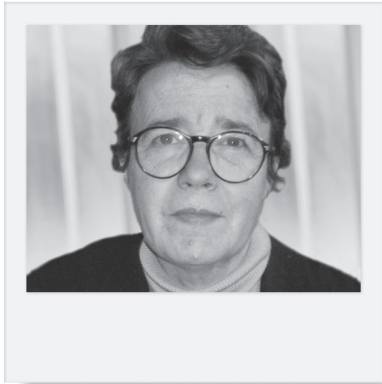


REPÈRES PRATIQUES

Neurologie

Paralysie faciale acquise de l'enfant : ce qu'il faut faire



→ **M. FRANÇOIS**
Service ORL,
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

La paralysie des muscles d'une hémiface, visible à la mimique ou lors des pleurs, avec parfois effacement du sillon nasogénien au repos, inquiète toujours beaucoup les parents et, en cas de paralysie faciale acquise, il est bien rare qu'ils attendent 24 heures pour venir consulter. La démarche diagnostique doit être rigoureuse, pour éviter des examens inutiles, et les explications données aux parents concernant les possibilités thérapeutiques et les résultats attendus doivent être clairs pour éviter des consultations et des angoisses inutiles.

Réalité et sévérité de la paralysie faciale

L'examen commence par vérifier la réalité de la paralysie faciale (PF). A ce sujet, il est intéressant de constater que beaucoup de parents se trompent sur le côté paralysé. Il s'agit du côté où la paupière se ferme moins bien, où le coin de la bouche ne se relève pas lors du sourire et où le sillon nasogénien est un peu effacé qui est paralysé.

La sévérité de la PF est appréciée sur l'importance de l'asymétrie lors des pleurs chez le nourrisson et le jeune enfant [1]. Mais dès 2-3 ans l'enfant doit être capable de contracter à la demande les divers muscles de la face. La contraction est

cotée de 0 (pas de contraction) à 3 (contraction analogue à celle du côté sain) sur 10 groupes musculaires, donnant une note de 0 à 30 qui est soigneusement notée sur l'observation, pour comparaisons ultérieures. Le tonus musculaire est toujours bon chez l'enfant.

Recherche de complications

La complication de la paralysie faciale, c'est l'ulcération de la cornée en cas de recouvrement insuffisant par la paupière paralysée. Le traitement préventif est systématique (pansement sur l'œil la nuit, gouttes ophtalmiques).

Recherche d'une étiologie

Après avoir vérifié par l'interrogatoire qu'il n'y a pas eu de traumatisme crânien récent, l'examen commence par la recherche clinique d'une cause locale : palpation de la parotide à la recherche d'une tumeur, otoscopie à la recherche de signes d'otite moyenne aiguë, d'otite chronique, d'une tumeur débordant de la caisse du tympan, recherche d'une éruption dans la zone de Ramsay-Hunt (qui pourrait correspondre à un zona) ou de vésicules sur le corps (varicelle) (*fig. 1*).

Ensuite, il faut vérifier qu'il n'y a pas d'atteinte des autres paires crâniennes, et plus particulièrement du VIII cochléaire (audition) et vestibulaire (équilibre).

En fait, le plus souvent la PF est isolée, apparue brutalement en quelques heures chez un enfant apyrétique et par ailleurs en bonne santé.

S'il y a des antécédents de piquûre de tique ou d'éruption bizarre, une sérologie de Lyme sera demandée.

Dans les autres cas, le diagnostic retenu à ce stade est celui de paralysie faciale *a frigore*.

L'imagerie est inutile à ce stade [2].

REPÈRES PRATIQUES

Neurologie

POINTS FORTS

- ➡ La paralysie faciale *a frigore* est de bon pronostic chez l'enfant.
- ➡ Les parents doivent être avertis du fait que les premiers signes de récupération n'apparaîtront qu'au bout d'un mois environ.
- ➡ L'imagerie (IRM) n'est indiquée devant une paralysie faciale *a frigore* que s'il n'y a pas de récupération dans les délais habituels ou s'il y a une récurrence.

