



Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique

Rev Med Suisse 2011 ; 7: 1908-13

**P. Gatignol
E. Lannadère
I. Bernat
F. Tankéré
G. Lamas**

Peggy Gatignol et Elodie Lannadère
Orthophonistes
Drs Isabelle Bernat et Frédéric Tankéré
Pr Georges Lamas
Service ORL et otoneurologie
Hôpital Pitié Salpêtrière
47/83 bd de l'hôpital
75013 Paris, France
peggy.gatignol@psl.aphp.fr

Advantage of facial rehabilitation after facial palsy

Visible and immediate trauma, facial palsy (FP) covers functional but also psychological damage and it is essential to evaluate before a comprehensive therapeutic care tailored. Few patients, however, are emerging with a prescription for rehabilitation after a consultation. Why? This rehabilitation is it ignored? Is it absolutely necessary?

It is evident in the extension of medical care to minimize the effects. Yet the foundation of rehabilitation is sadly little known and often poorly enforced. In addition to its specificity, this therapy preceded by a report called «pre-treatment» offers a prognosis for recovery to patients regardless of the origin and degree of involvement of the PF.

Traumatisme visible et immédiat, la paralysie faciale (PF) recouvre des atteintes d'ordre fonctionnel mais aussi psychologique qu'il est indispensable d'évaluer avant une prise en charge thérapeutique globale adaptée. Rares sont pourtant les patients ressortant avec une prescription de rééducation après une consultation. Pour quelles raisons? Cette rééducation est-elle méconnue? Est-elle forcément nécessaire?

Elle est évidente dans le prolongement du suivi médical afin de limiter les séquelles. Or les bases de la rééducation sont hélas peu connues, et bien souvent mal appliquées. Outre sa spécificité, cette rééducation précédée d'un bilan dit «préthérapeutique» offre un pronostic de récupération aux patients quels que soient l'origine et le degré d'atteinte de la PF.

INTRODUCTION

Les paralysies faciales (PF) peuvent être responsables de séquelles graves le plus souvent à type d'hypertonie et de synkinésie.

La rééducation a pour but de prévenir ou de traiter ce type de séquelles observées au cours des PF idiopathiques ou traumatiques.

Dans le cadre de la rééducation de la face paralysée, anastomose hypoglosso-faciale (AHF) ou transfert du muscle temporal bénéficient d'une rééducation spécifique.

Cette prise en charge est rarement proposée car souvent méconnue ou jugée inefficace car mal faite. Elle devrait bénéficier d'un meilleur enseignement ainsi que d'une évaluation, en particulier à l'aide d'échelle de qualité de vie.

BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE D'UNE PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE

Ce bilan intervient généralement en fin d'investigation, une fois le diagnostic posé, soit après une imagerie et un bilan étiologique. Outre la classification de House et Brackmann (HB),¹ de nombreuses échelles d'évaluation fonctionnelle sont proposées par les spécialistes. Le développement des technologies de pointe enrichit les possibilités d'examen et d'analyse des paralysies faciales périphériques, tant au niveau du matériel que des supports d'analyse (informatique). Il existe environ une trentaine d'échelles pour évaluer les paralysies faciales. Ces évaluations sont dites «globales» lorsque la face est testée dans son ensemble, «locales» quand les zones motrices sont testées indépendamment, «objectives» ou encore «informatisées».²

En effet, depuis 1990, des évaluations qualitatives et personnelles ont vu le jour. Parallèlement, depuis quelques années, le regard et le ressenti du patient sont pris en compte dans l'approche de la pathologie. De nouvelles échelles apparaissent, intégrant cette dimension psycho-sociale liée à l'atteinte de la face paralysée, évaluant l'incidence de la PF dans sa vie quotidienne (pour revue voir Morel).³



A ce jour, malgré de nombreuses propositions pour imposer une nouvelle échelle de référence dans l'évaluation de la PF, le grading de House-Brackmann¹ reste l'outil incontournable pour la communauté scientifique. Sa subjectivité est effacée par le fait que l'observateur est un clinicien spécialiste, dont le regard expérimenté analyse précisément les critères de gradation.

