MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

Elaboration d'un livret destiné aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Melle **Jacquinet Eléonore**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute 2005-2006.

SOMMAIRE

Page

RESUME

1. INTRODUCTION 1

2. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES 2

2. 1. Anatomie 2

2. 1. 1. Généralités 2

2. 1. 2. Origine 2

2. 1. 3. Trajet 3

2. 1. 3. 1. Portion intracrânienne 3

2. 1. 3. 2. Portion intra pétreuse 3

2. 1. 3. 3. Portion extra-crânienne 3

2. 1. 4. Branches collatérales 3

2. 1. 5. Branches terminales 5

2. 2. Physiologie 5

2. 2. 1. Fonctions du nerf facial 5

2. 2. 2. Les muscles faciaux 6

3. PARALYSIES FACIALES PERIPHERIQUES 6

3. 1. Définition 6

3. 2. Etiologies 7

3. 2. 1. Traumatiques 7

3. 2. 1. 1. Fracture du rocher 7

3. 2. 1. 2. Traumatismes pénétrants 7

3. 2. 2. Post-opératoire 7

3. 2. 3. Tumorales 8

3. 2. 3. 1. Pathologies bénignes 8

3. 2. 3. 2. Tumeurs malignes 8

3. 2. 4. Infectieuses 8

3. 2. 4. 1. Zona du ganglion géniculé 8

3. 2. 4. 2. Autres 9
3. 2. 5. Au cours de maladies 9
3. 2. 6. Idiopathique 9
3. 3. Gravité 9
3. 4. Signes cliniques 10
3. 4. 1. Au repos 10
3. 4. 2. Au cours de la mimique 10
3. 4. 3. Autres 11
4. BILAN MASSO-KINESITHERAPIQUE 12
4. 1. Description 12
4. 2. Dossier médical 12
4. 3. Etude du tonus 12
4. 3. 1. Lignes du visage 13
4. 3. 2. Cotation 13
4. 4. Etude de la motricité 14
4. 4. 1. Cotations 14
4. 4. 2. Muscles 15
4. 5. Troubles de la coordination 16
4. 5. 1. Description 16
4. 5. 2. Syncinésies 16
4. 5. 2. 1. Définition 16
4. 5. 2. 2. Cotation 17
4. 5. 3. Hémispasmes 17
4. 6. Bilan de l'élocution 18
4. 7. Bilan des troubles sensitivomoteurs 18
5. TRAITEMENT 19
5. 1. Rééducation réalisée par le masseur-kinésithérapeute 19
5. 1. 1. Chaleur 19
5. 1. 2. Massages 19
5. 1. 2. 1. Description 19
5. 1. 2. 2. Massage cicatriciel 20
5. 1. 3. Rééducation de la motricité et de la coordination 20

5. 1. 3. 1. Description 20
5. 1. 3. 2. Mimogymnastique 20
5. 1. 3. 3. En phase flasque, de récupération et spastique 21
5. 1. 4. Biofeedback, électromyographie 22
5. 1. 5. Electrostimulation 22
5. 2. Auto rééducation du patient grâce au livret 23
5. 2. 1. Pour qui ? 23
5. 2. 2. Pourquoi ? 23
5. 2. 3. Comment ? 24
6. DISCUSSION 24
7. CONCLUSION 25
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

1. INTRODUCTION

La paralysie faciale périphérique est une pathologie fréquemment rencontrée en service de rééducation ou en cabinet libéral de ville. L'incidence serait de 15 à 40 pour 100 000. Malgré les progrès médicaux et chirurgicaux, les séquelles restent importantes et estimées en moyenne à 30 % (15). Mais la masso-kinésithérapie a fait preuve de son efficacité dans le traitement global de cette affection. Les conséquences esthétiques de cette pathologie induisent des répercussions psychologiques et sociales importantes, gênantes dans la vie de tous les jours.

La compréhension de la paralysie faciale périphérique ne peut se faire que par une connaissance de l'anatomie du nerf facial et de la physiologie des différents muscles innervés par celui-ci.

Un bilan initial, complété par des bilans intermédiaires permettent de suivre l'évolution de la récupération et d'évaluer la réhabilitation de la morphologie antérieure du visage.

Cette rééducation engage le patient dans son propre traitement avec une auto prise en charge motivant l'élaboration d'un livret. Le patient doit être éduqué à sa pathologie et à sa rééducation par le thérapeute (6). Le livret ne remplace pas le traitement réalisé par le masseur-kinésithérapeute, mais permet au patient de réaliser des exercices personnalisés et de mieux accepter les séquelles restantes.

Le livret doit donner des réponses claires aux questions que se pose le malade ; d'avoir un plan de travail écrit et personnalisé ainsi que des conseils d'hygiène de vie.

Le thérapeute se met à la disposition du malade pour répondre à ses attentes dès le moindre doute, hésitation ou angoisse par rapport à l'évolution.

2. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

2. 1. Anatomie

2. 1. 1. Généralités

Le nerf facial, VII nerf crânien, est mixte. Il est formé de deux racines, l'une motrice, volumineuse et l'autre sensitivo-motrice, plus grêle ou, VII bis ou encore appelée intermédiaire de Wrisberg.

2. 1. 2. Origine

Le noyau moteur principal du nerf moteur siège à la partie basse de la protubérance du tronc cérébral. Il est situé entre le noyau manducateur au-dessus et le noyau ambigu en dessous. Il se compose de 7000 neurones environ, répartis entre deux groupes principaux : dorsal et ventral. Il est représenté schématiquement divisé en deux, et comparé à la forme d'une poire. La partie ventrale émet les fibres du facial supérieur et la partie dorsale, plus renflée, celles du facial inférieur. Les fibres du noyau moteur principal se regroupent en fascicules qui contournent le noyau VI avant leur émergence du tronc cérébral.

Le noyau muco-lacrymo-nasal distribue des fibres qui rejoignent celles issues du noyau moteur principal au niveau de la racine motrice. Elles sont destinées aux glandes lacrymales et à la muqueuse nasale (3).

Les fibres sensitivo-sensorielles trouvent leur origine dans le ganglion géniculé, au niveau du genou du nerf facial, entre les segments labyrinthique et tympanique (8).

2. 1. 3. Trajet

2. 1. 3. 1. Portion intracrânienne

Le facial fait partie du paquet acoustico-facial avec le VII bis, le VIII cochléo-vestibulaire, l'artère auditive interne, l'ensemble traverse l'angle ponto-cérébelleux vers le conduit auditif interne (7).

2. 1. 3. 2. Portion intra pétreuse

Le nerf facial pénètre dans le rocher par sa face postérieure, dans un canal osseux inextensible : l'aqueduc de Fallope. Ce dernier fait suite au conduit auditif interne dont le trajet en baïonnette permet de décrire trois portions : la première est dite labyrinthique, la plus courte et la plus étroite ; la deuxième portion s'élargit pour constituer le ganglion géniculé puis se coude en dehors ; la troisième ou segment mastoïdien est verticale (7, 9).

Le canal osseux est ici particulièrement étroit, le nerf est accompagné d'une arcade artérielle. (Annexe I)

2. 1. 3. 3. Portion extra-crânienne

Le nerf avant d'émerger du crâne par le trou stylo mastoïdien, donne le rameau sensitif du facial (zone de Ramsay-Hunt). Il contourne le versant latéral de l'apophyse styloïde, traverse le rideau stylien en dedans du muscle digastrique. Il se dirige en dehors et pénètre la glande parotide par sa face postérieure où il se divise le plus souvent en deux branches terminales (7, 9). (Annexe II)

2. 1. 4. Branches collatérales (3, annexe III)

Le nerf grand pétreux superficiel provient du noyau muco-lacrymo-nasal destiné aux glandes lacrymales et à la muqueuse nasale.

Le nerf petit pétreux superficiel se situe au-dessus et en arrière du précédent.

Le nerf du muscle de l'étrier naît de la face antérieure du nerf facial à mi-longueur de la portion mastoïdienne, s'engageant dans le canal de la pyramide pour innerver le muscle stapédien.

La corde du tympan naît dans la portion mastoïdienne du canal facial, transporte deux types de fibres : les fibres de la sensibilité des deux tiers antérieurs de la langue et les fibres parasympathiques provenant du noyau salivaire supérieur.

Le rameau anastomotique du vague aussi appelé nerf d'Arnold se détache de la face postérieure du nerf facial au même niveau que la corde du tympan. Elle se divise en deux branches au niveau du canal facial dont la branche inférieure transmet des informations sensitives provenant de la zone de Ramsay-Hunt.

Le rameau anastomotique du glosso-pharyngien est un filet grêle et inconstant qui naît sous le foramen stylo-mastoïdien.

Le rameau auriculaire postérieur croise le bord antérieur du ventre postérieur du muscle digastrique, se divise en deux filets : l'un s'anastomosant avec le nerf occipital qui envoie des fibres aux téguments de la région pariétale inférieure et l'autre se terminant dans les muscles auriculaires.

Le rameau moteur se distribue au ventre postérieur du muscle digastrique et du stylo-hyoïdien.

Le rameau lingual, inconstant, naît en dessous du nerf moteur du digastrique, il se distribue au niveau de la base de la langue en filets musculaires pour le palatoglosse et le styloglosse (muscles rétropulseurs de la langue) et en filets muqueux pour les piliers (fig. 1).

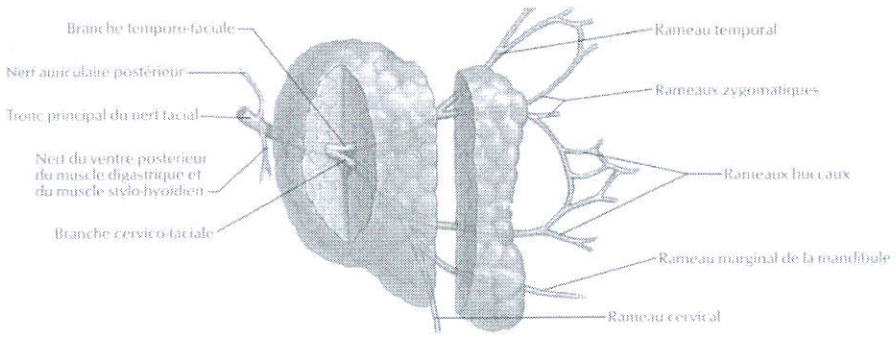


Figure 1 : systématisation des différentes branches collatérales du nerf facial (11).

2. 1. 5. Branches terminales

Une branche temporo-faciale supérieure et horizontale, qui se distribue en rameaux temporaux, zygomatiques et buccaux supérieurs.

Une branche cervico-faciale qui descend vers l'angle de la mandibule et donne les rameaux buccaux inférieurs, marginaux de la mandibule, et cervicaux.

