

Paralysie périphérique

faciale

[Neuro](#) – [ORL](#)

Fiche réalisée selon le [plan MGS](#)

[Item ECNi 99](#)

Dernières mises à jour

Sources

Sommaire

1) Généralité ^{1A}

Déf : paralysie intéressant le territoire du nerf facial (VIIe paire crânienne), avec ses composantes motrice, sensitive et végétative, par atteinte du 2e motoneurone (lésion des noyaux du tronc cérébral ou en aval)

▪ Physiopathologie – anatomie

Au niveau périphérique, le nerf facial chemine dans un conduit osseux inextensible. Tout oedème du nerf (viral, traumatique...) est donc susceptible de le comprimer et d'induire une PFP. L'ordre de « sortie » des fibres périphériques (qu'elles soient afférentes ou efférentes) explique une symptomatologie différente selon le niveau lésionnel. On retrouve dans l'ordre (selon les portions anatomiques du VII) :

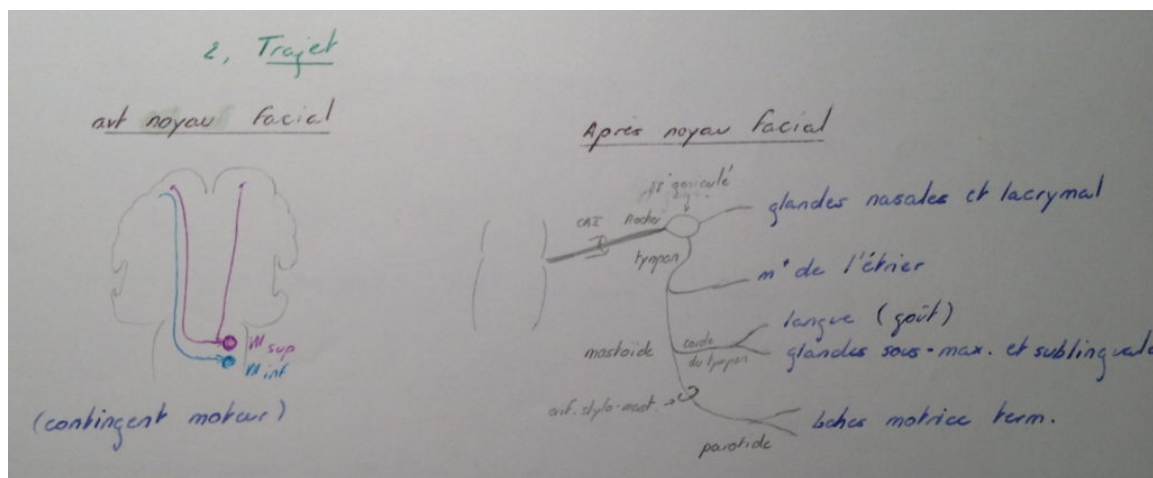
Entre le VII1 et VII2 : fibres du noyau lacrymo-muco-nasal via le ganglion géniculé

Au niveau du VII3

- Fibres végétatives du noyau salivaire supérieur + fibres sensorielles gustatives du bord latéral de la langue via la corde du tympan
- Fibres motrices du muscle stapédien

En aval du VII3

- Fibres sensorielles de la zone de Ramsay-Hunt
- Reste du contingent moteur du VII (muscles pauciers, digastrique et stylohyoïdien)



source : T. Higél (schéma incomplet réalisé pendant l'externat, à améliorer !)