L'examen clinique est donc une étape essentielle. Elle commence par l'observation de la face au repos, en cherchant une asymétrie. Puis il est important d'observer la face lors d'une conversation pour apprécier la motricité automatique et émotionnelle. Enfin, la motricité volontaire est appréciée.³⁻⁶

Tout professionnel /rééducateur ne peut prendre en charge un patient porteur de PF sans avoir les résultats de l'électromyographie. Cependant, ils restent, pour la plupart, réservés à un petit nombre d'utilisateurs par manque de connaissances très souvent. Le dynamomètre,² outil d'évaluation peu connu et de ce fait encore peu utilisé, permet une évaluation rapide et objective du sphincter buccal (ou pression bilabiale), mais aussi du tonus global de la face (tableau 1). Des seuils représentatifs de l'évolution de l'état du patient ont ainsi été obtenus, ce qui permet aux intervenants de soins de disposer d'un outil supplémentaire dans leur pratique quotidienne.

Une échelle d'auto-évaluation est également proposée

aux patients afin d'évaluer la répercussion de l'atteinte. Nous utilisons dans ce cas l'échelle de Lazarini⁷ qui consiste en une représentation graphique schématisée des différents critères d'atteinte selon House et Brackmann.

Enfin, une échelle appelée Motricité bucco-linguo-faciale (MBLF)⁸ est utilisée depuis 2002 à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour l'évaluation des sujets atteints de PF. Elle peut être utilisée en particulier dans l'évaluation de la récupération du patient après anastomose hypoglosso-faciale⁴ car seule cette échelle prend en compte l'évaluation linguale.

AXES DE RÉHABILITATION

Dès 1927, Elsom⁹ s'est intéressé à la rééducation de la face. Par la suite, des thérapies dites « traditionnelles », essentiellement basées sur la stimulation électrique des muscles et la production de mouvements globaux, ont vu le jour. Ces procédés, basés sur des mouvements imprécis et effectués en force sont désormais interdits. Ces techniques ont été jugées inefficaces pour la réhabilitation de la mobilité de la musculature faciale,¹⁰ et même nuisibles, provoquant l'apparition de syncinésies, voire d'un spasme de l'hémiface.^{4-6,11-13}

Depuis les années 1980, de nouveaux procédés de réhabilitation de la face paralysée dont l'efficacité a été prouvée,¹²⁻¹⁴ ont été mis en œuvre afin de rétablir la symétrie du visage et de l'expression faciale à travers le contrôle cortical, et de limiter l'apparition de syncinésies. Prochainement, une remédiation à distance via un site internet proposera un programme de réhabilitation virtuelle (maillage tridimensionnel paramétrique modifiable) inscrit dans la démarche de l'e-santé. (Gatignol et coll., en expérimentation).

Néanmoins, la prise en charge doit débuter rapidement, dans le mois de sa survenue, quel que soit le grade initial, car séquelles sur les plans physique et émotionnel (notamment chez la femme en fin de grossesse) sont très importantes et constituent un handicap majeur. La figure 1 résume les axes de prise en charge pour les trois premiers mois après la pose du

Tableau 1. Correspondances de seuils inter-épreuves, en fonction du grade de classification de House et Brackmann (HB)

MBLF: Motricité bucco-linguo-faciale.

	Dynamomètre	EMG	MBLF
Grades I/II	500-1000N	10%-30%	100%
Grades III/IV	150-500N	30%-75%	60%-95%
Grades V/VI	< 150N	75%-100%	< 60%

