

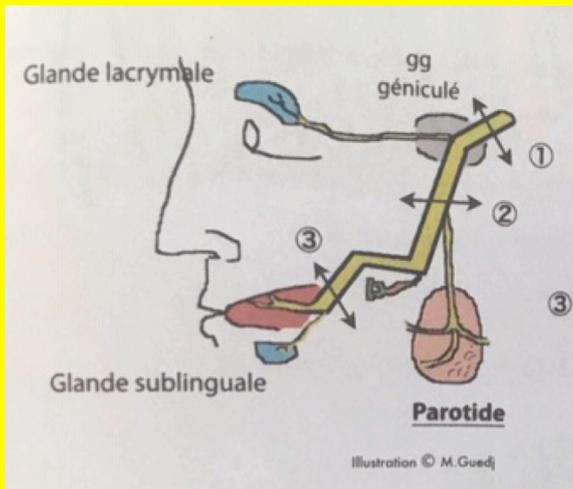
**Centre Hospitalier Universitaire de Nice**  
**Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence**

<b>Protocole de service accueil des urgences</b>	
<b>Titre</b>	<b>PRISE EN CHARGE DE LA PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE AUX URGENCES</b>
Rédaction DRMION-NOLIN	Approbation Dr GUEVARA (ORL)
Date de création	juin 2019
Application	Validité
Urgences-SAMU-SMUR	2 ans

## PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE (PFP)

### RAPPELS/ NERF FACIAL VII

- fonction motrice
- fonction sensitive : innervation sensitive de la zone de Ramsay-Hunt (conque de l'oreille et CAE adjacent)
- fonction végétative : innervation des glandes lacrymales, des glandes muqueuses des fosses nasales, des glandes sous maxillaires et sublinguales
- fonction sensorielle : gustation des 2/3 antérieurs de la langue



PFP → atteinte du noyau ou des fibres du VII **homolatérale** au côté lésé

3 zones potentiellement atteintes

### CLINIQUE

- paralysie totale dans le **territoire facial SUPERIEUR ET INFERIEUR** (homolatéral à la lésion du VII)
- **signe de Charles-Bell** : l'occlusion palpébrale étant impossible du côté atteint, on voit l'œil se porter en haut et en dehors
- **signe des cils de Souques**
- **signe du peaucier de Babinski** : lorsqu'on demande au patient de baisser sa lèvre inférieure, on aperçoit le relief du muscle peaucier du côté sain et non du côté paralysé
- **PAS de dissociation automatico-volontaire**
- **possible atteinte sensitive** (hypoesthésie de la zone de Ramsay-Hunt)
- **possible atteinte sensorielle** (hypoagueusie et parfois hyperacousie en raison de l'absence de contraction du muscle du tendon de l'étrier)
- **possible atteinte végétative** (👇 des sécrétions salivaires et lacrymales)

**TOUJOURS EXAMINER L'OREILLE AVEC EXAMEN OTOSCOPIQUE** (éruption dans la zone de Ramsay-Hunt ? otite moyenne ? hypoacousie ?...)

**EXAMEN NEUROLOGIQUE** afin d'affirmer le caractère périphérique de la paralysie

- recherche systématique d'une tuméfaction parotidienne
- évaluation des troubles oculaires (sécheresse, érosion cornéenne...)

Rq : une installation progressive sur plusieurs semaines doit orienter vers une étiologie tumorale

## ETIOLOGIES

- **PF a frigore ou de Charles Bell : diagnostique d'élimination**, la plus fréquente+++ (50%)  
(origine virale suspectée, paralysie brutale sans cause évidente parfois accompagnée de dysgueusie, guérison en 3 semaines à 6 mois). Les formes incomplètes récupèrent rapidement sans séquelles avec par contre environs 20% de séquelles si atteinte complète)
- **PF otogène** : PF compliquant une OMA, ou une OM chronique (choléstéatome), otite maligne externe
- **PF d'origine infectieuse** : maladie de Lyme, HIV, zona auriculaire de Ramsay-Hunt (avec otalgie, éruption vésiculeuse de la zone de Ramsay-Hunt, +/- atteinte des gg de Corti (surdité) et de scarpa (vertiges)), complications d'une rougeole, oreillons, mononucléose infectieuse, paludisme, syphilis, listériose, lèpre...
- **PF d'origine tumorale** : tumeur de l'oreille moyenne et externe, tumeur du méat auditif interne et de l'angle ponto-cérébelleux, tumeur maligne de la parotide
- **PF d'origine traumatique** : fracture du rocher, plaie de la région parotidienne...
- **Autres** : syndrome de Millard Gubler (PFP+ hémiplégié controlatérale par atteinte protubérantielle), syndrome de Guillain-Barré (PFP bilatérale), scléroses en plaque, lupus, diabète ...)

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En dehors d'une PFP avec cause évidente (traumatologique, infectieuse avec doute sur syphilis, lyme, VIH...), le **bilan biologique** pourra, le plus souvent, être réalisé en externe :

→ glycémie à jeun et HBA1C

→ NFS, CRP

→ **bilan sérologique orienté par l'interrogatoire** : syphilis, VIH, HSV, VZV, CMV

→ **PAS d'imagerie en urgence** si pas de traumatisme, otoscopie normale, et pas d'hypoacousie ni vertiges

- Si surdité de transmission ou otorrhée (cholestéatome ?), pathologie de l'oreille moyenne ou externe, **allo ORL** pour discuter scanner du rocher en urgence
- Si otorragie post traumatique : évoquer une fracture du rocher, **allo ORL++** et réaliser en urgence un scanner cérébral, avec scanner du rocher EN URGENCE si PF totale immédiate évoquant une section de nerf
- si surdité de perception, acouphènes, vertiges (tumeur du rocher, méat auditif interne, ou de l'angle ponto-cérébelleux), **allo ORL** et prescrire IRM EN EXTERNE

## PRISE EN CHARGE AU SAU

- instauration du traitement de manière précoce (idéalement dans les 3ers jours) :

- solupred® 1 à 2 mg/kg/j 7j (selon tolérance du patient)

- valaciclovir (zelitrex®) 500 : 2cp 3 fois par jour 7j

- soins oculaires afin d'éviter sécheresse et kératite cornéenne :

- informations du patient sur les risques

- lubrifiant ophtalmique (lacryvisc® ou Hylo Confort Plus) 10 fois par jour

- chambre humide oculaire si occlusion incomplète de l'œil

- pommade vitamine A le soir avec fermeture de l'œil par des stér strips mis en place

horizontalement afin de remonter la paupière inférieure, et non verticalement)

- massages faciaux par le patient

- kiné faciale active et/ou orthophonie pour maintenir un tonus et une vascularisation musculaire (ATTENTION PAS D ELECTROSTIMULATION)

- reconvoque en consultation ORL avec résultats des examens prescrits entre J7 et J10 pour examen audiovestibulaire

CAS PARTICULIERS :

- PF complète avec éruption évoquant zona avec, HOSPITALISATION avec Zovirax® IV (10 à 15 mg/kg 3 fois par jour)

- PFP avec atteinte otologique : avis ORL avant sortie+++