Les rameaux buccaux supérieurs et inférieurs s'anastomosent.

2. 2. Physiologie

2. 2. 1. Fonctions du nerf facial

Le nerf facial a trois fonctions distinctes :

- une motrice en innervant les muscles de la face, donc des mimiques (Annexe II) ;
- une sensitivo-sensorielle : il transmet la sensibilité gustative des 2/3 antérieurs de la langue et la sensibilité superficielle de la zone de Ramsay Hunt comportant en partie le tympan, les parois du conduit auditif externe, le méat auditif, la conque, le tragus, l'antitragus, l'anthelix et la fosse de l'anthelix ;
- une végétative enfin, car il innerve les glandes lacrymales et salivaires (11).

2. 2. 2. Les muscles faciaux (Annexe IV)

Ils expriment déjà très tôt les émotions chez le fœtus. Ces muscles sont plats et présentent une terminaison cutanée mobile. Ils peuvent être divisés en plusieurs catégories :

- muscles épicrâniens : temporopariétal et occipitofrontal ;
- muscles orbitaires : orbiculaire des yeux, corrugateur du sourcil et abaisseur du sourcil ;
- muscles de nez : releveur naso-labial, nasal partie transverse et partie alaire, procérus ;
- muscle élévateur nasolabial ;
- muscles de la bouche : orbiculaire de la bouche, abaisseur de l'angle de la bouche, transverse du menton, risorius, grand et petit zygomatique, élévateur de la lèvre supérieure, abaisseur de la lèvre inférieure, élévateur de l'angle de la bouche, abaisseur du septum nasal buccinateur et mentonnier ;
- muscle du cou : platysma.

Les muscles faciaux sont regroupés en muscles constricteurs et sont suspendus comme les orbiculaires ou en muscles dilatateurs et sont suspenseurs comme le buccinateur (15, annexe V).

3. PARALYSIES FACIALES PERIPHERIQUES

3. 1. Définition

La paralysie faciale périphérique s'exprime par un déficit, moteur complet ou partiel, des muscles de la face innervés par la septième paire des nerfs crâniens.

Elle est consécutive à une altération des noyaux d'origine, des racines du nerf ou du tronc nerveux lui-même. L'atteinte est le plus souvent unilatérale (11).

3. 2. Etiologies (9, 16)

3. 2. 1. Traumatiques

3. 2. 1. 1. Fracture du rocher

Un traumatisme crânien sur cinq est associé à une fracture du rocher dont 7 à 50 % se compliquent d'une dysfonction faciale. La paralysie faciale peut être immédiate ou retardée, complète ou non. La radiologie permet d'obtenir la cartographie sélective du trait de fracture, différentiant les atteintes : extra labyrinthique, labyrinthique, pneumo labyrynthique et d'autres moins courantes.

3. 2. 1. 2. Traumatismes pénétrants

La partie extra-crânienne peut être lésée au niveau de la face lors d'accidents de la voie publique. Les dégâts associés sont beaucoup plus sévères, comportant une forte proportion de sections nerveuses. La compression du nerf facial peut se retrouver chez le nouveau-né avec les forceps. Une section de celui-ci avec des projectiles d'arme à feu.

3. 2. 2. Post-opératoire

Différents types de chirurgie peuvent être mis en cause, comme :

- la chirurgie otoneurologique ;
- la chirurgie des tumeurs parotidiennes ;

- la chirurgie d'implant cochléaire.

3. 2. 3. Tumorales

Le développement d'une tumeur sur le trajet du nerf facial provoque une paralysie d'installation progressive.

Ces étiologies peuvent se différencier en deux groupes :

3. 2. 3. 1. Pathologies bénignes

La liste des affections n'est pas exhaustive, mais il peut exister :

- un neurinome du nerf facial, assez rare ;
- un cholestéatome intrapétreux ;
- un neurinome de l'acoustique, le plus fréquent.

3. 2. 3. 2. Tumeurs malignes

Ces pathologies sont plus rares mais peuvent être diagnostiquées comme :

- le cancer parotidien ;
- le carcinome épidermoïde ;
- les métastases intra pétreuses ou méningées.

3. 2. 4. Infectieuses

3. 2. 4. 1. Zona du ganglion géniculé (12)

C'est la plus courante des étiologies infectieuses. La paralysie faciale est précédée et ou associée à des douleurs intenses péri-auriculaires avec éruption caractéristique dans la

conque. Elle survient dans un contexte fébrile et peut s'accompagner d'une atteinte du nerf auditif.

3. 2. 4. 2. Autres

- otite moyenne aiguë ;
- otite tuberculeuse ou cholestéotomateuse ;
- maladie de Lyme ;
- syndrome d'immunodéficience acquise (VIH) …

3. 2. 5. Au cours de maladies

- générales comme le diabète ;
- neurologiques comme la polyradiculonévrite aiguë ou la sclérose en plaque.

3. 2. 6. Idiopathique

C'est la paralysie faciale a frigore ou de Bell, qui est de loin la plus fréquente puisque l'incidence est de 20 cas pour 100 000 habitants/an, ce qui représente 60 à 80 % des paralysies faciales (13). Il s'agit d'une neuropathie oedémateuse entraînant une compression du nerf dans son canal osseux inextensible intra pétreux. Elle peut succéder à une exposition au froid ou être d'origine virale. Elle est complète ou non, unilatérale et isolée. L'évolution est favorable dans 80 % des cas en 2 à 8 semaines, mais le risque de séquelles est majeur avec l'apparition de syncinésies et d'un hémispasme facial.

3. 3. Gravité

La sévérité de la paralysie faciale périphérique est appréciée cliniquement à l'aide de l'échelle de House-Brackman qui va de I à VI (13) :

- grade I : motricité normale ;
- grade II : déficit léger, visage symétrique au repos ;
- grade III : déficit modéré, évident à l'examen, mais occlusion palpébrale possible et visage symétrique au repos ;
- grade IV : déficit modérément sévère, asymétrie franche, occlusion palpébrale complète impossible, syncinésies ;
- grade V : paralysie sévère, ébauche de mouvements ;
- grade VI ; paralysie totale, absence de mouvement.

3. 4. Signes cliniques (4, 11)

3. 4. 1. Au repos

Le visage peut être asymétrique avec les traits déviés du coté sain.

Du coté atteint, le visage est atone et la joue flasque, paraît élargie.

La commissure labiale est abaissée, le sillon naso-génien est moins profond et plus oblique en dehors, l'aile du nez est aplatie et plus rapprochée de la cloison que normalement, la fente palpébrale est plus largement ouverte avec une chute du sourcil et les rides frontales sont effacées.

3. 4. 2. Au cours de la mimique

Quand le mouvement est spontané ou sur commande, l'asymétrie et les déviations s'accentuent.

Différents signes sont observés :

- lorsque le patient veut montrer ses dents, la bouche prend la forme d'une virgule attirée par le coté sain ;
- lorsque le malade tire la langue, elle paraît déviée vers le coté sain car elle est repoussée par la commissure labiale paralysée ;
- si le patient abaisse la lèvre inférieure bouche fermée, le muscle peaucier du cou n'apparaît que du coté sain ;
- l'occlusion des paupières ne peut être réalisée du coté atteint et lors des tentatives, l'œil se porte en haut et en dehors, la pupille venant se cacher sous la paupière supérieure : c'est le signe de Charles Bell (fig. 2) ;
- le malade ne peut ni souffler, ni siffler correctement et sa parole est perturbée. Les consonnes labiales B, F, M, P, V et les voyelles O et U sont difficiles à émettre. La mastication est gênée car les aliments s'accumulent entre les arcades dentaires et la joue hypotonique.

Figure 2 : signe de Charles Bell (13).

3. 4. 3. Autres

L'occlusion palpébrale réflexe est abolie du coté atteint.

Le goût des 2/3 antérieurs de la langue est perdu.

Les sécrétions salivaires et lacrymales peuvent être diminuées voire abolies du coté atteint.

L'hyperacousie parfois douloureuse peut être retrouvée.

Les perturbations électriques des muscles faciaux sont plus ou moins accentuées pouvant aller jusqu'à la dénervation totale.

4. BILAN MASSO-KINESITHERAPIQUE

4. 1. Description

L'examen du malade comprend l'étude du tonus, de la motricité et de la recherche de troubles de la coordination comme les syncinésies. Les bilans des troubles sensitivomoteurs et de l'élocution pourront aussi être effectués.

Tous les bilans sont à réaliser quelle que soit la phase de récupération de la paralysie faciale, mais le bilan de la coordination sera plus poussé en fin de traitement.

4. 2. Dossier médical (7, 15)

Avant tout bilan réalisé, le masseur-kinésithérapeute prend en compte les différents éléments du dossier médical :

- date et modalité de survenue ;
- antécédents familiaux et personnels ;
- état du patient après intervention lors d'une lésion du nerf facial ;
- résultats des différents tests spécifiques pour la localisation de la lésion, comme le réflexe stapédien, le test de Schirmer, test de sécrétion salivaire, électroneurographie. (Annexe VI)

4. 3. Etude du tonus

Cette étude se fait par comparaison de l'état antérieur du patient avec l'aide d'une photo si possible précisant la morphologie et le coté dominant du visage.

4. 3. 1. Lignes du visage

Les rides frontales sont abolies, le sillon naso-génien est moins profond. L'aile du nez est affaissée et le sourcil est tombant. L'œil est grand ouvert sans clignement spontané et larmoyant le plus souvent. (Annexe VII)

La commissure labiale chute et la lèvre supérieure et/ou inférieure sont avalées.

La joue dans son ensemble pend en sac, provoquant une sorte de bajoue.

4. 3. 2. Cotation (5, 6)

Le tonus sera évalué dès la prise en charge : l'observation sera faite en fonction de la symétrie du visage au repos avec un axe théorique passant par le centre du front et celui du cou. Ce tonus peut varier en fonction de l'âge de survenue de la paralysie et de celui du malade :

- -2 : forte hypotonie ;
- -1 : légère hypotonie ;
- 0 : tonus symétrique et normal ;
- +1 : hypertonie nette mais non accentuée ;
- +2 : hypertonie considérable.

Les syncinésies et les hémispasmes seront consignés dans les troubles de la coordination puisque ce sont les séquelles de la paralysie faciale périphérique.

4. 4. Etude de la motricité (5, 6, 15)

4. 4. 1. Cotations

L'étude de la motricité est faite précocement, et réalisée par comparaison avec le coté sain. Le testing se fait paient assis, sous bon éclairage, côté atteint face à la lumière.

Le bilan est au début quotidien et deviendra par la suite hebdomadaire.