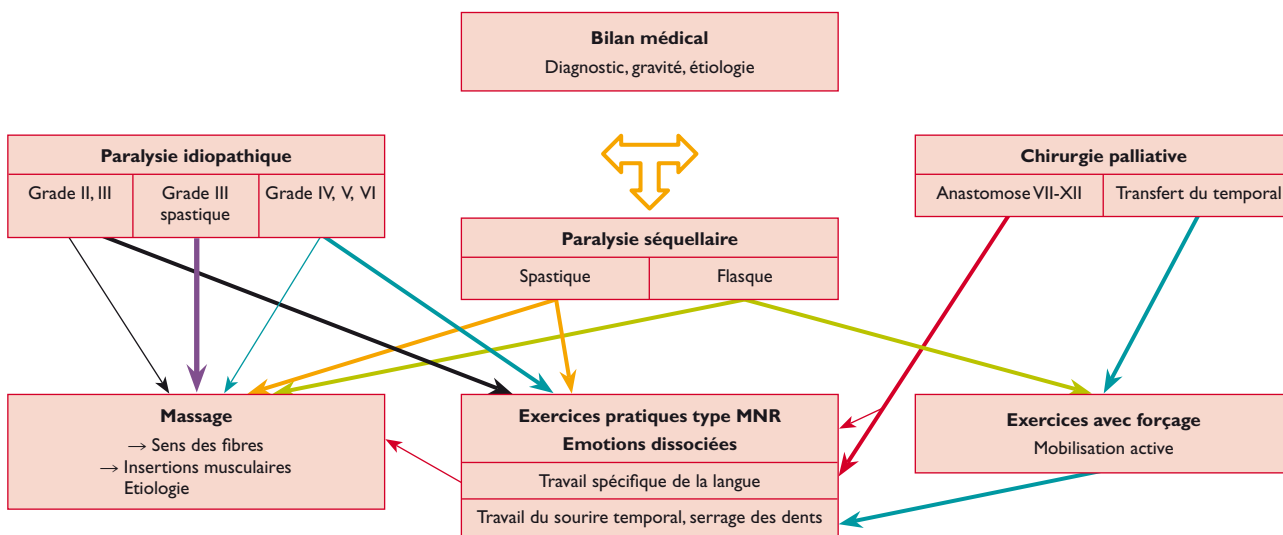


Figure 1. Axes de prise en charge des paralysies faciales pour les trois mois postdiagnostique



diagnostic, l'importance de ces axes est également représentée par la grosseur des flèches.

En effet, l'objectif prioritaire du bilan est de quantifier le degré d'atteinte du patient, préciser le déficit moteur et fonctionnel pour une prise en charge adaptée, à savoir les trois axes décrits dans le **tableau 2**. Ceux-ci sont très importants dans leur régularité car ces actes sont quotidiens. Ils sont limités en intensité car il s'agit d'actes exécutés sans forçage d'où la précision qu'ils exigent. Il en est de même pour la thérapie *Neuromuscularretraining* «MNR»,^{12,13} (pour revue sur prise en charge, Gatignol et Lannadère^{2,5}).

Outre l'importance des massages, des conduites à tenir doivent être très vite annoncées aux patients par tous les thérapeutes. *Toute mastication excessive ou forçage sont formellement interdits* (**tableau 2**). De ce fait, chewing-gum et exercices de grimaces sont à proscrire.

Le premier temps de la rééducation sera avant tout la protection cornéenne. Il conviendra d'expliquer au patient et à son entourage l'importance des soins (vitamine A et larmes) et surtout de bien expliquer la fermeture palpébrale (**figure 2**). Stéristrip ou micropore doit être appliqué *horizontalement* une fois la paupière étirée vers l'extérieur. Deux couches

sont nécessaires pour alourdir la paupière et protéger ainsi la cornée, le risque majeur étant la kératite.

MASSAGES

Ils sont appris au patient lors de la première consultation car ils consistent en une combinaison d'automassages faciaux, de relaxation et d'exercices stimulant les expressions faciales et les mouvements fonctionnels en limitant les syncinésies. Ces massages doivent être réalisés tous les jours, dix minutes dans le sens des fibres nerveuses.^{2,4,5}

Ils améliorent la circulation et permettent de prévenir les contractures, de détendre les muscles y compris du côté sain qui tend à relayer le côté paralysé, et de réduire l'hypertonie. Lorsque les séquelles sont déjà installées, ces massages permettent de relâcher, défaire les adhésions des tissus fibreux, de limiter ou supprimer les contractures, et de réduire l'épaisseur de la joue en assouplissant les tissus de l'hémiface paralysée.

