le cholestéatome qui peut aussi dénuder le nerf facial.
- ❖ **Otite tuberculeuse.**
- ❖ **Otite externe maligne ou nécrosante** : de mauvais pronostic, survient surtout chez les sujets immun déficients, due le plus souvent au *Pseudomonas aeruginosa* et *staphylococcus aureus*. La PF en est un signe de gravité.
- ❖ **Zona du ganglion géniculé** : due à la résurgence du VZV, La paralysie est concomitante d'une douleur violente, puis d'une éruption vésiculeuse pathognomonique au niveau de la zone de Ramsay-Hunt (qui peut même la précéder). Elle s'accompagne parfois d'une atteinte cochléaire ou vestibulaire réalisant le zona otitique de Sicard. Le traitement fait appel aux antiviraux (aciclovir) et les corticoïdes.
- ❖ **SIDA** : La PF peut être révélatrice d'une infection par le VIH, Le pronostic fonctionnel de ces paralysies est bon.
- ❖ **Autres atteintes virales** : MNI, CMV, rougeole, rubéole, oreillons, grippe, après vaccination antirabique.
- ❖ **Maladie de Lyme** : due à un spirochète transmis par les tiques.
- ❖ **Autres atteintes bactériennes** : listeria, tétanos, neurobrucellose, et fièvre typhoïde.

C) PF *TUMORALES* :

-La présence des signes suivants doit nous orienter vers une étiologie tumorale :

- ❖ Une évolution sur plus de 3 semaines et absence de récupération à 6 mois.
- ❖ Une sensation d'engourdissement.
- ❖ Une PF non homogène.
- ❖ Présence d'une masse tympanique ou parotidienne.
- ❖ Déficit d'autres pères crâniens.
- ❖ ATCD personnelles de tumeurs

Pathologie bénigne : Neurinome du nerf facial, cholestéatome intra pétreux, paragangliome jugulaire évolué.

Pathologie malignes : Cancers parotidiens, carcinome épidermoïde du conduit auditif externe, Métastases intra pétreuses : notamment à partir d'un carcinome broncho-pulmonaire

D) 4) PF A frigore (maladie de Bell)

C'est l'étiologie la plus fréquente (60 à 80%).

L'Incidence : 15-40 cas/100.000 habitants/an.

La résurgence de l'herpès simplex virus 1 (**HSV1**) est aujourd'hui l'étiologie la plus retenue (à la faveur d'une baisse de l'état générale, un choc vasomoteur, une exposition au froid,).

L'effet neuro-pathogène est en relation avec le garrot inflammatoire, et les phénomènes auto-immuns agressant la gaine de myéline.

Le début est souvent brutal et nocturne (PF au réveil) précédé parfois de troubles du goût ou des douleurs mastoïdiennes.

L'évolution naturelle : 71% des patients retrouvent une fonction normale (le caractère incomplet, et début de récupération précoce sont des facteurs de bon pronostic), 16% gardent des séquelles.

La biologie recherche une séroconversion IgG, PCR.

Le traitement fait appel aux **corticoïdes** qui diminuent les phénomènes inflammatoires, et auto-immuns, le traitement antiviral est source de controverse.

La décompression chirurgicale est à discuter.

E) PF et maladies générales :

- ❖ Collagénoses, vascularites (maladie de Wegener), sarcoïdose, sclérose en plaque (SEP) :

F) Formes cliniques particulières :

- ❖ **A/ Forme du nouveau-né :**

Le diagnostic se fait lors des pleurs. L'étiologie la plus fréquente est le traumatisme obstétrical.

- ❖ **B/ Forme de l'enfant :**

Les mêmes étiologies que chez l'adulte avec une plus grande fréquence des formes **otitiques et virales**.

La PF à frigore reste l'étiologie la plus fréquente.

- ❖ **C/ Forme de la femme enceinte :**

La PF est 3 fois plus fréquente. Apparaît en général au 3^{ème} trimestre, et en post-partum précoce. Elle est de bon pronostic.

CONCLUSION :

-Le nerf facial est le nerf de **l'émotion** et de la **communication non verbale**.

-Sa paralysie est source de troubles fonctionnels et psychologiques sévères allant bien au-delà d'un simple handicap.

-La **paralysie faciale à frigore** est de loin l'étiologie la plus fréquente, qui évolue le plus souvent vers la récupération.