

Résultats de la rééducation de la paralysie faciale *a frigore* au CHU d'Antananarivo

Auteurs :

RAKOTOARISOA AHN¹, RAKOTOVAO-RAZAFINDRAMAVO E²,
RAZAFINDRAKOTO R M J¹, RAVOMANANA H N², RAKOTOVAO F J.³

¹ Service ORL du CHU d'Antananarivo

² Service de Rééducation Fonctionnelle du CHU d'Antananarivo

³ Service ORL du Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

Auteur correspondant :

RAKOTOARISOA Andriarimanana Hery Nirina

Lot IIIR 33 bis Tsarafaritra, 101 Antananarivo, Madagascar

Tel 00 261 33 09 466 99

Email : herylalal@live.fr

Résumé : L'objectif de ce travail était de démontrer l'intérêt de la kinésithérapie dans la prise en charge de la paralysie faciale *a frigore* (PFPP). Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les cas de PFPP observés de 2001 à 2007 dans le Service de Rééducation Fonctionnelle du Centre hospitalier universitaire d'Antananarivo. La PFPP était la plus fréquente des paralysies faciales périphériques observées (72,18%). Cent vingt deux patients étaient inclus dans cette étude, âgés de 1 à 94 ans (âge moyen 37,5 ans, *sex ratio*: 1,2). Par rapport aux résultats du *testing* musculaire initial, nous avons observé une récupération complète et sans séquelles chez 76,23% des patients, contre 15,58 % de récupération moyenne et 8,19 % de mauvaise récupération. La précocité du traitement était déterminante pour la récupération fonctionnelle ($p=0,0000007$). L'âge, l'existence de traitement antérieur, et le nombre de séances de rééducation n'avaient pas d'impact sur le pronostic de l'affection. La kinésithérapie effectuée le plus tôt possible joue un rôle non négligeable dans le traitement de la PFPP. La proportion de résultats défavorables reflète, à part le caractère imprévisible de l'évolution de la maladie, le retard de prise en charge en médecine physique.

Mots-clés : délai, paralysie faciale périphérique *a frigore*, rééducation fonctionnelle

Results of the rehabilitation of the Bell's palsy at Antananarivo University Hospital

Abstract: *the aim of this study was to demonstrate the importance of physiotherapy in the Bell's facial palsy. It was a retrospective study concerning the Bell's facial palsy observed from 2001 to 2007 in the Department of Rehabilitation of the University Hospital in Antananarivo. Bell's facial palsy was the most frequent peripheral facial palsy (72.18%). One hundred and twenty two patients were included in this study, aged from 1 to 94 years (mean age 37.5 years, sex ratio: 1.2). With respect to the results of the initial testing, we observed a complete recovery and free of sequelae in 76.23%, for 15.58% of mild recovery and 8.19% of bad evolution. An early treatment was determinant for the functional recovery ($p=0.0000007$). Age, the existence of previous treatment, and the amount of rehabilitation sessions had no impact on the prognosis of this disease. Early physical therapy has an important role in the treatment of the Bell's facial palsy. The amount of unfavorable results deflects, beside the unexpected evolution of the disease, the delay of treatment in physiotherapy.*

Keywords: *early treatment, Bell's facial palsy, physiotherapy*

INTRODUCTION

La paralysie faciale périphérique *a frigore* (PFPP) ou paralysie faciale idiopathique est une faiblesse des muscles de la face résultant de l'atteinte du tronc du nerf facial, et dont l'étiopathogénie serait liée à une infection virale (1, 2). Elle est source d'un préjudice esthétique et surtout

fonctionnel. Son évolution naturelle est imprévisible, et sur près de trois quart des cas s'observe une récupération spontanée, tandis que 16% des patients subissent l'installation de séquelles motrices (3). Les intérêts de cette étude résident dans le fait que le traitement par la rééducation

fonctionnelle (RF) est relativement peu onéreux et il est disponible à Madagascar. L'objectif de ce travail est de démontrer

la nécessité d'une RF précoce dans le traitement de la PFPPF.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons conduit une étude rétrospective, sur des dossiers de patients atteints de PFPPF, au service de RF du CHUA/JRA de 2001 à 2007. Étaient inclus les patients adressés ou venus d'eux-mêmes pour PFPPF, suivis et traités par RF. Étaient exclus ceux qui ont été perdus de vue après dix séances de rééducation. Chaque patient, avant d'être adressé au médecin physiothérapeute ou au kinésithérapeute, passait par une consultation médicale pour confirmation du diagnostic d'une part, et évaluation de la motricité, du tonus, de l'élocution, avec bilan de coordination et des séquelles éventuelles d'autre part. L'évolution de la paralysie faciale (PF) d'un patient était suivie par le même thérapeute, en établissant à chaque fois des scores de *testing* musculaire.

Les variables indépendantes étaient l'âge, le délai de prise en charge par RF, le traitement antérieur pour PFPPF, le nombre de séances de RF. La variable dépendante

était représentée par les résultats du traitement.