EXERCICES DE TYPE «MNR»^{2,4,5,12,13}

Ils sont basés sur la *lenteur d'exécution* : il s'agit pour le patient d'observer et de modifier l'aspect, la vitesse et la force d'exécution des mouvements. Cette lenteur contrôlée permet l'inhibition des syncinésies.

Les *petits mouvements* limitent l'hyperactivité des muscles voisins, laissant ainsi être actif, seul le muscle concerné. Les *mouvements symétriques* qui sont pratiqués, renforcent les réponses physiologiques normales, et comme précédemment limitent l'activité des muscles controlatéraux.

C'est donc à partir d'une analyse détaillée des perturbations et des capacités préservées de chaque patient, que le bilan préthérapeutique permet de vérifier: a) la pertinence et b) le choix des axes de massage qui en découlent, ainsi que leurs modifications en fonction de la récupération (**tableau 2**).

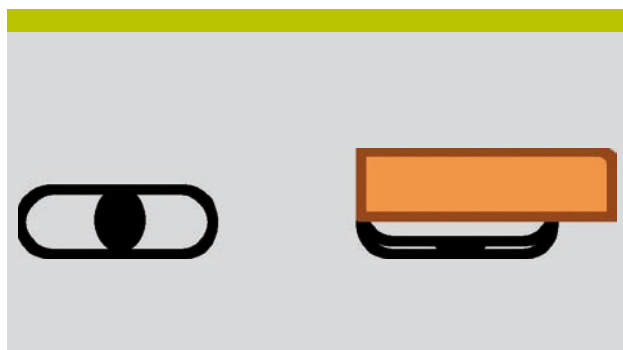


Figure 2. A gauche, œil non protégé, à droite, œil protégé par micropore ou stéristrip

Tableau 2. Tableau récapitulatif des différentes prises en charge des paralysies faciales

Etiologie	Flasque	Spastique	Anastomose VII-XII	Transfert du temporal
Début	< 15 jours du diagnostic	Dès que possible	J+1 post-chirurgie	2 mois avant et > 15 jours après chirurgie
Durée moyenne de rééducation	18 mois	18 mois	24 mois	24 mois
Conduites à tenir	<ul style="list-style-type: none"> Protection palpébrale Pas de forçage 	<ul style="list-style-type: none"> Protection palpébrale Pas de forçage 	<ul style="list-style-type: none"> Protection palpébrale Pas de forçage 	<ul style="list-style-type: none"> Protection palpébrale Exercices en force
Buts de la prise en charge	Favoriser l'acquisition de mouvements harmonieux et automatiques tout en surveillant les premiers signes annonciateurs (du 5 ^e au 10 ^e mois) de séquelles qui doivent modifier la stratégie rééducative	<ul style="list-style-type: none"> Faire régresser l'hypertonie et les syncinésies Toxine botulique pour contrôler l'hyperactivité musculaire après 3 mois 	Minimiser les séquelles liées à la section du nerf hypoglosse par une rééducation précoce (J+1 après chirurgie), de la langue puis de la face et favoriser les mouvements harmonieux	Réhabiliter le sourire, la rééducation conduit le temporal transféré à intégrer les fonctions labiales et jugales ¹⁵
Type de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Massages endobuccaux et extrabuccaux MNR^{2,12} 	<ul style="list-style-type: none"> Massages endobuccaux+++ et extrabuccaux Travail des émotions dissociées 	<ul style="list-style-type: none"> Travail spécifique de la langue^{2,4} Massages +MNR^{2,12} 	<ul style="list-style-type: none"> Travail spécifique du sourire par serrage des dents Massages Exercices en force

BÉNÉFICES DE LA PRISE EN CHARGE

Ils sont nombreux et cette prise en charge, comme en témoignent les illustrations suivantes, se révèle très positive avec une amélioration de la satisfaction des patients, de leur confiance en eux et de leur qualité de vie.¹⁶ Cette rééducation requiert toutefois la motivation et la participation active du patient qui doit pratiquer chaque jour ses exercices.