La contraction des différents groupes musculaires est obtenue par des mimiques appropriées. Plusieurs systèmes de cotation existent :

- testing de M. Freyss : qui va de la cotation 0 à 3 ;
- cotation de Guerrier et Dejean : fiable, facile et rapide qui va aussi de 0 à 3 ;
- cotation de Lacote : qui va de 0 à 4.
- bilan musculaire de Daniels et Worthingham : composé de 4 cotations (14).

Nous utiliserons l'évaluation de Lacote, qui prend en compte, l'amplitude du mouvement, la répétition, la symétrie et la synchronisation par rapport au coté sain. La pesanteur (qui n'a que peu d'effet sur les muscles) ne sera pas utilisée pour la cotation. Le testing est réalisé en inhibant le coté sain :

- 0 : la contraction n'est visible ni à l'œil nu ni à la lumière rasante ;
- 1 : légère mobilité du grain de peau, fasciculation perceptible à l'œil nu ou à la lumière rasante ;
- 2 : ébauche de contraction, mouvement ne pouvant être exécuté plus de 5 fois, s'effectuant avec lenteur et dans une amplitude incomplète ;
- 3 : contraction ample pouvant être répétée 10 fois mais présentant un décalage de synchronisation par rapport au coté sain ;

- 4 : contraction ample, synchrone et symétrique par rapport au coté sain.

Il faut être vigilant et contrôler la contraction des masséters et des mouvements mandibulaires qui peuvent fausser les résultats surtout si la cotation est inférieure à 2. Car ces muscles peuvent donner l'illusion du mouvement.

Tous les muscles sont évalués avec leur cotation répertoriée sur une grille qui sert de référence pour suivre l'évolution.

4. 4. 2. Muscles (Annexe V)

Tous les muscles peuvent être explorés mais, en pratique, le bilan se limite à l'étude de dix groupes musculaires choisis leur localisation dans les différentes zones du visage et en fonction des différentes branches du nerf facial(14) :

- frontal : le chef frontal tire le scalp en arrière et en haut soulevant le sourcil du même coté tandis que le chef temporal tire la peau des tempes et soulève l'oreille externe, c'est le muscle de l'étonnement ;
- corrugateur du sourcil : il tire le sourcil vers le bas et en dedans, produisant des rides verticales sur le front, il réalise l'expression de colère ;
- nasal partie transverse : il abaisse les portions cartilagineuses du nez et attire les ailes du nez vers le septum, c'est l'expression du dégoût ;
- orbiculaire des paupières : il ferme les paupières comme le clignement, le sommeil ou le clin d'œil, il tire les paupières et les sacs lacrymaux médialement, les comprimant sur les globes oculaires pour recevoir les larmes ;
- releveur de la lèvre supérieure : découvre une canine supérieure, il participe au creusement du sillon naso-labial ;

- grand zygomatique : il tire l'angle de la bouche en haut et en dehors, il réalise le sourire forcé ;
- orbiculaire des lèvres : faire un baiser ;
- risorius : il tire en arrière l'angle de la bouche, c'est le sourire forcé ;
- mentonnier : il fait saillir la lèvre inférieure et ride la peau du menton, il fait la moue ;
- abaisseur de l'angle de la bouche : descendre le coin inférieur de la bouche et la lèvre inférieure.

4. 5. Troubles de la coordination (5, 6)

4. 5. 1. Description

Ces troubles peuvent apparaîtrent au bout d'un mois de non-récupération. Des hypertonies apparaissent sur les muscles les plus proches du tronc cérébral c'est-à-dire les dilatateurs. Ceux-ci sont plus forts et plus nombreux, surtout les dilatateurs buccaux. Les hypertonies sont repérées par un étirement manuel avec un doigt en intra-buccal (stretch).

Puis, arrivent les syncinésies qui apparaissent au niveau de l'œil et de la bouche, avec par exemple attraction de la commissure labiale lorsque le sujet ferme les yeux.

Et après, lors de la phase de séquelle, des hémispasmes peuvent se retrouver.

4. 5. 2. Syncinésies

4. 5. 2. 1. Définition

Ce sont des contractions involontaires anarchiques qui sont associées aux mouvements volontaires et sont aggravées par les émotions.

Les syncinésies concernent plus particulièrement le duo œil-bouche (fig. 3), alors que normalement les différents muscles de la bouche et de l'œil fonctionnent de façon indépendante.

Figure 3 : travail de l'orbiculaire de l'œil lors d'une demande de contraction du grand zygomatique (annexe VIII).

4. 5. 2. 2. Cotation

M. Ségal propose une méthode d'évaluation des syncinésies qui peuvent être (15) :

- 0 : absentes ;
- +1 : modérées (clignement de l'œil ...) ;
- +2 : très importantes (mais avec possibilité de maîtrise après prise de conscience) ;
- +3 : considérables (anarchie globale avec mouvements itératifs de tous les muscles).

4. 5. 3. Hémispasmes

De survenue tardive, les hémispasmes sont des séquelles de la récupération de la paralysie faciale.

Ce sont des contractures pouvant aller d'une simple augmentation du tonus au repos à une contracture massive de l'ensemble des muscles du visage, avec rictus et rétrécissement de la fente palpébrale.

4. 6. Bilan de l'élocution (7)

Le patient est très gêné dans les mots comportant des « che, pe, ve, fe, ».

Le « savonnage » est dû au plaquage de la joue pathologique sur les arcades dentaires, le coté sain entraînant le côté atteint, surtout en phase flasque.

4. 7. Bilan des troubles sensitivomoteurs

Ce bilan est réalisé systématiquement pour connaître l'évolution et anticiper sur les risques cornéens (fig. 4). Des conseils d'hygiène de vie sont donnés aux patients.

Date :					
Goût : * hémiagueusie des 2/3 ant. de la langue * hémiagueusie spontanée					
Gustométrie chimique : * acide * doux sucré * salé * amer					
Audition : * hypoacousie * hyperacousie douloureuse					
Sensibilité : zone de Ramsay-Hunt * hypoesthésie * éruption					
Cornée : * accident, kératite					
Troubles sécrétoires					
Sécrétion lacrymale : * spontanée * test de Schirmer * état de la cornée					
Sécrétion salivaire : * spontanée * test de Blatt					

Figure 4 : tableau de suivi des troubles sensitivosensoriels.

5. TRAITEMENT

5. 1. Rééducation réalisée par le masseur-kinésithérapeute

5. 1. 1. Chaleur (6)

La chaleur peut être humide par l'application de gants imbibés d'eau chaude par exemple. Elle peut également être sèche par l'utilisation infra rouges pendant 10 minutes, placés à 1 mètre du visage. Il faudra prendre soin de fermer l'œil et de le protéger avec une compresse imbibée d'eau stérile. L'idéal est de se servir de petits coussinets chauffants épousant parfaitement l'anatomie du visage. L'hyper vascularisation ainsi obtenue par la chaleur favorisera les échanges métaboliques et facilitera la contraction musculaire.

5. 1. 2. Massages

5. 1. 2. 1. Description

Les massages préparent le travail musculaire, et sont effectués avec douceur sur les deux hémifaces. Le massage permet une détente musculaire du coté sain, un drainage des tissus en état de stase et une diminution des hypertonies. Le patient est en position de relaxation, en décubitus avec la tête légèrement surélevée et un coussin sous les genoux.

Le thérapeute utilise le massage externe ou de relaxation, complété par le massage endobuccal, qui permet de débusquer des points douloureux surtout au niveau des muscles dilatateurs.

Les massages sont réalisés dans toutes les phases de la récupération mais, seront plus lents et longs lors de syncinésies et d'hypertonies.

5. 1. 2. 2. Massage cicatriciel

Ce massage est spécifique permettant l'assouplissement de la cicatrice lors de parotidectomie et de traumatismes faciaux...

Le masseur-kinésithérapeute emploie des techniques de pétrissage superficiel et de décollement de le cicatrice.

5. 1. 3. Rééducation de la motricité et de la coordination (5, 6, 7)

5. 1. 3. 1. Description

Elle découle du bilan musculaire. Elle est basée sur le travail analytique des différents muscles de la face. Le plan de traitement varie suivant l'évolution de la récupération. Trois stades peuvent être individualisés : la phase flasque, la phase de récupération et la phase spastique avec les séquelles.

Avant d'aborder un travail actif analytique, un travail de mimogymnastique pourra être proposé.

5. 1. 3. 2. Mimogymnastique (10)

L'exercice consiste en un contrôle respiratoire pour une relaxation et une coordination des mouvements. La rééducation ne doit pas rester cantonnée à la face mais intégrer aussi le reflet des activités corporelles comme lors d'un éclat de rire, la bouche n'est pas la seule à s'animer. Le patient aura donc un concept général du corps en entier.

La mimogymnastique se fait de façon analytique face au rééducateur et devant un miroir pour une prise de conscience des deux hémifaces séparées.

5. 1. 3. 3. En phase flasque, de récupération et spastique (7, 10)

La rééducation musculaire doit être très analytique, face à la glace et au rééducateur.

Dans la première phase, flasque, il s'agit tout d'abord d'une prise de conscience du patient de son hémiface atteinte, de ses muscles et de leur fonction. Le patient réalise des mimiques du côté sain que le thérapeute reproduit passivement du côté pathologique. Durant cette période, le côté sain doit être annulé au maximum en ramenant l'hémiface saine vers la ligne médiane. Les muscles sains sont alors en position excentrique et permettent aux muscles atteints de commencer une ébauche de mouvement. Le travail est exécuté avec lenteur sur les muscles constricteurs comme l'orbiculaire de la bouche ou des yeux, car ils sont moins puissants que les dilatateurs.

En phase de récupération, le travail se fait en progression uniquement lorsque les orbiculaires de la bouche et de l'œil sont au moins à 2. A cette période, il est important que certains muscles ne récupèrent pas trop vite au détriment d'autres. Le thérapeute s'aidera de la technique du stretch avec un étirement musculaire suivi d'un relâchement brutal pendant que le patient continu la contraction du muscle demandé.

Pendant la phase de réharmonisation, il faut absolument obtenir la symétrie et le contrôle de la vitesse. Les exercices précédents peuvent être utilisés accompagnés de mimiques automatico-réflexes comme le rire ou l'étonnement.

5. 1. 4. Biofeedback, électromyographie (10)

Le miroir constitue une sorte de biofeedback visuel, information instantanée qui renseigne le patient sur son degré d'activité musculaire pour accentuer ou freiner celle-ci.
Le biofeedback auditif avec click, qui résulte d'une sommation d'impulsion de potentiels élémentaires, est aussi utilisé.

Le click détermine la contraction de certains muscles alors qu'un dispositif visuel (avec colonne lumineuse qui s'élève en fonction de l'activité électrique musculaire) est placé pour s'assurer la relaxation d'autres. Le captage de l'information se fait par des électrodes, il faut une peau nette pour une meilleure adhérence.