▪ Etiologies

Paralysie faciale idiopathique a frigore

Causes infectieuse :

- Zona auriculaire
- causes otogènes ([OMA](#), [OMC cholestéotomateuse](#))
- maladie de Lyme (phase primaire^{1B} ou secondaire^{1A}), infection à VIH (tous les stades ^{1B}), atteinte parotidienne infectieuse ^{1B}, autres méningoradiculite (coxsackie, herpès, oreillons) ^{1B}

Causes traumatiques :

- fracture du rocher (lésion nerveuse directe ou secondaire à l'inflammation)

- plaie parotidienne
- iatrogénie

Paralysie tumorale : tumeur du TC, de l'angle ponto-cérébelleux, de la parotide, du rocher

Cause vasculaire (atteinte du TC ++) ^{1B}

Causes neuro :

- [SEP](#)
- [syndrome de Guillain-Barré](#) ^{1B}

[Neuropathie diabétique](#) ^{1B}

Autres causes rares

- Causes rares néonatales (syndromique ou traumatique)
- Maladie systémique : sarcoidose, Maladie de Wegener
- Syndrome de Melkerson-Rosenthal (paralysie faciale à répétition de cause inconnue)

2) Diagnostic ^{1A}

Clinique	Paraclinique
Signes faciaux homogène Pas de dissociation automatico-volontaire Signes extra-faciaux	-

A) Clinique

On distingue les « signes faciaux » = troubles moteurs et les « signes extra-faciaux » = troubles sensitifs, végétatif et des réflexes.

- Signes faciaux (moteur)

Il touche l'ensemble du visage de manière homogène (territoire inférieur et supérieur) et il n'existe pas de dissociation automatico-volontaire. Le degré d'atteinte peut cependant être

très variable.

>> **Partie supérieure du visage**

Au repos

- Effacement des rides du front, sourcil abaissé
- Raréfaction ou absence de clignement, ± œil larmoyant
- Paupière inférieure abaissée voire ectropion entraînant un élargissement de la fente palpébrale

Aux mouvements volontaires

- Lagophtalmie (occlusion palpébrale impossible, *pathognomonique*)
- Signe de Charles Bell : l'œil se porte en haut et en dehors lors de la tentative d'occlusion palpébrale (réflexe de protection cornéenne, inconstant)
- Signe des cils de Souques (formes frustres) : cils plus visibles côté atteint à la tentative d'occlusion palpébrale

>> **Partie inférieure du visage**

Au repos

- Effacement du sillon nasogénien, ptose de la joue
- Chute de la commissure labiale côté paralysie, attraction de la bouche côté sain

Aux mouvements volontaires

- Impossibilité de siffler, de gonfler les joues
- Stase alimentaire dans le sillon gingivojugal
- Signe du peaucier du cou de Babinski
- Elocution et mastication modérément perturbées ^{1B}

- Signes extra-faciaux (contingents sensitifs et végétatifs + réflexes)

Signes végétatifs

- Œil sec
- Baisse de sécrétion de la glande salivaire submandibulaire

Signes sensitifs

- Hyperacousie douloureuse (par abolition du réflexe stapédien)
- Hypoesthésie de la zone de Ramsay-Hunt
- Dysgueusie des 2/3 antérieurs de l'hémilangue

Réflexes abolis

- Clignement à la menace
- Réflexe stapédien
- Réflexes nasopalpébral et cochléopalpébral (au bruit imprévu) ^{1B}

Note : les lésions très distales peuvent s'exprimer par une simple atteinte motrice parcellaire.

▪ Cas particuliers

Chez le sujet comateux : 3 signes sont particulièrement recherchés

- effacement des rides du visages
- un sujet qui 'fume la pipe' (joue gonflée à l'expiration par hypotonie ⁰)
- une manœuvre de Pierre-Marie et Foix asymétrique (contraction réflexe à la pression douloureuse de l'angle rétro-mandibulaire)

En cas de paralysie bilatérale (diplégie faciale) ^{1B}

- visage atone, inexpressif
- signe de Charles Bell bilatéral
- trouble majeur de de l'élocution et de la mastication

B) Paraclinique

Le diagnostic positif de PF est clinique. Les examens complémentaires ont une valeur dans le diagnostic topographique, étiologique ou de sévérité (cf. bilan).