Les résultats de l'échelle de Qualité de vie¹⁶ proposée à l'ensemble des patients donnent un score global de satisfaction de 77%, pour un grade moyen de 3,3 dans la classification de House-Brackmann. Le ressenti positif des patients dans les différentes situations de communication verbale et non verbale varie toutefois de 91% (téléphone) à 66% (conversation avec les proches).

Le téléphone apporte aux patients le plus de satisfaction (91%) dans leur vie quotidienne en comparaison à l'absence de gêne ($p=0,0001$), la conversation avec les inconnus ($p=0,004$), achats ($p=0,005$), alimentation ($p=0,01$).

Ces scores montrent l'importance du téléphone dans la vie sociale des patients atteints de paralysie faciale, car il permet un échange social sans être vu. L'ensemble des patients se révèle satisfait également de leur alimentation (81%). Ce domaine de l'alimentation est implicitement lié à la vie sociale (la présence de bavage et stases alimentaires limite les repas en société), ce qui est confirmé par une différence non significative entre alimentation et relations sociales ($p=0,29$).

Enfin, l'envie de communiquer est, pour l'ensemble des patients, un des domaines leur apportant le moins de satisfaction (73%). Ce résultat se retrouve au niveau des relations sociales (76%).

Toutefois, ces patients communiquent de façon satisfaisante quand cela leur est nécessaire : intention (84% de satisfaction), expression avec les proches (79%), conversation avec les inconnus (76%). Ces résultats montrent l'écart entre l'attitude spontanée de retrait que peuvent avoir les patients et leur capacité à communiquer, si nécessaire, d'une façon qui leur semble satisfaisante (figures 3,4,5).



Figure 3. Patiente présentant une PF gauche vue au stade séquellaire (à gauche) puis à 13 mois de rééducation

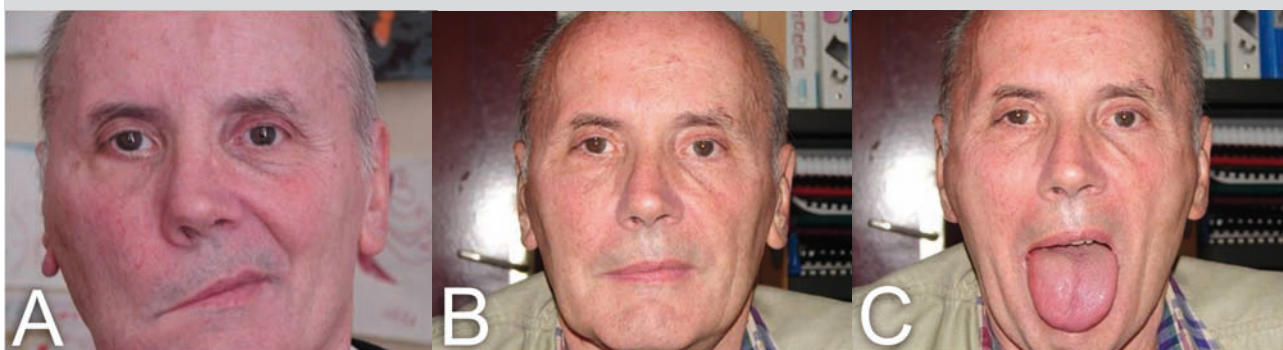


Figure 4. Patient ayant bénéficié d'une anastomose VII-XII
A. 8 jours postopératoires; B. et C. résultat à six mois.



