

LES PARALYSIES FACIALES POST TRAUMATIQUES A PROPOS DE 25 CAS

N. BELTAIEF, S. KHARRAT, G. BESBES, S. TOUMI, I. KCHOCK,
S. TRABELSI, K. NOUIRA*, S. SAHTOUT, E. MENIF*, S. HACHICHA

SERVICE ORL LA RABTA TUNIS
*SERVICE DE RADIOLOGIE LA RABTA TUNIS

RESUME

Les auteurs rapportent une étude rétrospective portant sur 25 cas de paralysie faciale post-traumatique pris en charge sur une période de 6 ans. Tous les malades ont bénéficié d'une exploration clinique, radiologique, audiolinguistique et électrophysiologique.

Le traitement chirurgical a été indiqué chez 10 de nos patients avec une bonne évolution dans la majorité des cas (9 patients). Les auteurs tentent de définir les critères de décision orientant vers un traitement chirurgical en cas de paralysie faciale post traumatique.

MOTS CLES : Paralysie faciale, traumatisme, fracture du rocher

SUMMARY

The authors report a serie of 25 cases of post-traumatic facial paralysis occurring over a 6-year period.

Patient assessment included clinical, audiological, radiological and EMG examinations. Authors analyze factors affecting the decision for surgical management of patients with trauma inducing facial nerve palsy.

KEY WORDS : Facial paralysis, trauma, fracture of petrous bone

INTRODUCTION

La paralysie faciale périphérique post traumatique est une complication fréquente des traumatismes crâniens graves, faisant suite dans la majorité des cas aux accidents de la voie publique.

Malgré l'absence de consensus jusque là sur la prise en charge de ces paralysies faciales, différents arguments cliniques, audiométriques, électrophysiologiques, radiologiques et évolutifs sont d'un grand apport quant aux choix thérapeutiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les auteurs rapportent une étude rétrospective portant sur 25 patients ayant présenté une paralysie faciale périphérique (PFP) post traumatique, pris en charge dans notre service entre 1998 et 2003.

Tous nos patients ont été traités en milieu hospitalier.

Notre série comporte 19 hommes et 6 femmes dont l'âge moyen était de 29 ans de 6 à 60 ans.

Le traumatisme faisait suite à un accident de la voie publique dans 15 cas ; à un accident domestique dans 5 cas ; à un acte de violence dans 3 cas et à un accident de travail dans 2 cas.

Ces accidents étaient à l'origine d'une perte de connaissance initiale dans 80% des cas, suivie d'un coma dans 12% des cas.

Des lésions neurologiques centrales ont été retrouvées chez 36% des sujets à savoir : un hématome extradural

ou sous dural, une commotion cérébrale et une hémorragie méningée.

Une atteinte du VIème nerf crânien a été constatée chez 4 patients.

Une brèche ostéo-durale était présente chez 3 patients. Celle-ci s'est compliquée de méningite et d'abcès cérébral dans 2 cas et de rhinorrhée cérébro-spinale dans 1 cas.

Le bilan réalisé a comporté dans tous les cas un examen ORL complet avec un examen général, une audiométrie tonale avec étude du réflexe stapédien et une TDM des rochers.

Un test de Schirmer a été réalisé dans 68% des cas et un EMG dans 60% des cas.

Le traitement chirurgical a été indiqué chez 10 de nos patients.

RESULTATS

Le délai de prise en charge était en moyenne de 20 jours (2 j-2 mois).

La paralysie faciale était immédiate dans 10 cas, et secondaire dans 9 cas (avec une latence de 1 à 3 jours). Pour 6 patients, son délai d'apparition était inconnu, bien souvent lié à un coma prolongé.

La paralysie faciale a été cotée selon le grading de House.

L'examen otologique a mis en évidence des lésions asso-



ciées à type d'otorragie (9 cas), d'hémotympan (5 cas), de perforation tympanique (2 cas), de lésions du conduit auditif externe et du pavillon (10 cas) et d'otoliquorrhée (2 cas).