Parallèlement cette technique est couplée à de l'électrostimulation qui assiste la contraction volontaire renforçant la mémorisation.

5. 1. 5. Electrostimulation (6, 10)

Elle permet une suppléance à la conduction nerveuse qui influence la trophicité en maintenant la nutrition musculaire. L'électrostimulation est souvent mal perçue car elle est accusée de faciliter l'apparition de syncinésies, mais il faut un traitement judicieux et parfaitement exécuté.

Le patient accompagne volontairement la contraction électrique car les courants strio-moteurs permettent une séparation des différents territoires du nerf facial et une réorganisation dans le dispatching nucléaire.

Mais l'électrothérapie peut être aussi utilisée si la dénervation est complète avec des impulsions rectangulaires toutes les 5 s de longue durée (100-300 ms), 5 fois sur chaque faisceau musculaire.

Le traitement est quotidien ou 3 fois/semaine.

Il faut informer le patient des dangers de l'utilisation des appareils d'électrostimulation pour des traitements à domicile.

5. 2. Auto rééducation du patient grâce au livret

5. 2. 1. Pour qui ?

En première intention ce livret est destiné aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique, qu'ils soient motivés ou pas. Les patients peu impliqués dans leur rééducation ont d'autant plus besoin d'être stimulés pour participer activement à leur traitement.

Les patients doivent comprendre le sens des exercices proposés par les explications simples du thérapeute et les risques de cette rééducation.

En deuxième intention, il doit être utilisé par le thérapeute, ce livret redonnant les grandes lignes de la rééducation du patient ou de savoir ce qui a été réalisé s'il reprend le suivi en cabinet libéral par exemple.

5. 2. 2. Pourquoi ?

Les exercices d'auto rééducation et les conseils prodigués permettent au patient d'être acteur à part entière dans son traitement et de renforcer l'action des séances avec le thérapeute.

Le travail personnel du malade fait intégralement partie de la prise en charge kinésithérapique.

5. 2. 3. Comment ?

Le livret résume de façon simplifiée la définition de la paralysie faciale et de la physiologie du visage.

La rééducation y est décrite en fonction des différentes phases de la récupération du nerf (phase flasque, de récupération et de réharmonisation).

Dans chaque phase, des conseils et des exercices sont décrits et expliqués.

Ce livret est un complément, un support pour la rééducation. Le thérapeute choisit, cible et adapte les exercices en fonction du bilan, de l'évolution de la motivation et de la personnalité du patient.

6. DISCUSSION

Demander au patient de faire des mimiques chez lui devant un miroir peut être une méthode dangereuse, car les mouvements qui ne sont pas exécutés d'une manière analytique et discriminative, sont susceptibles de favoriser une réactivité syncinétique. C'est pourquoi le masseur-kinésithérapeute a un rôle fondamental dans l'éducation du patient face aux exercices du livret et du contrôle de ceux-ci.

7. CONCLUSION

Le nerf facial présente des caractères anatomiques et physiologiques très particuliers expliquant le nombre des étiologies et la complexité du tableau clinique. La rééducation prend une place importante dans le traitement des paralysies faciales périphériques.

La rééducation a pour but, de maintenir la trophicité musculaire en attendant l'arrivée de l'influx nerveux, de donner des conseils précoces de prévention et d'éduquer le patient à sa pathologie par l'apprentissage de gestes simples (k), aidé par le support du livret ce qui justifie son élaboration.

Ce livret a été conçu pour le patient afin qu'il prenne une part active dans sa récupération pour retrouver un "visage" accepté par lui-même et son entourage, mais il ne remplacera jamais le travail du masseur-kinésithérapeute. Le thérapeute doit aussi avoir l'adhésion du patient dans la réalisation de son auto rééducation pour qu'il puisse se retrouver une identité physique. Cette pathologie peut représenter un véritable drame psychologique pour les patients (15) due aux conséquences esthétiques, impliquant une prise en charge pluridisciplinaire (2).

Cette rééducation complexe touchant de nombreux domaines de compétences, demande au thérapeute une connaissance parfaite de la physiologie des muscles, de l'anatomie du nerf facial et d'une bonne observation de l'ensemble du visage du patient.

Une étude, concernant cette pathologie en milieu libéral ou en dehors de services spécialisés, serait intéressante de réaliser sur le nombre de masseur kinésithérapeutes se sentant prêts à mener une telle rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUCH-ROY K., DUAULT J. M. - Prise en charges de 2 patients présentant une paralysie faciale. - Kinésithérapie les cahiers, 2003, n° 14-15, p. 62-68.

2. BILINDA L. - Paralysie faciale : une chirurgie et une rééducation du sourire. - Mémoire d'orthophonie : Lille : 2002. - 39 p.

3. BORDURE P., RUNNER O., ROBERT R. et LEGENT F., Anatomie du nerf facial. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-258-A-10, 1995, 7 p.

4. BRUGEROLLE B. et ANDRE J.-M. - Paralysies faciales. - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), C. P. Neurologie, 1195, 9-1990, 6p.

5. BRUGEROLLE B., BOISSEAU P., XENARD J., CHELLIG L., MARCON D. - Rééducation des paralysies faciales. - Rev. Réadapt. Fonct. Prof. Soc., 1986, n° 15, p. 11-15.

6. Chevallier AM. Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. Encycl. Méd. Chir. (Edition Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Pairs, tous droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-463-B-10, 2003, 15p.

7. CHEVALLIER A.M. - Nerf facial et rééducation. - Kinésithérapie Scientifique, 1985 ; n° 232, p. 10-43.

8. COUTURE C., MARTIN F., EYOUM I., CIESCO S. - Evaluation des paralysies faciales périphériques. - Rééducation orthophonique, 1993, vol. 31, n° 176, p. 371-387.

9. Darrouzet V, Houliat T, Lacher Fougere S et Bébéar JP. Paralysies faciales. Encycl. Méd. Chir. (Edition Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Pairs, tous droits réservés), Oto-rhino-laryngologie, 20-260-A-10, 2002, 15 p.

10. DE BISSCHOP G. - Problèmes posés par la rééducations des paralysies faciales périphériques. - Ann. Kinésithér., 1990, t. 17, n° 3, p. 101-106.

11. DE RECONDO J. - Principaux syndromes neurologiques. - 3ème éd. - Paris : Roussel, 1980. - 232 p.

11. FRANCK H., NETTER M. D. – Atlas d'anatomie humaine. – 2e éd. - Paris : Maloine, 1997. – 525 p.

12. GUILLAMO J. S., DEFER G. - Paralysie faciale : orientation diagnostique. - La revue du praticien, 1995, n°45, p. 2487-2492

13. GUILLAMO J. S., DEFER G. - Paralysie faciale : orientation diagnostique. - La revue du praticien, 2005, n°55, p. 753-757.

14. HISLOP H., MONTGOMERY J. - Le bilan musculaire de Daniels et Worthington.- 6ème éd. - Paris : Masson, 2000. - 437 p.

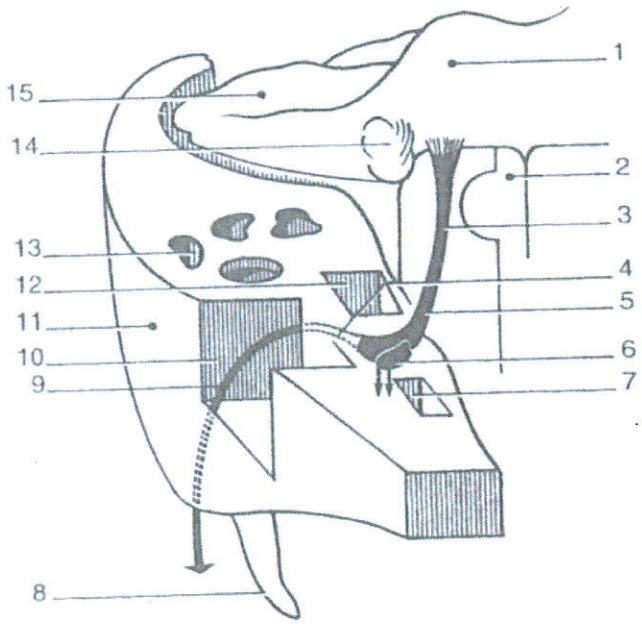
15. LE BOT - LE BORGNE M. P., GALLIEN P., ROBINEAU S., NICOLAS B., BRISSOT R. - Les paralysies faciales et leur prise en charge rééducative. - J. Réadapt. Méd., 1998, 18, n°1, p. 17-18.

16. LEGENT F., FLEURY P., NARCY P., BEAUVILLAIN C. - Pathologies cervico-faciales.- 4ème éd. - Paris : Masson, 1996. - 354 p.

17. MAXANT P., CHASSAGNE J. F., MOUGENOT A., DINH DOAN G. - aspects chirurgicaux des paralysies faciales périphériques. - Est-Médecine, t. 7, n° 125, p. 125-131.