Prise en charge

Cette paralysie va récupérer, mais cela va demander 4 à 12 semaines, il faut en avertir les parents et l'enfant pour qu'ils prennent leur mal en patience et ne multiplient pas les consultations inutiles !

Lorsqu'une cause a été reconnue, elle doit être traitée : paracentèse et antibiothérapie en cas d'otite moyenne aiguë, traitement chirurgical d'une otite chronique, décompression chirurgicale du nerf facial en cas de paralysie traumatique, exérèse d'une tumeur parotidienne, etc.

Le traitement anti-viral par aciclovir n'est proposé chez l'enfant qu'en cas de zona [3].

Il y a un consensus professionnel pour proposer une corticothérapie d'une semaine pour les PF *a frigore* (après avoir éliminé les contre-indications, en particulier une incubation de varicelle) [3, 4]. L'enfant doit être revu au bout de 4 semaines. Si alors il n'y a pas quelques petits signes de récupération, le diagnostic de PF *a frigore* doit être remis en cause et il faut faire faire une imagerie par IRM. Il pourrait s'agir d'une étiologie très rare comme un schwannome du VII [5]. A noter que ce délai de 4 semaines avant de faire l'IRM ne compromet pas le pronostic final si en définitive il ne s'agit pas d'une PF *a frigore*.

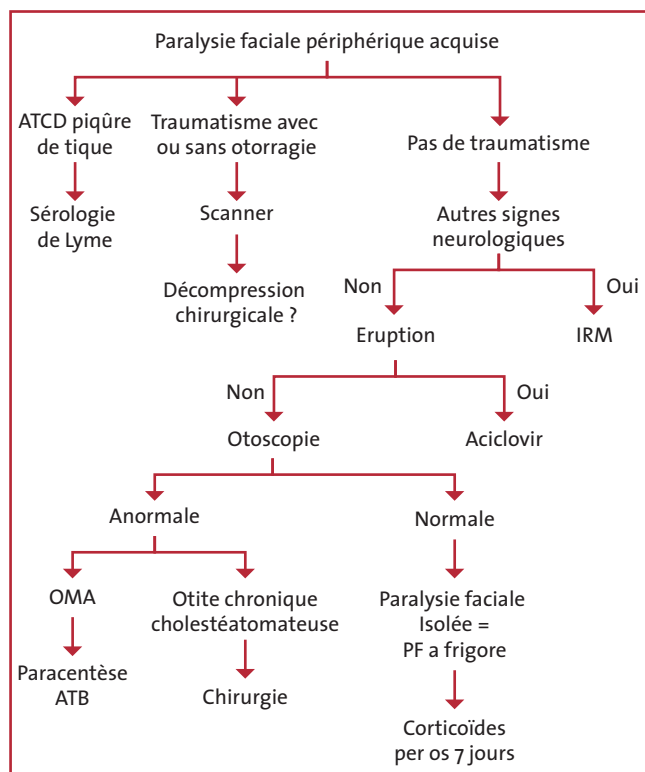


FIG. 1: Arbre décisionnel.

Bibliographie

1. LORCH M, TEACH SJ. Facial nerve palsy: etiology and approach to diagnosis and treatment. *Pediatr Emerg Care*, 2010; 26: 763-769; quiz 770-3.
2. ÉLMALEH-BERGES M. Paralysies faciales périphériques de l'enfant. *Médecine et enfance*, 2009; 281-285.
3. SULLIVAN FM, SWAN IR, DONNAN PT *et al.* Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med*, 2007; 357: 1598-1607.
4. AXELSSON S, BERG T, JONSSON L *et al.* Prednisolone in Bell's palsy related to treatment start and age. *Otol Neurotol*, 2011; 32: 141-146.
5. AL-NOURY K, LOTFY A. Normal and pathological findings for the facial nerve on magnetic resonance imaging. *Clin Radiol*, 2011; 66: 701-707. Epub 2011 Apr 22.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.