

Paralysie faciale périphérique

Responsable du document : Dresse. A. Rossel ; Dr. D. Lebowitz ; Dr. H. Spechbach Revision: Drs		Type de document : Protocole	Domaine : <i>Médical</i>	
Date de création : 09.06.2015	Date d'entrée en vigueur : 09.06.2015	Date de mise à jour : © HUG 04.04.2023	N° de version : 1.2	
Mots-clés : Paralysie faciale-périphérique				

"Droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit de la présente procédure, faite sans l'autorisation des Hôpitaux Universitaires de Genève est illicite et constitue une contrefaçon."

1. Présentation typique (forme idiopathique) :

- Paralysie faciale périphérique unilatérale d'installation rapidement progressive (12-72h).
- L'apparition brutale des symptômes doit faire suspecter un AVC.
- Possibles plaintes sensorielles associées : dysgueusie, hyperacousie, dysesthésie de l'hémiface atteinte.
- Peut être précédée d'une douleur rétro-mastoïdienne, mais des céphalées franches sont anormales.

2. Examen clinique :

- En cas d'atteinte périphérique, atteinte de toute l'hémiface, tandis qu'en cas d'atteinte centrale, préservation de la partie supérieure de l'hémiface.
- Une parésie du platysma et l'effacement du pli naso-génien parlent en faveur d'une atteinte périphérique.
- **Examen systématique** du conduit auditif externe + otoscopie : recherche de vésicules zostériennes (Sy. de Ramsay-Hunt, cf. **figure 1 p.2**), d'une otite moyenne ou d'un cholestéatome.
- Stratification du déficit selon l'échelle de House-Brackmann (cf. **tableau 1 p.2**), à documenter dans le résumé de séjour.
- Examen neurologique complet systématique. Une atteinte bilatérale ou de plusieurs nerfs crâniens, la présence d'un autre déficit neurologique, d'un spasme facial ou une évolution chronique sont atypiques et suggèrent une cause alternative infectieuse, inflammatoire ou tumorale.
- Recherche de comportements à risque : anamnèse sexuelle, habitudes.
- Recherche de facteurs de risque pour la maladie de Lyme : balades en forêt en zones endémique, piqûre de tique, histoire d'érythème migrants.

3. Diagnostique différentiel :

- Paralysie faciale idiopathique (de Bell, a frigore) : 50-70% des cas.
- Étiologies infectieuses : VIH*, VZV (Syndrome de Ramsay-Hunt), Lyme*, Syphilis.
- Étiologies inflammatoires : Sarcoïdose*, Sjögren, Guillain-Barré.
- Autres : neuropathie diabétique, tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, parotidite, tumeur parotidienne, mastoïdite, Schwannome du nerf facial.

*A évoquer face à une paralysie faciale bilatérale

4. Examens complémentaires :

- Sérologies :
 - o Systématiques : VIH, Syphilis
 - o Si probabilité pré-test élevée : Lyme
- Glycémie, hémoglobine glyquée
- Autres : IRM, CT-scan injecté, Ponction lombaire : à discuter avec le neurologue **en cas de présentation atypique.**

5. Traitement :

- Prednisone 1mg/kg/j PO, 7j et stop
- Protection oculaire : verre de montre (jour), pansement occlusif (nuit), Vitamine A Blache® onguent + larmes artificielles (Lacryvisc®) 4x/j.
- Syndrome de Ramsay-Hunt : traitement antiviral systématique
- Paralysie idiopathique : **traitement antiviral** uniquement chez les atteintes sévères (House-Brackmann IV-VI) ou si arguments pour infection à VZV (vésicules dans le CAE ; otalgies sévères)
 - o Valacyclovir (Valtrex®) 1000mg 3x/j PO, 7j

6. Suivi :

- Atteintes peu sévères (House-Brackmann I-III) :
 - o suivi chez le médecin traitant.
- Atteintes sévères uniquement (House-Brackmann IV-VI) :
 - o Consultation **neurologie** ambulatoire ou HUG à J-10 (électroneurographie pronostique/physiothérapie).
 - Neurologue en ville : prise de rdv par le patient
 - Suivi au HUG : demande DPI d'ENMG à faire
 - o Objectifs :
 - Confirmer atteinte périphérique et non centrale.
 - Evaluer le pronostic de récupération (de manière générale, récupération complète c/o 61% des paralysies idiopathiques), l'intérêt de physiothérapie/logopédie
 - Suivre l'évolution et résultat de sérologie
 - Prévoir d'éventuel examens complémentaires (IRM, PL, bilan immuno)
 - o Prix de la CS + ENMG : 300 -350 CHF.
- Consultation **ophtalmologique** urgente si œil rouge ou douloureux
- Hospitalisation en neurologie à discuter avec le spécialiste en cas de présentation atypique et selon résultat des examens complémentaires.
- Il incombe au médecin prescripteur d'assurer le suivi des sérologies effectuées :
 - o Consultation infectiologique ambulatoire en cas de positivité.

Figure 1 . Sy. De Ramsey-Hunt



Tableau 1. Échelle de sévérité de la paralysie faciale selon House-Brackmann

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

7. Références :

- Gronseth G., Paduga R. Evidence-based guideline update: Steroids and antivirals for Bell palsy Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology; Neurology 2012; 79:2209–2213.
- Sullivan FM, Swan IRC, Donnan PT, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. N Engl J Med 2007; 357:1598–1607.
- Engström M, Berg T, Stjemquist-Desatnik A, et al. Prednisolone and valacyclovir in Bell's palsy: a randomised double-blind, placebo controlled, multicentre trial. Lancet Neurol 2008; 7: 993–1000.
- Lockhart P, Daly F, Pitkethly M, Comerford N, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.
- Maire R, Meylan P. Paralysie faciale: mise à jour pour le praticien. Rev Med Suisse 2011; 7:1901-7.
- Gayor I., Madhok VB, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) ; Cochrane Database Syst Rev. 2015
- Turgeon RD, Wilby KJ, Ensom MH. Antiviral Treatment of Bell's Palsy Based on Baseline Severity: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Med. 2015 Jun; 128(6):617-28.