L'examen audiométrique réalisé dès que l'état du patient l'a permis, a montré une surdité de transmission dans 10 cas, une surdité mixte dans 4 cas et une surdité de perception chez deux patients. L'audition était normale dans 9 cas.

Le scanner des rochers réalisé chez tous nos patients a montré :

- Une fracture extra labyrinthique : 18 cas (figures 1, 2)
- Une fracture complexe : 2 cas
- Une dislocation de la chaîne : 6 cas
- Une lésion du canal facial : 6 cas
- Une absence de trait de fracture : 5 cas

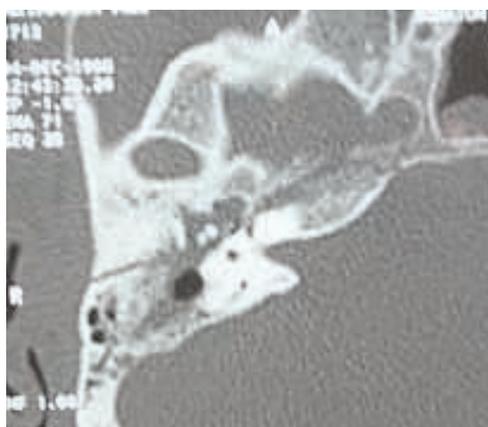


Fig. 1 : Fracture extra labyrinthique qui se projette vers la caisse du tympan.

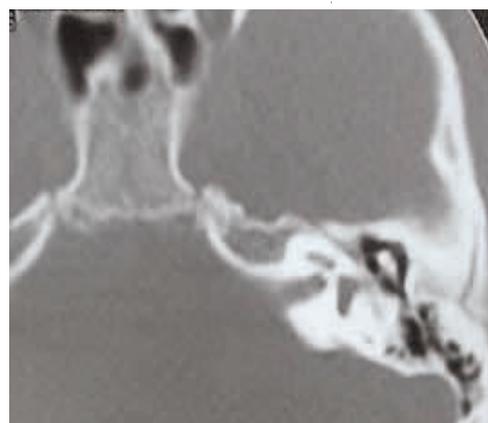


Fig. 2 : Fracture extra labyrinthique qui se projette vers la caisse et vers la région du ganglion géniculé

L'électroneuronographie réalisée chez 15 de nos patients a montré une PF sévère (Esslen <10%) chez 10 patients et une atteinte modérée chez 5 patients.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical

initial.

Ce traitement était à base de corticoïdes et de vasodilatateurs pendant une durée de 10 jours à 1 mois. Une kinésithérapie a été réalisée pour tous les patients.

L'évolution a été favorable dans 10 cas avec récupération de la fonction faciale. Une amélioration légère a été notée dans 2 cas.

Aucune amélioration n'a été observée dans 10 cas (ces patients furent opérés).

Trois patients de notre série ont été perdus de vue.

Le traitement chirurgical a été entrepris chez 10 patients, présentant une paralysie faciale périphérique immédiate grade V - VI de House avec un Esslen <10%. Neuf patients ont bénéficié d'une décompression de la 2ème et 3ème portions du nerf facial.

Un patient a eu une décompression de la 2ème portion. La voie utilisée est la voie transmastoiïdienne.

Dans 2 cas, l'exploration chirurgicale n'a pas décelé de lésions intéressant la 2ème portion et/ou la 3ème portion du nerf facial.

Une contusion du nerf qui était oedématié a été retrouvée dans cinq cas (tableau I). Une luxation de la chaîne avec compression de la 2ème portion par un osselet a été objectivée dans trois cas.

L'évolution était favorable chez 9 patients opérés avec régression significative de la P.F (passage du grade V, VI de HOUSE à un grade II, III) alors que chez un patient nous avons noté une absence d'amélioration.