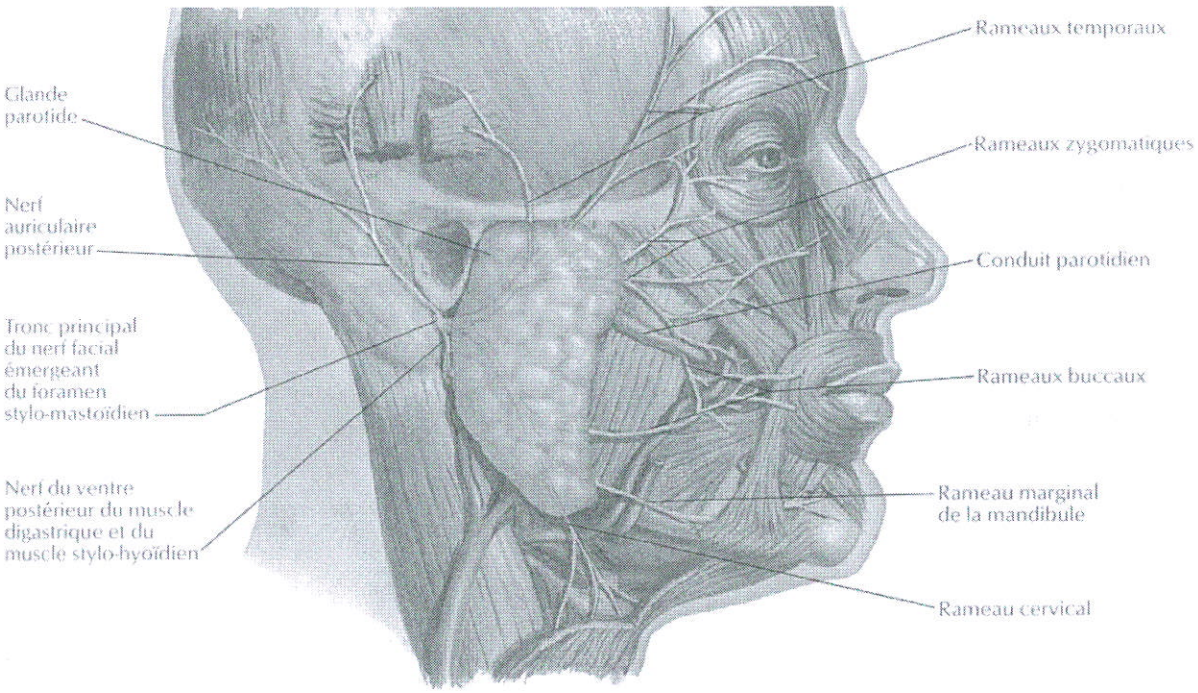
ANNEXES

ANNEXE I

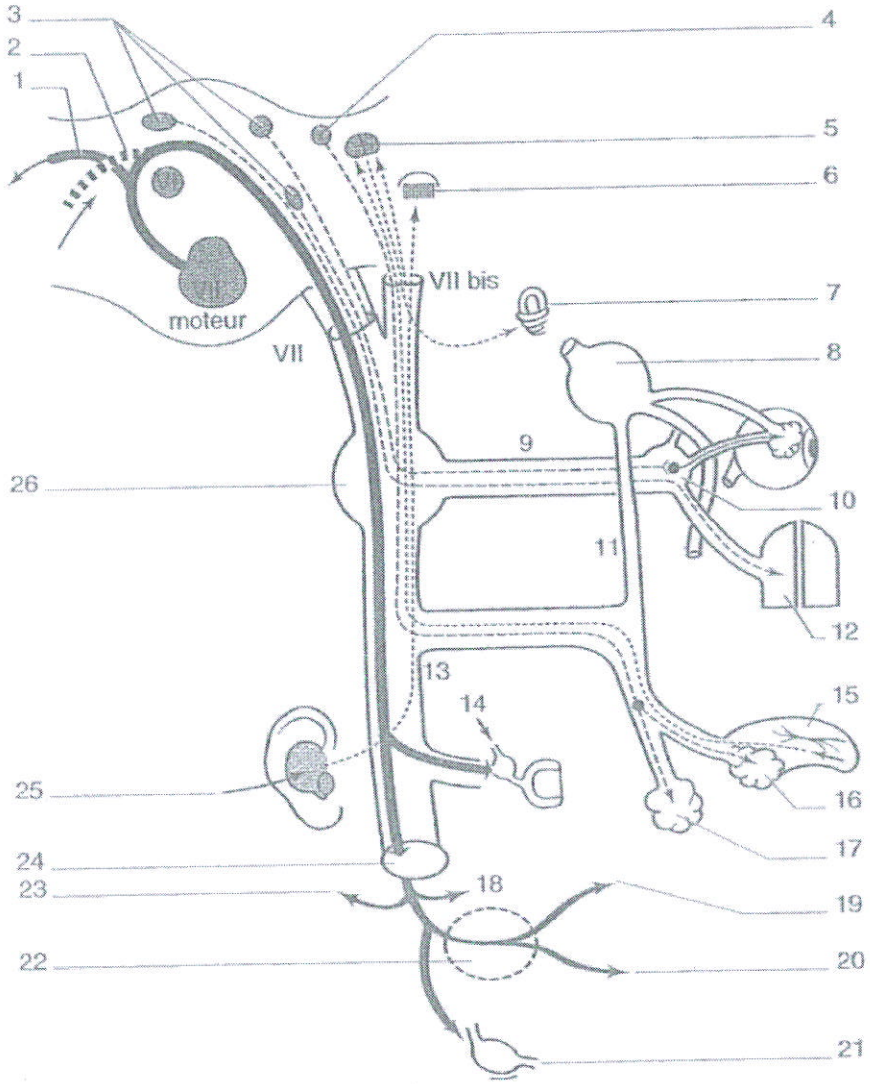


Trajet du nerf facial dans le rocher.1. Protubérance ; 2. hile ; 3. segment endocrânien pontocérébelleux ; 4. deuxième portion tympanique ; 5. première portion labyrinthique ; 6. ganglion géniculé ; 7. cochlée ; 8. styloïde ; 9. troisième portion ; 10. caisse du tympan ; 11. mastoïde ; 12. vestibule ; 13. cellules mastoïdiennes ; 14. flocculus ; 15. cervelet.

ANNEXE II


Glande parotide
Nerf auriculaire postérieur
Tronc principal du nerf facial émergeant du foramen stylo-mastoïdien
Nerf du ventre postérieur du muscle digastrique et du muscle stylo-hyoïdien
Rameaux temporaux
Rameaux zygomatiques
Conduit parotidien
Rameaux buccaux
Rameau marginal de la mandibule
Rameau cervical

ANNEXE III

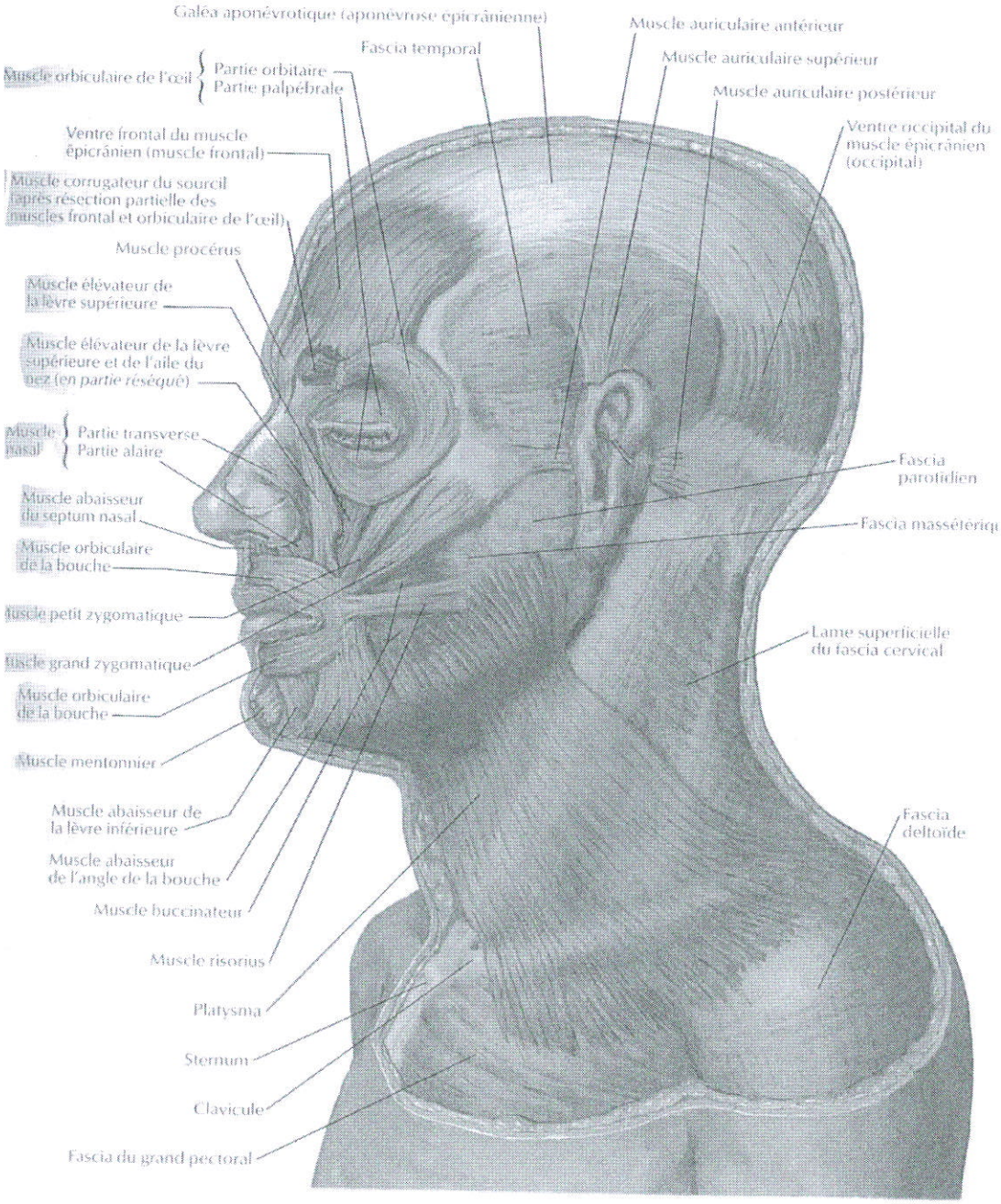


Topographie du nerf facial. 1. Fibres du facial supérieur homolatérales se dirigeant vers le noyau supérieur controlatéral ; 2. fibres faciales controlatérales ; 3. noyau muco-lacrymo-nasal ; 4. noyau salivaire supérieur ; 5. faisceau solitaire ; 6. branche descendante du V ; 7. vestibule ; 8. ganglion de Gasser ; 9. grand nerf pétreux superficiel ; 10. ganglion sphénopalatin ; 11. nerf lingual ; 12. muqueuse nasale ; 13. corde du tympan ; 14. muscle de l'étrier ; 15. langue ; 16. glande sublinguale ; 17. glande sous-maxillaire ; 18. muscle stylohyoïdien ; 19. branche temporofaciale ; 20. branche cervicofaciale ; 21. ventre postérieur du digastrique ; 22. glande parotide ; 23. muscles auriculaires ; 24. trou stylomastoïdien ; 25. zone de Ramsay-Hunt ; 26. ganglion réticulé.

