

# Comment ne pas être bouche bée devant une bouche « croche »

1

Issam Saliba

François, 42 ans, consulte à l'urgence pour une paralysie faciale gauche. Quelques heures avant l'apparition de cette dernière, il a présenté une otalgie gauche associée à des céphalées pendant plusieurs heures. La paralysie faciale est ensuite survenue brutalement dans la matinée. À part ce problème, l'examen clinique est normal.

- ⊗ S'agit-il d'une paralysie faciale centrale ou périphérique ?
- ⊗ Faut-il s'inquiéter et faire une évaluation plus poussée ?
- ⊗ Est-ce que la corticothérapie est le seul traitement recommandé ?

LE NERF FACIAL CORRESPOND à la septième paire crânienne (VII). Il s'agit d'un nerf mixte qui comprend des fibres à visée motrice, sensitive, sensorielle et végétative. Il suit un trajet intrapétreux, puis traverse la caisse tympanique et la mastoïde, sort du crâne au niveau du trou stylomastoïdien, puis passe dans la loge parotidienne et se subdivise en différentes branches<sup>1</sup> (figure). Les atteintes du nerf facial (VII) peuvent être causées par des lésions du noyau de ce dernier dans le tronc cérébral ou des lésions du nerf comme tel sur son trajet.

## Paralysie faciale centrale ou périphérique : comment les différencier ?

### La paralysie faciale centrale

La paralysie faciale centrale touche

Le Dr Issam Saliba, otorhinolaryngologue et otoneurologue, exerce au CHUM, pavillons Notre-Dame et Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Il est également professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

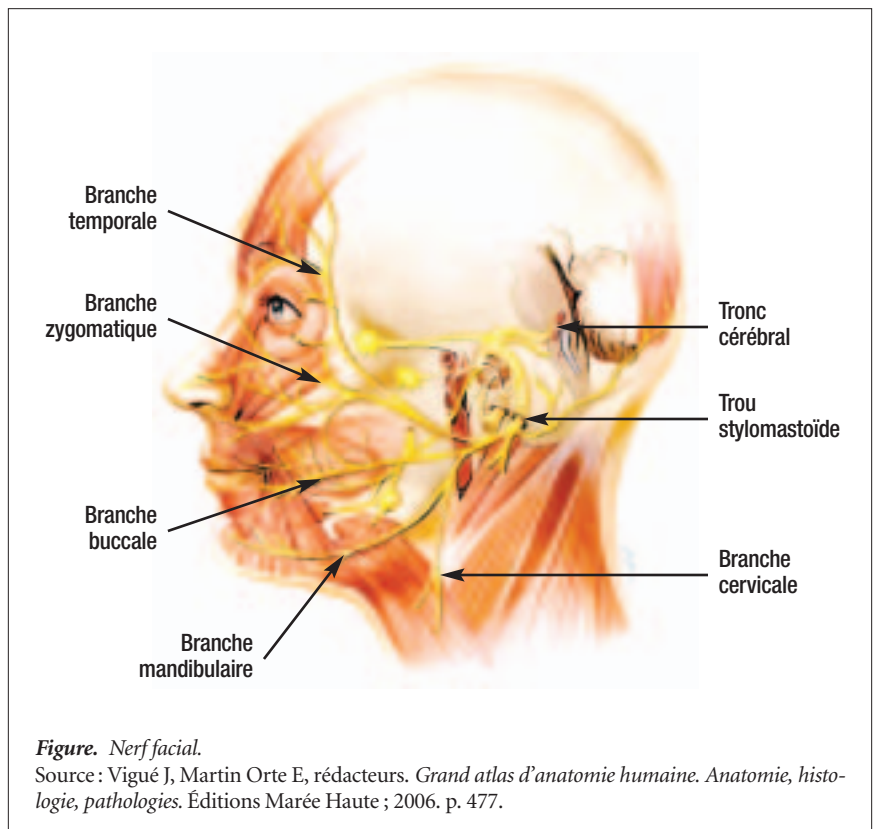


Figure. Nerf facial.  
Source : Vigué J, Martin Orte E, rédacteurs. *Grand atlas d'anatomie humaine. Anatomie, histologie, pathologies*. Éditions Marée Haute ; 2006. p. 477.

principalement la partie inférieure du visage. Dans la majorité des cas, le front n'est pas atteint en raison de la projection bilatérale du premier neurone cortical sur les noyaux supérieurs du nerf facial dans