Constata tions per-opérai toires	Nombre de cas
Contusion au niveau du coude	1
Contusion du ganglion géniculé	2
Contusion de la 2 ^{ème} portion du VII	1
Contusion du ganglion géniculé + 2 ^{ème} portion du VII	1
Luxation de la chaîne avec compression de la 2 ^{ème} portion par un osselet	3

Tableau I : Bilan lésionnel peropératoire

DISCUSSION

Les lésions traumatiques représentent la troisième cause de paralysie faciale périphérique.

La principale étiologie des fractures du rocher est le traumatisme crânien faisant suite à un accident de la voie publique. Ces lésions s'accompagnent dans 50% des cas d'une PF immédiate ou retardée.

Ces accidents surviennent le plus souvent chez les



hommes (70 % des cas). La tranche d'âge la plus touchée (90 %) est comprise entre 15 et 50 ans (1, 2).

La gravité de l'accident est bien souvent soulignée, produisant souvent une commotion cérébrale sévère expliquant le retard fréquent de la prise en charge de ces paralysies (1).

La lésion est le plus souvent unilatérale (100% dans notre série). L'atteinte bilatérale est rencontrée dans 2,5 % des cas (1). Le contexte d'urgence dans lequel survient la P.F explique la difficulté de préciser le caractère immédiat ou différé de la P.F, élément important à considérer pour la décision thérapeutique.

Il est donc nécessaire d'informer et de motiver davantage les équipes d'urgence sur l'importance d'inclure un testing facial dans l'évaluation clinique initiale (3).

Les PF secondaires sont pour la plupart de meilleur pronostic car la lésion correspond le plus souvent à un œdème ou un hématome.

L'évaluation clinique de la P.F repose soit sur le testing musculaire, et/ou sur une évaluation plus globale selon l'échelle de House et Brackmann.

Des lésions otologiques sont fréquemment observées à type d'hématome de l'oreille moyenne et d'otorragie qui ne doivent pas retarder l'examen audiométrique surtout quand il existe des vertiges pouvant faire craindre une fistule labyrinthique.

L'association d'une P.F à une brèche ostéoméningée et à une otoliquorrhée est rare (2,4%) mais doit être systématiquement recherchée en cas d'otorrhée profuse (3). Ces brèches se tarissent souvent spontanément en quelques jours.

L'utilité du bilan topographique, évaluant les branches non motrices du nerf facial est à discuter (4, 5, 6). Le test de Schirmer doit être fait précocement pour être contributif (5, 7).

Dès que possible, un bilan audiométrique doit être réalisé. Les anomalies les plus courantes sont une surdité de transmission pure ou associée à une atteinte de perception consécutive à la commotion labyrinthique.

L'exploration radiologique est actuellement basée sur la tomodensitométrie de haute résolution.

Classiquement, les fractures longitudinales sont dues aux impacts latéraux et suivent le grand axe de la pyramide pétreuse ; par contre les fractures transversales sont le fait des chocs frontaux, ou occipitaux et sont perpendiculaires au grand axe du rocher.

Les premiers sont responsables de lésions de l'oreille moyenne, tout en respectant habituellement le massif labyrinthique (4). Dans ce type de fracture, la P.F est présente dans 10 à 25% des cas (3, 4, 5) et le nerf facial est blessé au niveau du ganglion géniculé (64% selon Fisch

(5)).

La seconde associe une fracture du labyrinthe responsable d'une surdité totale immédiate, de vertiges intenses et de P.F qui est présente dans 30 à 50% des cas. Le nerf est lésé dans 80% des cas dans son segment tympanique (5, 6).

L'électrophysiologie est un outil tout aussi indispensable à la discussion thérapeutique. Il importe de savoir s'il existe ou non un neurotémis, lui seul plaçant pour un acte chirurgical explorateur (3).

Deux techniques existent (3):

- l'électromyographie classique qui est plus fiable et reproductible cependant elle a pour inconvénient de ne pas pouvoir mettre en évidence les signes de dégénérescence wallérienne avant le 21^{ème} jour suivant la lésion.

- l'électroneurographie qui permet de quantifier de façon très précoce le pourcentage de fibres dégénérées, grâce à l'utilisation de stimulation électrique supraliminale.