ANNEXE IV

NOUVELLE NOMENCLATURE	ANCIENNE NOMENCLATURE
MENTONNIER	HOUPPE
ABAISSEUR DE LA LEVRE INFERIEURE	CARRE DU MENTON
ABAISSEUR DE L'ANGLE DE LA BOUCHE	TRIANGULAIRE
PLATYSMA	PEAUCIER DU COU
ORBICULAIRE DE LA BOUCHE	LEVRES
ABAISSEUR DU SEPTUM NASAL	MYRTIFORME
ELEVATEUR DE LE LEVRE SUPERIEURE	RELEVEUR DES LEVRES
RELEVEUR NASO-LABIAL	RELEVEUR SUPERFICIEL DE L'AILE DU NEZ ET DE LA LEVRE SUPERIEURE
NASAL PARTIE TRANSVERSE	TRANSVERSE
NASAL PARTIE ALAIRE	DILATATEUR DES NARINES
ORBICULAIRE DE L'OEIL	PAUPIERES
CHEF FRONTAL DE L'EPICRANIEN	FRONTAL
PROCERUS	PYRAMIDAL
CORRUGATEUR DU SOURCIL	SOURCILIER
ELEVATEUR DE L'ANGLE DE LA BOUCHE	CANIN

ANNEXE V


Galéa aponévrotique (aponévrose épicrânienne)
Muscle auriculaire antérieur
Fascia temporal
Muscle auriculaire supérieur
Muscle orbiculaire de l'œil
Partie orbitaire
Partie palpébrale
Muscle auriculaire postérieur
Ventre frontal du muscle épicrânien (muscle frontal)
Ventre occipital du muscle épicrânien (occipital)
Muscle corrugateur du sourcil (après résection partielle des muscles frontal et orbiculaire de l'œil)
Muscle procérus
Muscle élévateur de la lèvre supérieure
Muscle élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez (en partie réséqué)
Muscle nasal
Partie transverse
Partie alaire
Fascia parotidien
Muscle abaisseur du septum nasal
Fascia massétériq
Muscle orbiculaire de la bouche
Muscle petit zygomatique
Lame superficielle du fascia cervical
Muscle grand zygomatique
Muscle orbiculaire de la bouche
Muscle mentonnier
Muscle abaisseur de la lèvre inférieure
Fascia deltoïde
Muscle abaisseur de l'angle de la bouche
Muscle buccinateur
Muscle risorius
Platysma
Sternum
Clavicule
Fascia du grand pectoral

ANNEXE VI

Réflexe stapédien :

Test qui concerne le muscle de l'étrier, intrinsèque de l'oreille et innervé par le nerf facial. Une hyperacousie douloureuse au moindre bruit peut être retrouvée lors de l'interrogatoire. Stimulation controlatérale ou ipsilatérale de ce muscle par l'ORL. Test très sensible et utile dans le suivi du patient.
La réapparition de ce réflexe précède toujours la récupération faciale.

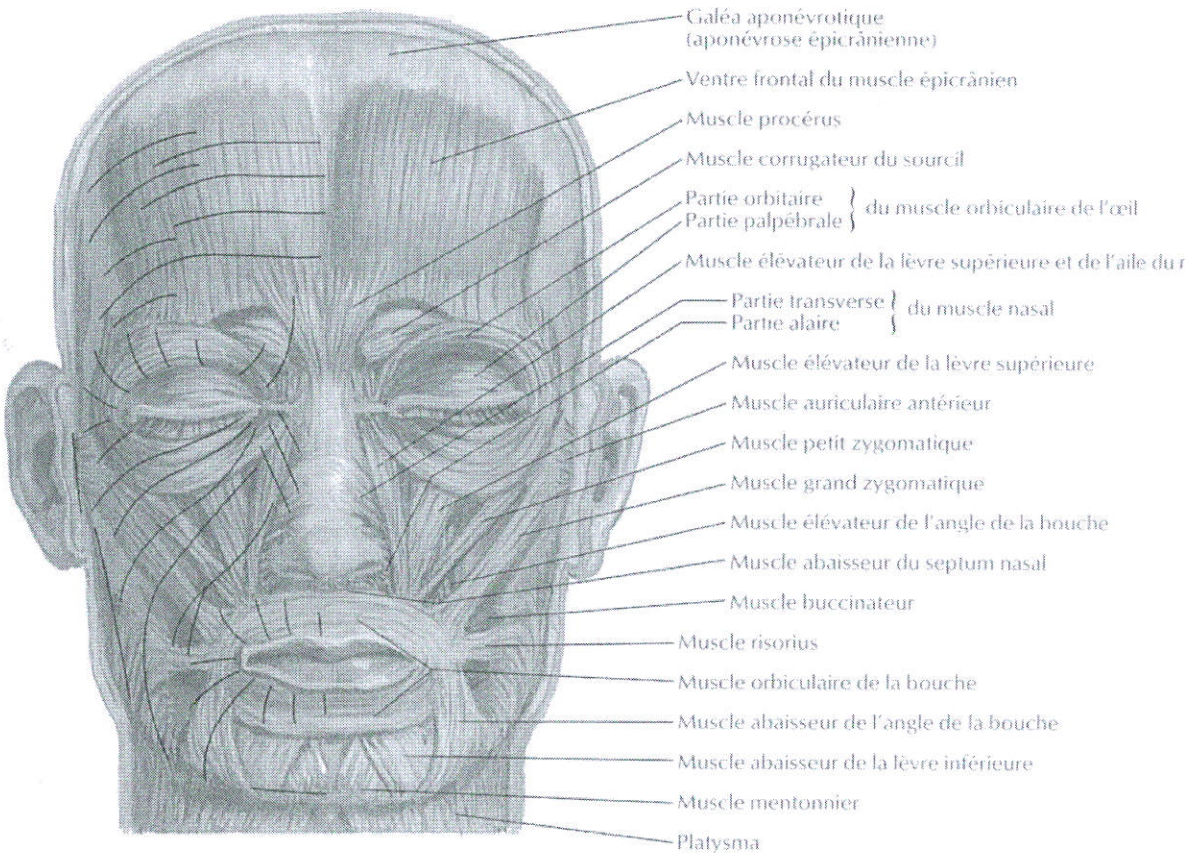
Test de Shirmer :

Ce test étudie la sécrétion lacrymale de façon symétrique dans un temps donné.
Le thérapeute essuie préalablement les yeux du patient pour commencer le test. Puis le patient inhale rapidement des vapeurs d'ammoniaque, le recueil des larmes se fait sur un papier buvard (1 cm de large sur 5 cm de long) pendant une minute.
Ensuite un rapport d'imbibition est réalisé entre le coté sain et celui touché.

Gustométrie :

La gustométrie chimique utilise la discrimination de la langue de 4 goûts avec des solutions sucrées, salées, amères et acides ; de concentrations décroissantes appliquées sur l'hémilangue.
La gustométrie électrique st plus sensible et utilise le seuil de sensation par l'application de courants anodiques continus sur toute la langue. Une différence de 30% est pathologique.

ANNEXE VII


Galéa aponévrotique
(aponévrose épicrânienne)
Ventre frontal du muscle épicrânien
Muscle procérus
Muscle corrugateur du sourcil
Partie orbitaire
Partie palpébrale
du muscle orbiculaire de l'œil
Muscle élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du n
Partie transverse
Partie alaire
du muscle nasal
Muscle élévateur de la lèvre supérieure
Muscle auriculaire antérieur
Muscle petit zygomatique
Muscle grand zygomatique
Muscle élévateur de l'angle de la bouche
Muscle abaisseur du septum nasal
Muscle buccinateur
Muscle risorius
Muscle orbiculaire de la bouche
Muscle abaisseur de l'angle de la bouche
Muscle abaisseur de la lèvre inférieure
Muscle mentonnier
Platysma

ANNEXE VIII

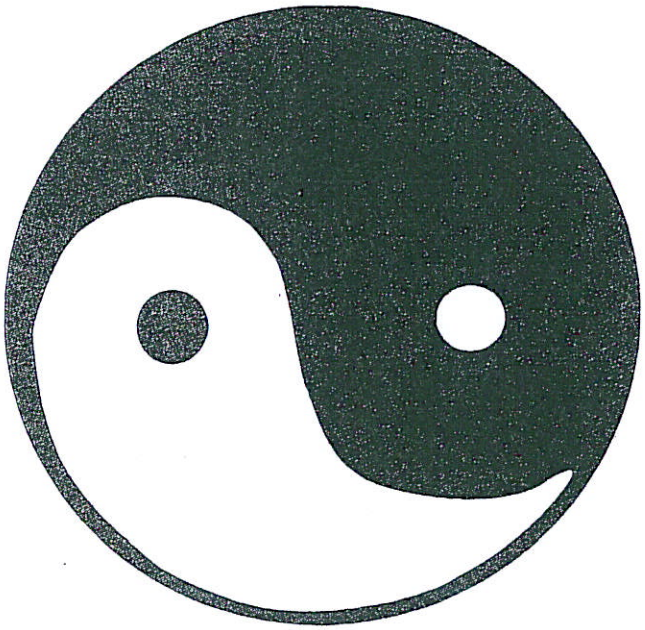
Droit à l'image.

Je soussigné Mme Douay Dominique habitant 7 rue Belleuve 54940 Belleville donne l'autorisation à Mlle Jacquinet étudiante en 3ème année IFSI à me prendre en photo et à les utiliser dans le cadre du mémoire

le 6 octobre 2005

Vous êtes atteint d'une

Paralysie faciale périphérique



Un livret, vous suivra pas à pas pour votre rééducation

Avant-propos

On vient de vous diagnostiquer une paralysie faciale périphérique, se caractérisant par une atteinte des muscles de l'hémiface.
Ce livret a pour but de vous guider et vous assister tout au long de votre récupération dont la durée est variable suivant les cas.

Dans les pages qui suivent vous trouverez :
- des exercices à réaliser quotidiennement matin et soir.
- des conseils.

Tous les exercices regroupés dans ce fascicule ne sont pas à réaliser, un kinésithérapeute vous guidera pendant la récupération de votre paralysie, en vous donnant les mouvements précis à réaliser, la quantité et le nombre de contractions musculaires suivant le bilan qui a été préétabli.

Cette rééducation est longue et minutieuse, vous demandant donc une motivation et une coopération importante.

Sommaire

En savoir plus ▸ 6

Paralysie faciale ? ▸ *7*

Anatomie des muscles ▸ *9*

Rééducation ▸ 11

Description ▸ *12*

Phase flasque ▸ *13*

Chaleur ▸ 13

Conseils ▸ 15

Massage ▸ 20

Externe ▸ 20

Interne ou endobuccal ▸ 22

Travail musculaire ▸ 24

Phase de récupération ▸ *26*

Description ▸ 26

Massage ▸ 27

Conseils ▸ 27

Travail musculaire ▸ 28

Phase de réharmonisation ▸ *31*

Description ▸ 31

Massage ▸ 32

Travail musculaire ▸ 33

Glossaire ▸ 36

Conclusion ▸ 37

En savoir plus

Paralysie faciale

Le nerf facial ou, nerf n°VII, commande la motricité d'une hémiface. Nous possédons donc 2 nerfs faciaux : l'un pour la moitié droite du visage et l'autre pour la moitié gauche.

Pour une compréhension simplifiée nous comparerons l'anatomie de ce nerf à un arbre qui comprend :

- des racines, localisées dans le cerveau ;
- une graine (noyau du nerf), située aussi dans le cerveau ;
- un tronc, partant de la graine et émergeant du cerveau, en direction de l'oreille.

Une lésion de ce nerf quelle que soit l'origine entraîne une paralysie faciale.

