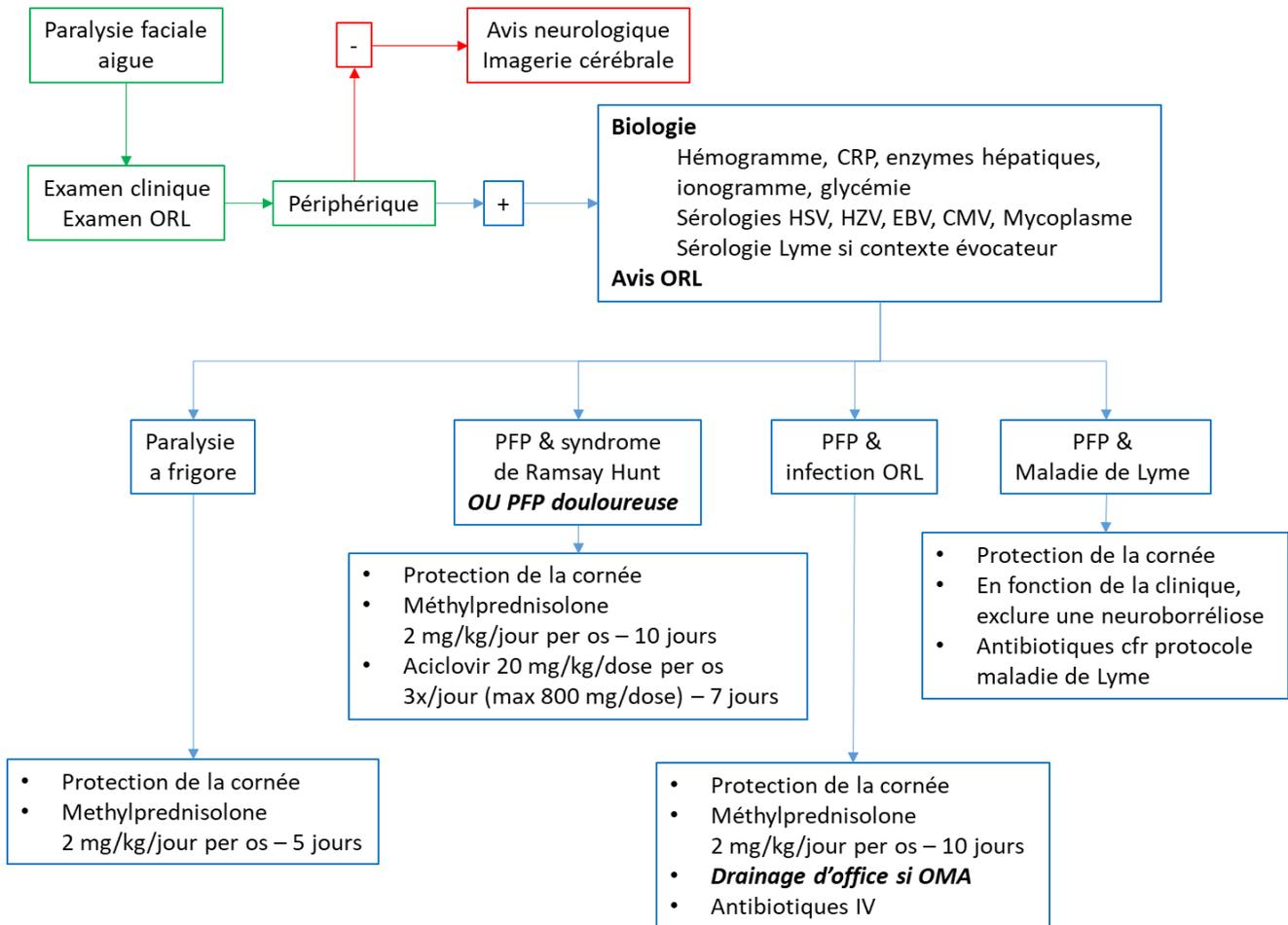


PARALYSIE FACIALE AIGUË PERIPHERIQUE (PFP)

02/2020



D'ABORD S'ASSURER QU'IL S'AGIT D'UNE PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

= atteinte de façon équivalente des parties supérieure et inférieure du visage. Le reste de l'examen neurologique est normal.