Selon Fisch, l'exploration chirurgicale serait indiquée quand le pourcentage de fibre dégénérées est supérieur à 90 % (5).

La prise en charge thérapeutique peut être médicale ou médico-chirurgicale.

Le traitement chirurgical est utile et performant quand son indication est bien raisonnée.

- En cas de P.F sévère, immédiate avec plus de 90% de fibres dégénérées à l'électroneurographie et avec un trait de fracture clairement visible sur le trajet du nerf facial, une exploration chirurgicale est menée le plus précocement possible.

- En cas de P.F incomplète ou d'apparition secondaire, le traitement médical axé sur les corticostéroïdes et les drogues vasoactives est préféré, associé à la rééducation et à la kinésithérapie active et passive.

- En cas de P.F sans trait de fracture visible, un traitement médical avec surveillance clinique et électrophysiologique serait préférable, une exploration chirurgicale peut être décidée tardivement, en l'absence d'amélioration clinique après 6 mois.

La décompression des 2^{ème} et 3^{ème} portions voire du ganglion géniculé dans certaines formes anatomiques peut se faire par voie transmastoiïdienne, alors que l'abord de la 1^{ère} portion et, le plus souvent du ganglion géniculé nécessite une craniotomie de la fosse cérébrale moyenne.

Cependant, en cas de cophose unilatérale, une voie translabyrinthique peut être utilisée. Le type de lésion nerveuse est variable, le plus souvent il s'agit d'œdème avec contusion hémorragique, l'atteinte du ganglion géniculé est alors fréquente, parfois il peut s'agir d'une compression du nerf par un osselet luxé ou plus rarement d'une



embrochement du nerf par une esquille osseuse. Par contre les discontinuités sont rares (13%).

L'utilité de l'ouverture de la gaine du nerf facial reste un sujet de controverse (5, 6, 7).

Les résultats moteurs en cas de chirurgie sont souvent des grades II ou III, ils sont probablement inférieurs à ceux obtenus pour les malades traités médicalement. L'absence de dénervation complète du nerf facial pour ces derniers explique cette différence (3,8).

CONCLUSION

La prise en charge thérapeutique des paralysies faciales post traumatiques peut être médicale ou médico-chirurgicale.

Schématiquement, les atteintes incomplètes et ou secondaires relèvent du traitement médical.

Le traitement chirurgical s'adresse aux formes immédiates et sévères d'autant plus qu'une lésion du nerf est identifiée à l'imagerie.

Idéalement les trois portions du nerf doivent être explorées ce qui impose la maîtrise des différentes voies d'abord du VII dont la voie de la fosse cérébrale moyenne.

REFERENCES

1. Linda B et al. Post traumatic facial nerve paralysis: three cases of delayed temporal bone exploration with recovery. *Laryngoscope*. 1983; 93:1560-1565.
2. De Bonfils- Dindart, Darrouzet V, M'barek Ch. et al. Prise en charge des paralysies faciales post- traumatiques. A propos de 83 cas. *Rev. Otol. Rhinol*. 1995 ; 116, 3 : 171- 177.
3. Darrouzet V, Debonfils. Dindart C., Bébéar J. P. La prise en charge des paralysies faciales après fracture du rocher. *Neurochirurgie*. 1998 ;44(4) :235-46.
4. Portman M, Bébéar JP, Lacher G. Les paralysies faciales. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1993 ; Monographie : 1- 30.
5. Fish U. Facial paralysis in fractures of the petrous bone. *Laryngoscope* 1974; 84: 2141- 2154.
6. Darrouzet V, T Houliat et al. Paralysies faciales. EMC 20-260-A-10,2002.
7. Bleicher B. les paralysies faciales traumatiques. *J f ORL*. 1976;25(2)
8. Hariga I., Mbarek Ch., Ben Amor M. et al. Prise en charge des paralysies faciales post-traumatiques. *J. Tun. ORL*. 2004; 12: 19-22