Figure 5. Patiente à huit mois d'un transfert du muscle temporal

CONCLUSION

Les études portant sur les conséquences du défigUREMENT suite à une PF, quelle que soit son origine, s'accordent sur l'importance des répercussions psychosociales et sur la qualité de vie des patients.^{3,16} Si les conséquences

fonctionnelles de la paralysie faciale sont couramment admises, les effets de la rééducation sur la déformation du visage, sur les relations sociales et l'équilibre psychique des patients sont insuffisamment pris en considération.^{15,16} Pourtant, une fois mise en place, sous la conduite d'un orthophoniste/logopède et à partir d'une prise en charge ciblée, elle vise une récupération fonctionnelle et offre un pronostic de récupération aux patients quels que soient l'origine et le degré d'atteinte de la PF à condition de la prescrire le plus tôt possible. ■

Implications pratiques

- > Une rééducation doit être prescrite le plus tôt possible dans le traitement d'une paralysie faciale
- > Toute mastication excessive ou forçage sont formellement interdits. De ce fait, chewing-gum et exercices de grimaces sont à proscrire
- > Les techniques de stimulation électrique ont été jugées inefficaces pour la réhabilitation de la mobilité de la musculature faciale, et même nuisibles, provoquant l'apparition de syncinésies, voire d'un spasme de l'hémiface

Bibliographie

- 1 House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngology Head Neck Surgery* 1985;93:146-7.
- 2 Gatignol P, Lannadère E, Lamas G. Prise en charge des paralysies faciales périphériques. Les entretiens médicaux. Entretiens de Bichat – septembre 2011 (à paraître).
- 3 Morel V. Réalité d'une paralysie faciale: De l'évaluation clinique du praticien au ressenti subjectif du patient. Mémoire soutenu pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste sous la direction de Peggy Gatignol – Paris VI, 2008.
- 4 Gatignol P. La prise en charge des paralysies faciales et du nerf hypoglosse, in Auzou P, Rolland-Monnoury V, Pinto S, Ozsancak C. (Eds), *Les Dysarthries*. Marseille: Solal, 2007;718-23.
- 5 Gatignol P, Lannadère E, Lamas G. Le toucher dans la rééducation des paralysies faciales périphériques. *Rééducation Orthophonique* 2008;236:99-114.
- 6 * Gatignol P, Bernat I, Tankéré F, et al. Anastro-mose hypoglossofaciale terminale: idées reçues et apports d'une prise en charge rééducative spécifique. *Best of ORL*, 15 octobre 2010; article accepté mis en ligne www.bestoforl-2010.com/lire-une-newsletter
- 7 Lazarini P, Mitre P, Takatu E, Tidel R. Graphic-visual adaptation of House-Brackmann facial nerve grading for peripheral facial palsy. *Clin Otolaryngol* 2006; 31:192-7.
- 8 Gatignol P, Lannadère E. MBLF: Bilan informatisé de la Motricité Bucco-linguo-Faciale (version adulte). Chateauroux: Edition Adeprio, 2010.
- 9 Elsom JC. The treatment of nerve palsies. *Archives of physical therapy, X-Ray, Radium* 1927;8:293-5.
- 10 Waxman B. Electrotherapy for treatment of facial nerve paralysis, Bell's palsy, Health Technology Assessment reports. *National Center for Health Services Research* 1984;3:27.
- 11 Brach JS, Van Swearingen JM. Physical therapy for facial paralysis: A tailored treatment approach. *Physical Therapy* 1999;79:397-404.
- 12 Diels HJ, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin N Am* 1997;30:727-40.
- 13 * Diels HJ. Facial paralysis: Is there a role for a therapist? *Facial Plastic Surgery* 2000;16:361-4.
- 14 Beurskens CH, Heymans PG. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: A randomised controlled trial. *Austr J Physiother* 2006;52:177-83.
- 15 Lambert-Prou MP. Rééducation orthophonique après transfert du muscle temporal. In Gatignol, P, Lamas, G (eds). *In Paralysies faciales*. Marseille: Solal, 2004;81-7.
- 16 Gatignol P, Morel V, Lannadère E, Tankéré F, Lamas G. Facial palsy reality: From clinical evaluation to patient's quality of life. XI International Facial Nerve Symposium Rome, April 2009.

* à lire

** à lire absolument