Nous appelons intervalle libre, le temps écoulé entre l'apparition de la PF et le début des séances de rééducation. La RF était considérée précoce si l'intervalle libre était inférieure à 15 jours, et tardive à partir du 15^{ème} jour. Le traitement antérieur désignait la conduite thérapeutique adoptée chez le patient avant sa consultation en Service de RF, qu'elle soit médicamenteuse ou physique.

Pour ce qui est de la qualité des résultats du traitement, elle était considérée comme bonne si la récupération de la motricité était satisfaisante après dix séances de RF, moyenne si elle était partielle après vingt séances de RF, et mauvaise si elle était inexistante après trente séances de RF.

Les données étaient recueillies sur Excel 2007 puis analysées sur Epi info 6.04 d Fr, avec utilisation du test de chi², retenant les résultats significatifs pour $p < 0,05$.

RESULTATS

Sur 169 cas de paralysie faciale observés de 2001 à 2007, nous avons inclus 122 patients dans cette étude (soit 72,18%). L'âge moyen était de 37,5 ans, pour une étendue de 1 à 94 ans, tandis que le sex ratio était de 5/7.

A propos du traitement antérieur, 71,31% en avaient bénéficié. Un intervalle libre de moins de 15 jours était observé dans 54,1% des cas.

Après traitement par la RF, nous avons observé de bons résultats dans 76,22%, des résultats moyens dans 15,57% et des mauvais résultats dans 8,19%.

Le taux des bons résultats, en fonction des variables indépendantes, sont représentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Résultats de la RF en fonction des variables étudiées

Variable	Taux de bons résultats (%)	p<0,05
Intervalle libre		p=7.10 ⁻⁷
<15jours	77,62	
≥15jours	76,37	
Tranches d'âge (ans)		p=0,7
0-9	5,74	
10-19	11,48	
20-29	13,93	
30-39	16,39	
40-49	8,20	
50-59	11,48	
60 et plus	9,48	
Nombre de séances de RF		p=0,71
<10	1,07	
10	98,92	
>10	0	
Traitement avant la RF		p=0,6
Oui	73,56	
Non	77,14	

Nous avons observé une différence significative des résultats de la RF en fonction de l'intervalle libre ($p=0,0000007$).

Par contre les autres variables telles que l'âge, l'existence de traitement antérieur, le nombre de séances de RF, n'avaient pas d'impact sur l'issue du traitement.

DISCUSSION

Le traitement de la PFPP a pour but la récupération de la symétrie du visage et des mimiques de la face (4). L'association de prednisone avec valaciclovir administrée moins de 72 heures après le début des symptômes a permis d'obtenir des résultats satisfaisants à trois mois de recul (5, 6). Par ailleurs, il existe des moyens adjuvants tels que l'oxygénothérapie hyperbare, l'acupuncture et les moyens physiques (7), à côté de la protection oculaire par un pansement semi-occlusif, des larmes artificielles et de la pommade à la vitamine A (8). Les moyens physiques sont de plusieurs types: kinésithérapie, électrothérapie, réchauffement (compresses chaudes, rayons infrarouges). La physiothérapie réduit l'œdème à la phase flasque, permet une détente des points douloureux à la phase d'hypertonie, et prévient la fibrose musculaire. Ainsi, elle

accélère la guérison et réduit les séquelles à type de syncinésies ou de spasmes. La kinésithérapie, dans le cadre de la RF (9), fait appel aux exercices des muscles du visage (rééducation), ainsi qu'au massage (thérapies manuelles).

Des études ont été effectuées précédemment à Madagascar en ce qui concerne les paralysies faciales périphériques (10,11). Cependant, les résultats de la kinésithérapie ont été jusqu'ici mal évalués. En effet selon les dernières données de la littérature, synthétisées sur la Cochrane Library (12), il n'existe aucune preuve de bonne qualité permettant d'affirmer qu'un traitement de kinésithérapie soit significativement bénéfique ou préjudiciable pour le traitement de la paralysie faciale idiopathique. Par ailleurs, il existe des preuves de faible qualité que des exercices des muscles du visage personnalisés

peuvent aider à améliorer la fonction faciale, principalement chez les personnes avec une paralysie modérée et chronique. En outre, il existe des preuves également de faible qualité que les exercices réduisent les séquelles dans les cas aigus.

Notre étude était surtout axée sur des facteurs pouvant être déterminants pour les résultats de la RF. Il est des facteurs sur lesquels on peut agir tel le délai, le rythme ou le type de traitements, si par contre l'âge ne l'est pas.

Danielidis V et al ont observé un meilleur pronostic chez l'enfant (13). Nous avons constaté les meilleurs résultats entre 20 et 39 ans, mais il s'agissait d'une différence non significative.

