



Ex : PFP Gauche

Examen clinique :

- touche de façon équivalente les parties supérieure et inférieure du visage
- fermeture incomplète de l'œil,
 - découvrant la bascule du globe oculaire vers le haut (*signe de Charles Bell*)
 - dans les formes frustes, cils plus apparents du côté paralysé que du côté sain à l'occlusion forcée des yeux (*signe des cils de Souques*)
- effacement des rides du front
- il n'y a pas de dissociation automatico-volontaire.

Mode d'installation à rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique :

- Postopératoire (neurochirurgie, ORL ou CMF) = contacter le chirurgien
- Traumatique :
 - scanner cérébral : recherche d'une fracture du rocher
 - otoscopie : recherche d'une rupture du tympan ou du conduit, d'une fuite de LCS ou d'une otorragie
 - audiométrie : recherche d'une surdité de perception ou de transmission associée
- Brutal non traumatique :
 - Associé à d'autres signes de focalisation = PEC filière AVC (Sd alterne du tronc cérébral)
 - Signes infectieux :
 - Eruptions : CAE zone de Ramsay-Hunt (VZV), ensemble du tissu cutané (Lyme)
 - Fièvre et sd méningée (Coxsackie, herpès, oreillons)
 - Ecoulement auriculaire (mastoidite, parotidite, tumeur parotidienne) ;
 - Imagerie +/- PL en fonction du contexte
- Atteinte progressive :
 - Rechercher l'atteinte d'autres nerfs crâniens notamment le VIII : tumeur de l'angle pontocérébelleux (neurinome de l'acoustique), gliome du tronc cérébral, métastase de la base du crâne, méningoradiculite carcinomateuse (cancer du sein).
 - Rechercher masse parotidienne :
 - Imagerie (cause tumorale parotidienne ou intra-cérébrale)
 - Etiologie inflammatoire (Wegener-granulomatose)
- PFP bilatérale : syndrome de Guillain-Barré, SEP, borréliose, mononucléose infectieuse, primo-infection par le VIH, amylose, sarcoïdose, syndrome de Melkerson-Rosenthal, diabète

Si toutes les causes sont éliminées : on parle de PFP Idiopathique

- **Bilan :**
 - NFS plaquettes Glycémie à jeun, CRP, sérologie de Lyme, HbA1c si patient diabétique
 - Place des sérologies (Herpès, VZV, CMV, EBV, TPHA, VIH...) à discuter en fonction du patient et du contexte
- **Traitement :**
 - Corticothérapie Prednisolone 1 mg/kg/j pendant 7 à 10 jours (5 jours pleine dose puis décroissance progressive) et 2mg/kg/j pour les formes sévères
 - Association aux antiviraux (Valaciclovir 500 mg: 2 cp x 3/j pendant 7 jours) en systématique pour les formes sévères ou zostérienne, possible pour les atteintes moins sévères mais à débiter dans 72 premières heures
 - Lutte contre la kératite avec soins ophtalmologiques (voir consultation ophtalmologie au besoin) :
 - Larmes artificielles (1 gouttes six fois par jour dans l'œil pendant 3 mois)
 - Vitamine A pommade OPH (1 application le soir au coucher pendant 3 mois)
 - Pansement oculaire occlusif nocturne (1 le soir au coucher pendant 3 mois)
- **Prévoir :**
 - Consultation ORL (audiogramme, impédancemétrie, reflexe stapédien) +/- kinésithérapie faciale sans électrostimulation
 - EMG recommandé entre J9 et J20 (surtout pour les formes sévères et bilatérales) pour pronostic de récupération
 - Imagerie en urgence non justifié si clinique typique. Prévoir IRM avec injection de gadolinium explorant tout le trajet du nerf facial dans un délais de 1 mois

Classification de House et Brackman

Grade I Mobilité faciale et tonus normaux
Grade II Dysfonction légère: • Au repos, visage symétrique et tonus normal • Aux mouvements, légère asymétrie sans contracture avec présence possible de discrètes syncinésies
Grade III Dysfonction modérée: • Au repos, visage symétrique et tonus normal • Aux mouvements, diminution globale de la mobilité avec asymétrie non défigurante: fermeture oculaire complète avec effort; spasmes et syncinésies modérés
Grade IV Dysfonction modérée à sévère: • Au repos, symétrie globalement conservée, tonus normal • Aux mouvements, asymétrie importante et/ou défigurante; fermeture oculaire incomplète même avec effort; syncinésies ou spasmes sévères
Grade V Dysfonction sévère: • Au repos, asymétrie évidente et diminution du tonus • Aux mouvements, mobilité à peine perceptible au niveau de l'œil et de la bouche; à ce stade, pas de syncinésie ni spasme possible
Grade VI Paralysie faciale complète: aucun mouvement

↑
Formes sévères