C) Diagnostic différentiel ^{1B}

Paralysie faciale centrale : la distinction se fait sur plusieurs signes (cf fiche OD [Paralysie faciale](#)), en particulier la prédominance des signes faicaux sur le territoire inférieur et une dissociation automatico-volontaire

3) Evolution ^{1A}

Pronostic : il est variable, et le bilan de gravité ne peut le préciser qu'après un certain délai : aucun test précoce indiscutable ne permet d'affirmer qu'une PF complète ne récupérera pas ou mal.

Complications : elles sont principalement liées à la lagophthalmie => keratite et ulcère de cornée

4) PEC ^{1A}

A) Bilan

▪ Bilan étio

Clinique

- Vitesse d'installation
- Examen otoscopique
- Notion traumatisme / plaie
- Atteinte autres nerfs craniens
- Recherche masse tumorale

Testing des autres nerfs craniens : muscles qui ne sont pas sous contrôle du nerf facial.

- Ptosis (le releveur de la paupière dépend du III) ^{1A}
- Atteinte des muscles masséter, temporal et ptérygoïdien, sensibilité cornéenne préservée (sous dépendance du V) – Motricité du pharynx, du voile du palais (paires IX et X) et de la langue (paire XII)

Paraclinique :

Bilan etio paraclinique devant une pFP
<p>Imagerie : TDM ou IRM. Indications ^{1A} :</p> <ul style="list-style-type: none">- atteinte cochléovestibulaire- suspicion d'atteinte tumorale (PFP incomplète, fluctuante, récidivante ou progressive et/ou précédée ou accompagnée d'un spasme de l'hémiface)- formes progressives, récidivantes, graves non régressives- formes syndromiques (autre atteinte des nerfs craniens) <p>- absence de récupération après 6 mois dans la PF a frigore (remise en cause du diagnostic)</p>
<p>Autre ⁰ : selon suspicion</p> <ul style="list-style-type: none">- séro VIH, Lyme- Glycémie- Ponction lombaire

Remarque : cause de diplégie faciale

- Syndrome de Guillain-Barré
- Lyme, VIH
- Sarcoidose
- Syndrome de Melkerson-Rosenthal

▪ Bilan topographique

Bilan ORL : Le déficit de sécrétion lacrymale, la dysgueusie et l'abolition du réflexe stapédien sont respectivement objectivés par le **test de Schirmer**, **l'électrogustométrie** ^{1A} et **l'impédancemétrie** ⁰. Ils permettent de préciser le niveau de la lésion sur le nerf facial.

Topographie de l'atteinte	Schirmer	Electrogustométrie	Réflexe stapédien
Ganglion géniculé ou en amont	Déficit lacrymal	Anormale	Absent
Mastoïde	(normal)	Anormale	Absent
Foramen stylo-mastoïdien ou en aval	(normal)	(normal)	(présent)

▪ Bilan de gravité

Testing clinique musculaire de la face : cotation de chaque

groupe musculaire, échelles de cotation globale (House et Brackmann) – utile également au suivi

Explorations électrophysiologiques (réservé au PFP totale) : 2 types

- Excitabilité nerveuse (simples, rentables de J3 à J10) : électroneuronographie, tests de stimulation-détection
- Electromyographie de détection et de stimulodétection (plus fiable et reproductible, analysable à partir de J8)

B) Traitement

> Mesures communes

Surveillance oculaire ++

- Pommade, fermeture de l'oeil
- ± Tarsorrhaphie, ou injection de toxine botulique dans le muscle releveur de la paupière

Maintien du tonus musculaire

- Massages et mouvements faciaux pratiqués par le kiné ou le malade
- L'électrothérapie n'est pas recommandée (risque d'aggravation en spasme de l'hémiface)

> PEC étiologique

Les PEC urgentes sont

- OMC cholesteomateuse
- Cause traumatique avec lésion du nerf
- Cause vasculaire⁰