## Tableau I

### Points différenciant la paralysie faciale centrale de la paralysie faciale périphérique<sup>3</sup>

#### Signes associés à la paralysie faciale centrale

- ⊕ Mouvements automatiques involontaires
- ⊕ Rides du front présentes

#### Signes associés à la paralysie faciale centrale ou périphérique

- ⊕ Effacement du pli nasogénien
- ⊕ Chute de la commissure labiale
- ⊕ Impossibilité de siffler ou de gonfler les joues
- ⊕ Attraction de la bouche du côté sain lors du sourire
- ⊕ Fermeture incomplète de l'œil
- ⊕ Bascule du globe oculaire vers le haut (signe de Bell)
- ⊕ Signe des cils de Souques
- ⊕ Troubles du goût au niveau des deux tiers antérieurs de l'hémilangue innervés par les fibres sensorielles (corde du tympan)
- ⊕ Diminution de la sécrétion lacrymale par atteinte du nerf pétreux (branche du nerf VII)
- ⊕ Abolition du réflexe stapédien
- ⊕ Hyperacousie douloureuse attribuable à une atteinte du nerf moteur du muscle de l'étrier
- ⊕ Hypoesthésie de la conque du pavillon et du conduit auditif externe (zone de Ramsay-Hunt) par une atteinte sensitive

la protubérance. Une très discrète atteinte de la partie supérieure du visage peut parfois exister au niveau du front. Il peut aussi y avoir une dissociation automaticovolontaire : l'asymétrie est plus marquée lors des mouvements volontaires exécutés sur consigne que lors des mouvements automatiques involontaires, tels que les mimiques spontanées. Lors des mouvements automatiques et réflexes, il n'y a pas de perturbations. La paralysie faciale centrale est presque toujours associée à un déficit moteur du membre supérieur homolatéral comme une hémiparésie<sup>2</sup>.

### La paralysie faciale périphérique

La paralysie faciale périphérique atteint de façon équivalente la partie supérieure et la partie inférieure

## Tableau II

### Données sémiologiques d'une paralysie faciale de Bell

- ⊕ Installation douloureuse
- ⊕ Évolution rapide
- ⊕ Absence d'antécédents otologiques
- ⊕ Normalité de l'examen clinique et de l'otoscopie

du visage. Dans les formes frustes, si l'on demande au malade de fermer fortement les yeux, les cils sont plus apparents du côté paralysé que de l'autre (signe des cils de Souques) (tableau I).

En cas de paralysie faciale bilatérale (diplégie faciale), le visage est atone et inexpressif<sup>3</sup>. Le signe de Bell est bilatéral tandis que les troubles de l'élocution et de la mastication sont importants.

### Paralysie faciale : quand faut-il s'inquiéter et faire une évaluation plus poussée ?

Dans le cas de François, les données sémiologiques évoquent une paralysie faciale de Bell (tableau II). Le diagnostic de zona du ganglion géniculé est peu probable en l'absence d'éruptions caractéristiques dans la zone de Ramsay-Hunt (conque du pavillon et conduit auditif externe), de vertiges ou d'une atteinte d'autres nerfs crâniens.

Une otoscopie est essentielle pour éliminer un trouble de l'oreille moyenne. Dans le cas d'une otite moyenne aiguë ou d'une otite séreuse associée à une paralysie faciale, il faut orienter d'urgence le patient en ORL pour effectuer une myringotomie et pour mettre en place un tube aérateur transtympanique. Il ne faut pas oublier la palpation du cou et de la parotide pour déceler d'éventuelles adénopathies cervicales ou masses parotidiennes. Un examen neurologique complet doit être effectué pour éliminer d'autres déficits associés. Une attention spéciale doit être portée à l'œil en position ipsilatérale par rapport à l'atteinte. Il faut être vigilant en présence d'une paralysie faciale de Bell chez un patient diabétique, car il peut s'agir d'une mononévrite diabétique.

Y a-t-il place à des examens complémentaires au stade aigu de la paralysie faciale ? La réponse est non dans les cas de paralysie partielle et de présentation typique, mais oui si la paralysie est totale. Une élec-

troneurographie du nerf VII est alors indiquée entre le 3<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour suivant l'apparition de la paralysie pour connaître le pourcentage de dégénérescence nerveuse. Un résultat supérieur à 90 % nécessite un traitement chirurgical d'urgence. Si, après interrogatoire et examen clinique, le diagnostic de paralysie faciale de Bell est le plus probable, il faut se contenter de traiter le patient et de le revoir en consultation de deux à quatre semaines plus tard. Si les troubles disparaissent ou si la paralysie s'améliore, il n'est pas nécessaire de pousser ce diagnostic plus loin. Si les troubles persistent ou si d'autres symptômes neurologiques ou généraux surviennent ou encore si la paralysie faciale est bilatérale ou récidivante, il s'agit d'une paralysie faciale atypique (*tableau III*). Il faut alors reconsidérer le diagnostic et entreprendre un bilan étiologique.

Une otite moyenne chronique (cholestéatomeuse) compliquée d'une paralysie faciale nécessite une intervention otologique d'urgence<sup>7</sup>.