Il y avait sensiblement plus de résultats satisfaisants chez les patients vus en RF dans les 15 jours suivant l'installation de la PF par rapport à ceux vus tardivement (77,61% vs 76,36 %). L'existence d'une différence significative nous permet ici d'assumer que plus tôt est la RF, meilleur sera le résultat obtenu. Par conséquent, en plus de la prévention des séquelles (3), toute PFPF doit être rapidement adressée dans un service de RF pour avoir de bons résultats et dans les meilleurs délais. Il s'agit alors ici d'un principe qui entre automatiquement dans le cadre d'une sensibilisation sur l'intérêt et l'importance de la RF. C'est également une politique qui implique une formation accrue pour les

médecins physiothérapeutes et les infirmiers kinésithérapeutes.

Quel que soit le résultat du traitement, favorable ou non après RF (7), le thérapeute devient au moins un partenaire de réflexion pour un patient toujours inquiet de son avenir esthétique et fonctionnel. Aussi, il convient d'instaurer une atmosphère de confiance entre le patient et le thérapeute, avant de commencer le traitement et pour assurer une meilleure observance.

Il y avait des résultats moyens et mauvais observés dans notre série (au total 23,76%). Nous pouvons les attribuer en premier lieu au retard de la rééducation. Dans cette optique, l'on pourrait également parler d'autres facteurs y ayant trait, tel que le manque d'information ou la négligence par rapport à la kinésithérapie, tant chez les patients et leur entourage que pour les personnels de santé à différents niveaux (paramédicaux, médecins généralistes, médecins spécialistes).

La littérature rapporte 10 à 20% de cas de complications malgré un traitement bien conduit, sous forme de parésie de degré variable, de myoclonies et contractures faciales, de troubles du goût, de sécheresse oculaire et d'aberrances de ré-innervation (14). Par ailleurs, l'on pourrait également distinguer des cas paralysie complètes ou non, des formes graves du fait d'un pronostic d'emblée

sombre (15). D'autres études devront être

conduites pour vérifier nos hypothèses.

CONCLUSION

La PFPF est une urgence fonctionnelle. Malgré une possible récupération spontanée, le traitement par RF devrait être entrepris une fois que le patient consulte. Ceci doit se faire dans les meilleurs délais

si l'on veut augmenter les probabilités de restauration de la continuité fonctionnelle du nerf et d'éviter les séquelles. Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire.

REFERENCES

1. Darrouzet V, Franco-Vidal V. Paralysies faciales. In : Brasnu D. *Traité d'ORL*. Paris: Médecines Flammarion; 2008: 165-71
2. Adour K, Ruboyianes J, Von Daersten P, Byl FM, Trent CS, Quesenberry CP Jr *et al*. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 371-8.
3. Darrouzet V, Houliat T, Lacher Fougere S et Bébéar JP. Paralysies faciales. *Encycl Méd Chir, Oto-rhino-laryngologie*, 20-260-A-10, 2002, 15 p.
4. Chemama Y. Paralysies faciales périphériques. *Impact Internat ORL* 1995 : 133-41.
5. Sullivan FM, Swan IRC, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, Kinstry BMc *et al*. Early treatment with prednisolone or aciclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007; 357:1598-1607.
6. Hato N, Yamada H, Kohno H, Matsumoto S, Honda N, Gyo K, *et al*. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otol Neurotol*. 2007;28:408-13.
7. Holland NJ, Bernstein JM, Hamilton JW. Hyperbaric oxygen therapy for Bell's palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 2. Art. No.: CD007288. DOI: 10.1002/14651858.CD007288.pub2
8. Charachon R. Soins oculaires. In : Charachon R, Bébéar JP, Sterkers O, Magnan J, Soudant J, Andrieu-Guitrancourt J *et al.*, La paralysie faciale. Le spasme hémifacial. Paris: *Société Française d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* ; 1997: 283-4

9. Lemaître D, Fondu J Fonteyn B, Biset E. La paralysie faciale périphérique. Expérience d'une approche pluridisciplinaire. *Acta Belg Med Phys* 1990; 13(2) : 45-51.
10. Randrianasolonirina H. Aspect pronostique des paralysies faciales périphériques à propos de 57 cas vu et traités dans le service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana. Antananarivo : Thèse Médecine, 1998 ; N°4539
11. Rabemananjara S. Place de la reéducation fonctionnelle dans les paralysies faciales à frigore. A propos de 73 cas vus et traités dans le CHUA de 1996 à l'an 2000. Antananarivo: Thèse Médecine, 2000. N°6002.
12. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 12. Art. No.: CD006283. DOI: 10.1002/14651858.CD006283.pub3
13. Danielidis V, Skevas A, Van Cauwwenberge P, Vinck B. A comparative study of age and degree of facial nerve recovery in patients with Bell's palsy. *Eur Arch Oto rhino laryngol* 1999; 256(10): 520-522
14. Alvarez V, Dussoix P, Gaspoz J-M. Paralysie faciale : diagnostic et prise en charge par le médecin de premier recours. *Rev Med Suisse* 2009; 5: 258-62
15. Steiner I, Matan Y. Bell's palsy and herpes viruses: to acyclovir or not to acyclovir. *J Neuro Sci* 1999; 170 (1): 19-23.