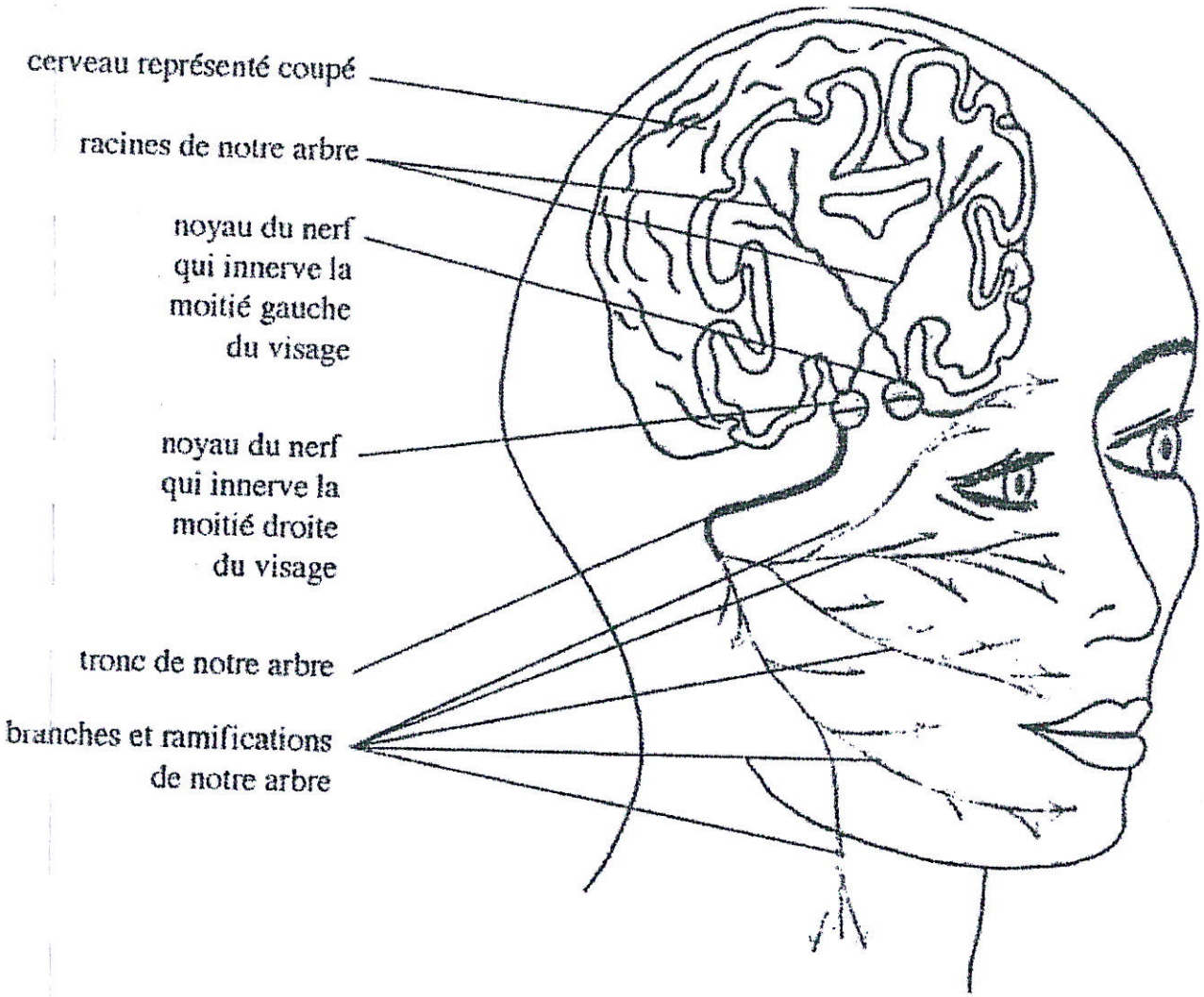


Schéma n°1 : « L'arbre-nerf facial »

Anatomie des muscles

Lors de mouvements du visage, un influx nerveux part du noyau, passe par le tronc et fini par les ramifications. Chaque terminaison innerve les différents muscles de la face qui permettent nos mimiques.

Chaque muscle a une action propre, qui correspond à une ou plusieurs mimiques.

Tous les muscles de la face ont une insertion mobile cutanée et sont regroupés autour des orifices (œil et bouche) de la face.
Ils sont tous constricteurs ou dilatateurs.

Le travail musculaire sera réalisé dans un 1er temps par les constricteurs (orbiculaires de l'œil et de la bouche) car ils sont moins puissants et moins nombreux que les dilatateurs.
Les dilatateurs prennent donc facilement le dessus d'autant plus qu'ils sont important fonctionnellement.

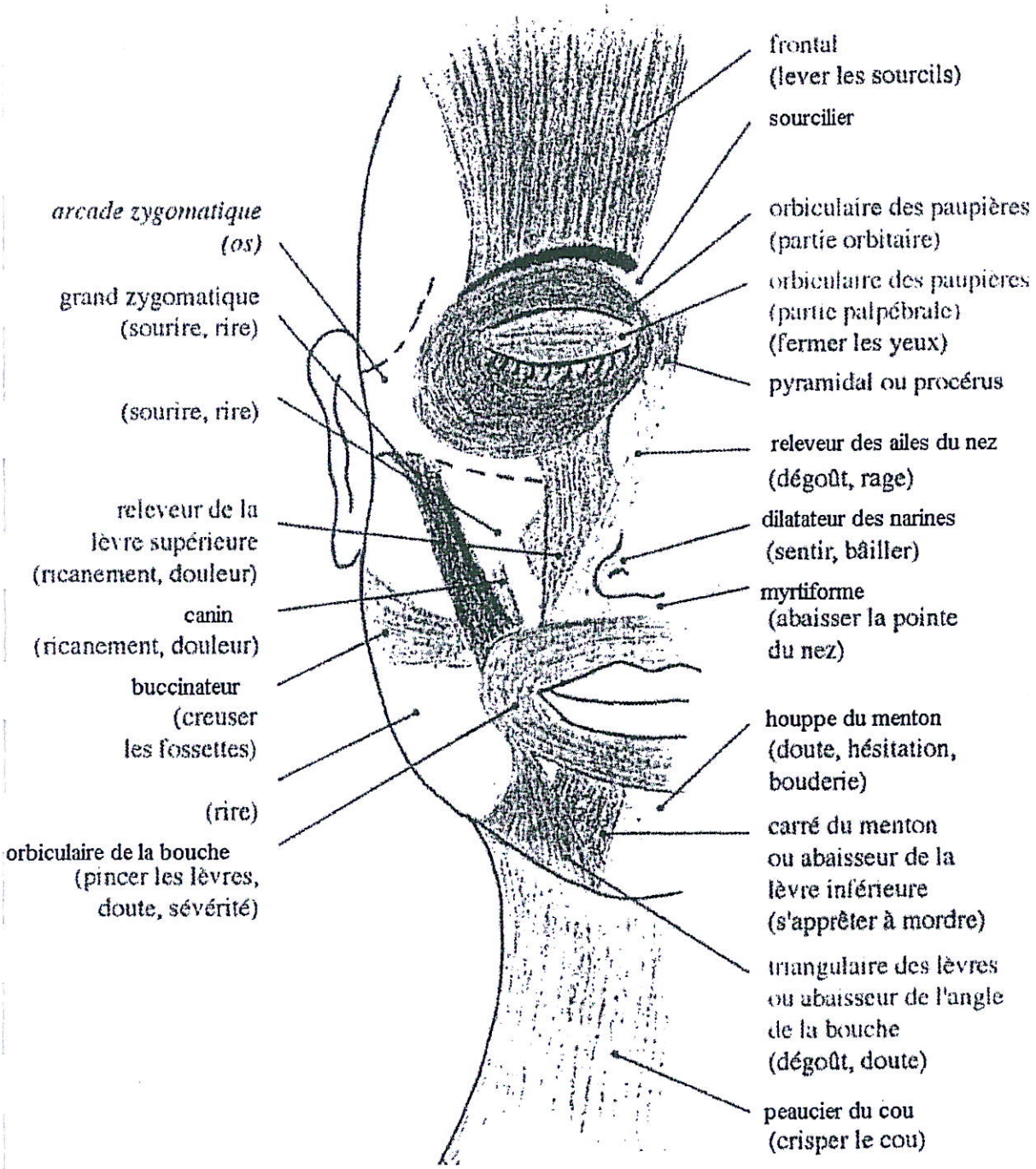


Schéma n°2 : les muscles innervés par le nerf facial.

Rééducation

Description

La rééducation sera différente selon la phase de récupération du nerf.
Pour chaque phase vous trouverez détaillé les massages, les conseils et les exercices.
Le kinésithérapeute qui vous suit vous conseillera sur les exercices à exécuter.

La phase flasque correspond à des muscles évalués selon la cotation musculaire établie par le kinésithérapeute entre o et 2 (très faible amplitude).

La phase de récupération concerne des muscles évalués entre 2 et 3 (contraction visible).

La phase de réharmonisation où les muscles sont cotés entre 3 et 4 (vers l'amplitude normale). Durant cette phase il faut absolument éviter des spasmes musculaires et obtenir une parfaite symétrie.

Phase flasque

Chaleur

Avant tout exercice, il faut réchauffer l'hémiface atteinte pour préparer les muscles au travail et qu'ils fournissent le maximum de leurs possibilités.

Faites attention à la température de l'eau !!

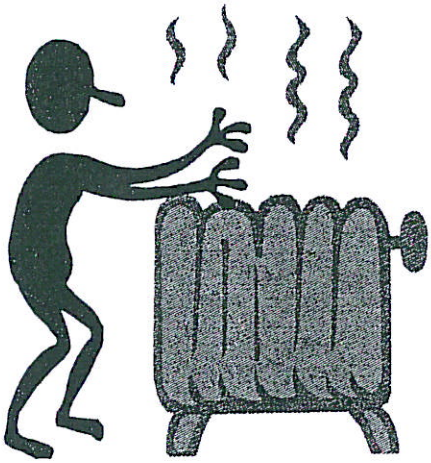
Pour cela vous allez utiliser une bouillotte d'eau chaude pas trop remplie pour qu'elle épouse parfaitement le relief du visage. Elle doit être entourée d'une serviette éponge pour éviter les risques de brûlure.

Utilisez aussi un gant de toilette plongé dans l'eau chaude.

Il existe aussi des coussins auto chauffants très pratiques comme les Gibhot.

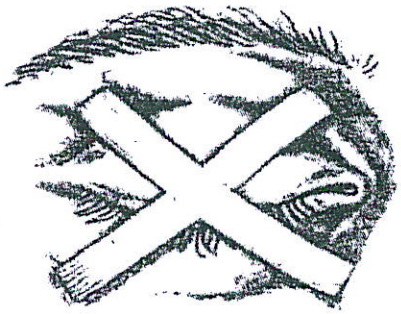
Si vous êtes souvent tendus ou migraineux ne placez pas de chaleur sur les tempes.