En présence d'un patient souffrant d'une paralysie faciale traumatique à l'urgence, il est très important de savoir si la paralysie a été immédiate ou tardive<sup>8</sup>. Cette information est indispensable pour la conduite à tenir. Une paralysie faciale tardive guérit presque toujours, généralement sans séquelles<sup>9</sup>. Une paralysie immédiate et complète fait craindre un sectionnement ou un écrasement du nerf. La constatation d'une paralysie faciale traumatique totale immédiate commande une évaluation urgente par un spécialiste en vue d'une intervention chirurgicale : décompression du nerf, suture ou greffe<sup>10</sup>. À noter que les plaies au niveau de la région parotidienne peuvent causer des lésions au tronc ou aux branches du nerf facial. Il faut alors explorer les branches sectionnées du nerf VII et établir une anastomose dans les plus brefs délais.

Une paralysie faciale périphérique progressive, avec ou sans hémispasme, doit évoquer une origine

### Tableau III

#### Bilan complémentaire devant une paralysie faciale atypique<sup>4,5,6</sup>

- Sérologie virale des IgG et des IgM des virus de la famille Herpès (HSV-1 et HSV-2, VZV, CMV, EBV) et un test de dépistage du VIH.
- Audiographie et impédancemétrie : utiles pour vérifier les réflexes stapédiens.
- Glycémie à la recherche d'un diabète non diagnostiqué pouvant interférer avec les médicaments prescrits ou en modifier la dose.
- Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine : important pour éliminer une sarcoïdose.
- Imagerie par résonance magnétique : utile pour vérifier l'intégrité de la fosse postérieure, l'angle pontocérébelleux et le conduit auditif interne (schwannome des nerfs VII ou VIII).
- Tomodensitométrie cérébrale : non pertinente pour l'examen de la fosse postérieure en raison des faux négatifs possibles.
- Scintigraphie à forte résolution de l'os pétreux et de la mastoïde : indispensable en cas de paralysie faciale associée à un traumatisme crânien ou à une affection de l'oreille moyenne (cholestéatome).
- L'électroneurographie (entre le 13<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour de la paralysie) et l'électromyographie (à partir du 23<sup>e</sup> jour de la paralysie) de la face : indiqués dans les cas de paralysie faciale totale pour évaluer la gravité de l'atteinte (dénervation) et suivre la récupération.

tumorale. Le bilan d'imagerie par résonance magnétique est alors primordial<sup>11</sup>.

#### **La corticothérapie est-elle le seul traitement ?**

Le traitement de la paralysie faciale de Bell ne se limite pas à l'emploi des corticostéroïdes. Toutefois, en l'absence d'affections pouvant expliquer une paralysie faciale secondaire, il faut entreprendre le plus rapidement possible une corticothérapie par voie orale, à raison de 1 mg/kg/j à 2 mg/kg/j, à dose

**La constatation d'une paralysie faciale traumatique totale immédiate commande une évaluation urgente par un spécialiste en vue d'une intervention chirurgicale.**

**Une paralysie faciale périphérique progressive, avec ou sans hémispasme, doit évoquer une origine tumorale. Le bilan d'imagerie par résonance magnétique est alors primordial.**

#### Repères

dégressive sur une période de 8 à 15 jours selon l'évolution clinique<sup>12</sup>. Plus le traitement est précoce, moins les risques de syncinésie sont élevés. Le virus de l'herpès simplex de type I est en cause dans la paralysie de Bell. Une étude récente à double insu montre que l'association d'un antiviral (acyclovir ou valacyclovir) et de prednisone est efficace dans 93 % des cas<sup>13</sup>. L'acyclovir (Zovirax) est pris par voie orale pendant dix jours (10 mg/kg/dose divisés en trois ou cinq doses)<sup>14</sup>. Le valacyclovir (Valtrex) est pris par voie orale pendant dix jours (1,5 g/j à 3 g/j fractionnés en trois prises). Le traitement de la paralysie faciale est dominé par la prévention des complications oculaires. Il est important d'empêcher la cornée de s'assécher et la poussière de pénétrer dans l'œil. Il faut donc protéger systématiquement la cornée en appliquant un onguent lubrifiant ou encore en faisant une occlusion palpébrale complète la nuit et en instillant des larmes artificielles régulièrement le jour. En outre, il est indispensable de protéger l'œil la nuit à l'aide d'un pansement occlusif et d'éviter les lumières trop vives ou les vents forts pendant la journée. L'exposition de la cornée peut se compliquer d'une kératite. Il ne faut donc pas hésiter à demander une consultation en ophtalmologie au moindre doute.