NB : PF centrale → ne concerne que le territoire inférieur (pour mémoire le sourire réflexe peut être présent alors que le sourire volontaire est absent)

DETERMINER LE GRADE ET NOTER LA DATE DE DEBUT DES SYMPTÔMES

Echelle d'évaluation de la paralysie faciale périphérique selon House-Brackmann

<p>Grade IV Dysfonction modérée à sévère:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au repos, symétrie globalement conservée, tonus normal • Aux mouvements, asymétrie importante et/ou défigurante; fermeture oculaire incomplète même avec effort; syncinésies ou spasmes sévères 	<p>Grade I Mobilité faciale et tonus normaux</p>
<p>Grade V Dysfonction sévère:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au repos, asymétrie évidente et diminution du tonus • Aux mouvements, mobilité à peine perceptible au niveau de l'œil et de la bouche; à ce stade, pas de syncinésie ni spasme possible 	<p>Grade II Dysfonction légère:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au repos, visage symétrique et tonus normal • Aux mouvements, légère asymétrie sans contracture avec présence possible de discrètes syncinésies
<p>Grade VI Paralysie faciale complète; aucun mouvement</p>	<p>Grade III Dysfonction modérée:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au repos, visage symétrique et tonus normal • Aux mouvements, diminution globale de la mobilité avec asymétrie non défigurante; fermeture oculaire complète avec effort; spasmes et syncinésies modérés

SIGNES ASSOCIES, DEPENDANTS DE LA SEVERITE DE LA PFP

- Fermeture incomplète de l'œil, découvrant la bascule du globe oculaire vers le haut (signe de Charles Bell)
- Signes de Souques: l'occlusion des paupières est moins nette du côté paralysé. Les cils paraissent plus longs du côté paralysé lors de la fermeture forcée des paupières.
- Effacement des rides du front
- Gêne à l'élocution labiale
- Parfois : otalgie (légère à modérée), dysgueusie, hyperacousie, réduction des larmes
- Exception : PFP secondaire à une atteinte parotidienne -> elle peut être incomplète (réflexe stapédien présent et pas d'atteinte du goût)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (à l'exclusion des nouveau-nés)

- Infectieux
 - Infection ORL : otite, mastoïdite, syndrome de Ramsay Hunt (réactivation HZV)
 - Infection générale : Herpès simplex, EBV, mycoplasme, Lyme, méningite...
- Traumatisme : fracture du rocher/iatrogène (post-chirurgie ORL, fosse postérieure)
- Tumeur cérébrale (PF lentement progressive) ou leucémie : atteinte de l'état général +++
- Tumeur bénigne telle que schwannome du nerf facial
- Inflammatoire ou auto-immune (rare) : formes atypiques de syndrome de Guillain-Barré, maladie de Kawasaki, sclérose en plaques, sarcoïdose et syndrome de Melkersson-Rosenthal
- Vasculaire (rare, PFP avec phénomène on/off) : AVC territoire artère cérébrale postérieure, souvent présence d'autres symptômes (vertiges, ...)
- **DIAGNOSTIC D'EXCLUSION** : paralysie faciale « a frigore » (=paralysie faciale idiopathique de Bell) = **diagnostic de loin le plus fréquent.**

Signes anamnestiques qui doivent faire évoquer un autre diagnostic qu'une paralysie faciale de Bell :

- Atteinte de l'état général ou fièvre
- Début ou progression lente (néoplasie à éliminer)
- Traumatisme facial/crânien/chirurgie
- Morsure de tique, voyages dans région endémique pour la borréliose (Lyme) + période de juin à octobre).
- Symptômes infectieux (HZV, Guillain-Barré, OMA, mastoïdite)
- Douleur aigüe et sévère (HZV, mastoïdite)
- Phénomène on/off (atteinte vasculaire à éliminer)
- ATCD de néoplasie, hématologie
- Récurrence de paralysie faciale du même côté (éliminer processus tumoral, syndrome de Melkersson...)

Signes cliniques qui doivent faire évoquer un autre diagnostic qu'une paralysie faciale de Bell:

- Atteinte d'autres nerfs crâniens ou paralysie faciale centrale (sans atteinte du front) (néoplasie, infection, hypertension intracrânienne)
- Atteinte d'une seule branche du nerf facial (infection ex. HZV, néoplasie)
- Paralysie bilatérale (ex. Lyme, Guillain Barré, Botulisme, causes auto-immunes rares)
- Otoscopie pathologique : OMA, vésicules (aussi sur la conque et le palais – cf syndrome de Ramsay-Hunt)
- Douleur aigüe / rougeur mastoïde, décollement du pavillon de l'oreille (mastoidite sur complication d'OMA)
- Douleur aigüe pré-auriculaire ou dans le canal auriculaire : ? premier signe d'une maladie de Ramsay Hunt.
- Masse parotidienne : tumeur de la parotide ou parotidite (oreillons, ...)
- Signes méningés (méningite, ex. Lyme)
- Arthrite (maladie systémique, ex. Lyme)
- Lymphadénopathie, hépatosplénomégalie (leucémie)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Biologie générale : hémogramme, CRP, ionogramme, enzymes hépatiques, glycémie
- Sérologies HSV, HZV, EBV, CMV et Mycoplasme
- Sérologie Lyme
 - Si notion de piqûre de tique et d'érythème migrant dans les 3 à 6 mois (essentiellement juin à octobre) qui précèdent la PFP + myalgies, arthralgies et névralgies
 - Si PFP bilatérale
 - Peut être négative si exposition inférieure à 6 semaines, répéter la sérologie après 1 mois
- Avis ORL (dès que possible, urgent si OMA ou mastoïdite) : otoscopie et examen clinique.
 - Eliminer la présence de vésicules dans la conque (syndrome de Ramsay-Hunt);
 - Réflexe stapédien (confirme une atteinte en amont de la branche innervant le muscle stapédien) : facteur de bon pronostic quand il réapparaît.
 - Audiogramme
- Pas d'imagerie à réaliser sauf
 - Examen neurologique anormal dont l'atteinte de plusieurs nerfs crâniens
 - Otite moyenne chronique, mastoïdite
 - Traumatisme de l'os temporal ou chirurgie
 - Récurrence (néoplasie ?)
 - Progression sur plus de > 3 semaines ou dure plus de 6 mois
 - Ct-scan cérébral ou IRM cérébrale : modalité en fonction de la situation
- Ponction lombaire à envisager si signes méningés/radiculite (+/- sérologie Lyme si contexte évocateur)
- Tests électrophysiologiques (EMG) si aucune amélioration à 6 à 8 semaines.

TRAITEMENT

- **. PFP « a frigore »**
 - Chez l'enfant : récupération le plus souvent complète et spontanée
 - Début de récupération à 3 semaines
 - 90% de récupération complète à 3 mois, jusque 98% à un an.
 - Protection de la cornée si fermeture incomplète de l'œil (risque d'ulcérations cornéennes)
 - Onguent pour la nuit : VitA-POS® ou Duratears onguent®
 - Larmes pour la journée : Thealoz Duo® (pas gel !!)
 - Corticoïdes : Methylprednisolone 2 mg/kg/jour per os (maximum 64 mg) – 5 jours. De préférence dans les 72 premières heures.
- **PFP sur syndrome de Ramsay Hunt** ou paralysie faciale douloureuse -> traitement d'office
 - Methylprednisolone 2 mg/kg/jour (max. 64 mg) per os – 10 jours puis dégression
 - + Aciclovir 20 mg/kg/dose 3x/jour (max 800 mg par dose) per os – 7 jours
- **PFP et Lyme**
 - Bon pronostic de la paralysie faciale : le traitement antibiotique permet de diminuer le risque des manifestations tardives du Lyme.
 - Antibiothérapie à discuter avec les infectiologues selon le tableau et l'âge de l'enfant
- **PFP sur infection ORL** : discussion drainage chirurgical/paracentèse avec les ORL et antibiothérapie IV. Paracentèse d'office si PFP sur OMA + drain si tympan non perforé.

SUIVI (PF de BELL)

- Contrôle d'évolution clinique chez le pédiatre/médecin traitant à 3 semaines
- Avis spécialiste si :
 - Récurrence
 - Pas de début d'amélioration à 3 semaines
 - Persistance à 3 mois
 - Contexte évocateur d'une maladie de Lyme

BIBLIOGRAPHIE

- [Karalok ZS](#), [Taskin BD](#) et al. Childhood peripheral facial palsy. [Childs Nerv Syst.](#) 2018 May;34(5):911-917. doi: 10.1007/s00381-018-3742-9. Epub 2018 Feb 9.
- S. Ayari Khalfallah, P. Froehlich. Paralyse faciale en pédiatrie. Pas-à-pas en pédiatrie. <https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/paralyse-faciale-chez-lenfant>
- Marc C Patterson. Facial nerve palsy in children. Uptodate Feb. 2020
- Raphaël Maire, Pascal Meylan. Paralyse faciale : mise à jour pour le praticien. Rev Med Suisse 2011; volume 7. 1901-1907
- J Hoffe, MC Quintal, I Saliba, M Lebel, P Bédard, ED Trottier. Paralyse de Bell. Urgences – CHU Sainte-Justine. Révisé en 2018. <http://www.urgencehsj.ca/protocoles/paralyse-faciale-peripherique-idiopathique-paralyse-de-bell/>