Lorsqu'un patient est atteint de paralysie faciale totale, on lui montre des exercices de physiothérapie faciale à pratiquer pour maintenir le tonus musculaire. Dans les paralysies faciales dont la récupération est lente, on dirige les patients vers un physiothérapeute. En cas d'échec du traitement médical d'une paralysie faciale complète, on propose une décompression chirurgicale du nerf facial. Dans les formes post-traumatiques très déficitaires, une intervention chirurgicale fonctionnelle comme une anastomose hypoglossofaciale peut être indiquée.

### **Retour au cas de François**

*François souffre d'une paralysie faciale gauche pé-*

*riphérique d'installation brutale. L'absence d'antécédents notables et la présence de céphalées et d'une otalgie ipsilatérale relativement intense ayant précédé de quelques heures la paralysie orientent le diagnostic vers une paralysie de Bell. L'examen clinique normal vient appuyer ce diagnostic. François a reçu une association de prednisone et d'acyclovir. La paralysie a totalement disparu deux semaines après le début du traitement.* 📖

**Date de réception :** 26 octobre 2006

**Date d'acceptation :** 10 janvier 2007

**Mots-clés :** paralysie faciale centrale, paralysie faciale périphérique, paralysie de Bell

Le D<sup>r</sup> Issam Saliba n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

## **Bibliographie**

1. Aird DW, Puttasiddaiah P, Berry S et coll. Spatial orientation of the facial nerve in relation to parotid tumours. *J Laryngol Otol* 2006; 120 (5) : 371-4.
2. Hadlock TA, Greenfield LJ, Wernick-Robinson M et coll. Multimodality approach to management of the paralyzed face. *Laryngoscope* 2006; 116 (8) : 1385-9.
3. Jain V, Deshmukh A, Gollomp S. Bilateral facial paralysis: case presentation and discussion of differential diagnosis. *J Gen Intern Med* 2006; 21 (7) : C7-10.
4. Stjernquist-Desatnik A, Skoog E, Aurelius E. Detection of herpes simplex and varicella-zoster viruses in patients with Bell's palsy by the polymerase chain reaction technique. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006; 115 (4) : 306-11.
5. Senthilvel E, McConn WR, Brett FM, Rawluk D. Facial nerve schwannoma of the internal auditory canal. *Ir J Med Sci* 2006; 175 (1) : 74-6.
6. Lee DH, Chae SY, Park YS, Yeo SW. Prognostic value of electroneurography in Bell's palsy and Ramsay-Hunt's syndrome. *Clin Otolaryngol* 2006; 31 (2) : 144-8.
7. Lin JC, Ho KY, Kuo WR, Wang LF et coll. Incidence of dehiscence of the facial nerve at surgery for middle ear cholesteatoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131 (4) : 452-6.
8. Odebo TO, Ologe FE. Facial nerve palsy after head injury: Case incidence, causes, clinical profile and outcome. *J Trauma* 2006; 61 (2) : 388-91.

**Il faut protéger systématiquement la cornée en appliquant un onguent lubrifiant et encore en faisant une occlusion palpébrale complète la nuit et en appliquant des larmes artificielles régulièrement le jour. L'exposition de la cornée peut se compliquer d'une kératite.**

Repère

## Summary

### ORL Emergencies and Facial Nerve Paralysis

General practitioners often encounter and treat patients suffering from facial nerve paralysis. Are complementary tests always necessary? Which treatments should be considered? This article aims at answering those questions. Bell's palsy, an idiopathic disease, is a common cause of facial nerve paralysis and is a diagnosis of exclusion. Peripheral paralysis involves both the forehead and the lower part of the face whereas in central paralysis only the lower part is involved. Imaging tests, such as MRI scans can be ordered if the diagnosis is uncertain or if there is no improvement in the patient's condition. Suggested pharmacological treatments are a combination of steroids and anti-viral drugs such as acyclovir or valacyclovir. Eyes should be protected and kept moist by using "artificial tears" during the day and by taping them shut at night.

**Keywords:** Central facial paralysis, peripheral facial paralysis, Bell's palsy

9. Nosan DK, Benecke JE, Murr AH. Current perspective on temporal bone trauma *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117 (1) : 67-71.
10. Deveze A, Paris J. Facial paralysis: functional and aesthetic rehabilitation techniques. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2006; 127 (1-2) : 91-6.
11. Terhaard C, Lubsen H, Tan B et coll. Facial nerve function in carcinoma of the parotid gland. *Eur J Cancer* 2006; 42 (16) : 2744-50.
12. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel M. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: a meta-analysis. *Laryngoscope* 2000; 110 (3) : 335-41.
13. Alberton DL, Zed PJ. Bell's palsy: a review of treatment using antiviral agents. *Ann Pharmacother* 2006; 40 (10) : 1838-42. Epub 2006 Sep 12.
14. De Diego JJ, Prim MR, De Sarria MJ. Idiopathic facial paralysis: a randomized, prospective, and controlled study using single-dose prednisone versus acyclovir three times daily. *Laryngoscope* 1998; 108 (4) : 573-5.