Allongez-vous sur le dos avec un coussin sous la tête et les genoux, vous pouvez appliquer la chaleur sur le visage pendant 10 minutes.

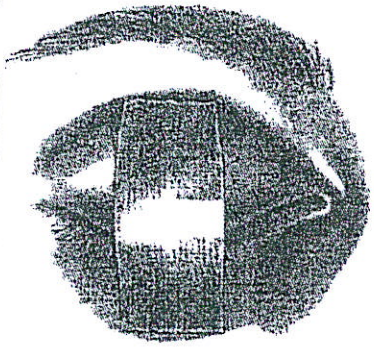


Conseils de votre kiné :

Pour la nuit, vous allez ajouter la pose de sparadraps anallergiques qui vont permettre la fermeture de l'œil.

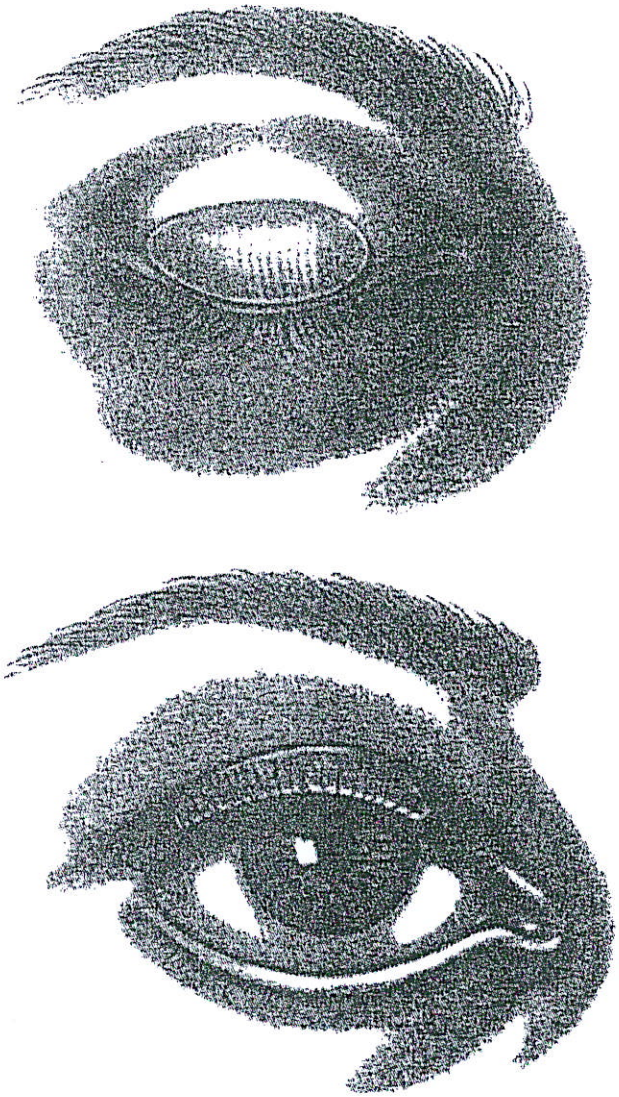


Préparez 2 bandelettes (type Stéri-Trip®), étirez le coin externe de l'œil atteint pour ne pas mettre de cils dans l'œil et apposez les languettes en croix sur l'œil fermé.



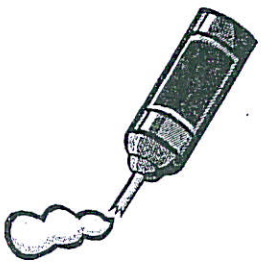
Plus simplement, découpez une bandelette plus épaisse et déposez la bandelette de façon verticale toujours en étirant le coin externe de l'œil.

(d'après E. M. C. de A.M. Chevallier)

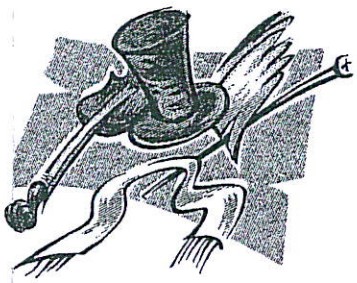


(d'après E. M. C. de A.M. Chevallier)

Si vous êtes gêné par des picotements, brûlures, démangeaisons ou pleurs, vous pouvez alourdir la paupière supérieure en collant un sparadrap anallergique transparent ou de couleur "chair". Le sparadrap est découpé en forme de goutte dont la pointe effilée se trouve au bord externe de l'œil et la partie ventrue posée au niveau de la pupille.



Utilisez une crème hydratante surtout du coté de l'hémiface atteinte puisqu'il peut exister une sécheresse de la peau du fait de la paralysie.



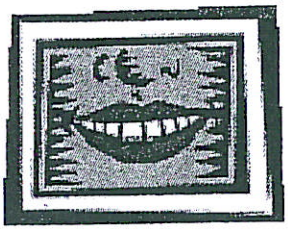
Pensez à couvrir votre tête et votre cou avec une écharpe, un bonnet ou autre contre le froid surtout en hiver.

.

Mastiquez des 2 cotés par petites bouchées en ramenant la nourriture au centre de la bouche en faisant travailler la langue de bas en haut puis inversement.

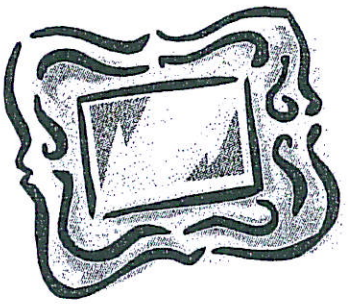
Brossez-vous méticuleusement les dents et nettoyez votre cavité buccale au jet dentaire pour éviter l'accumulation de nourriture entre les molaires et la face interne des joues. F Attention aux caries dentaires.

Pour parler ne remontez jamais l'hémiface atteinte mais pour que l'élocution soit audible descendez le coté sain.



Il faut aussi modérer les sourires car si les muscles récupèrent trop vite ils peuvent provoquer des co-contractions.

Tous les exercices proposés par la suite devront être exécutés devant un miroir pour pouvoir contrôler l'axe de symétrie.



Les premiers temps peuvent être difficiles socialement lors des repas puisque l'eau et les aliments ont tendance à s'échappés, ne vous découragez pas ce n'est que provisoire.

Conseils de votre kiné :

Massage

Externe

Il se fait avant tout travail musculaire, effectué avec **beaucoup de douceur** et **peu appuyé** pour éviter des réactions involontaires de défense du côté sain.

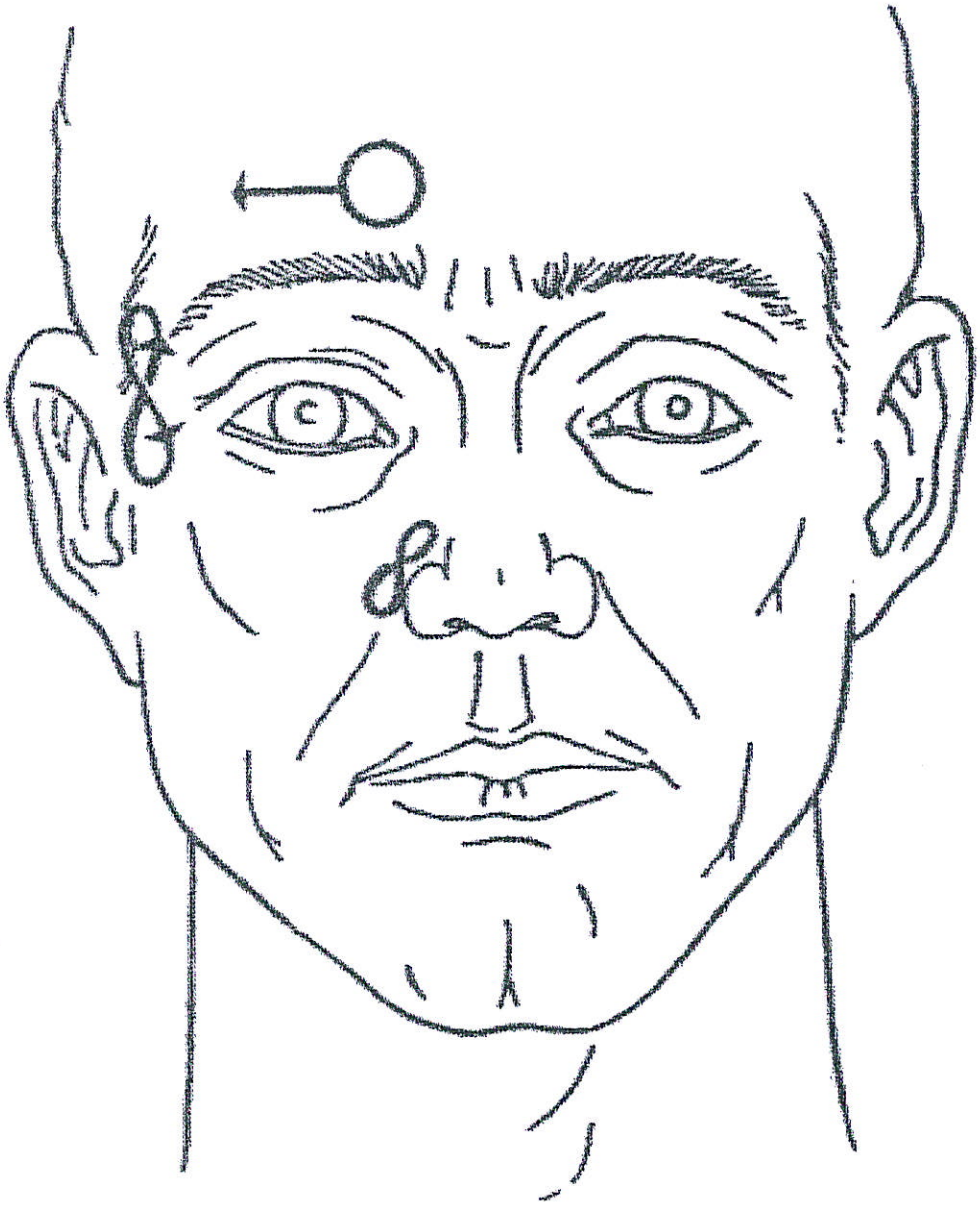
Il est à réaliser devant le kinésithérapeute avant de le refaire chez vous à domicile car s'il est mal réalisé, il peut s'avérer nocif.

Vous commencerez le massage par des effleurages de tout le visage :

- **du menton en passant par la joue** pour finir sur le front en remontant jusqu'au cuir chevelu pour le coté atteint pour stimuler les muscles,

- **du front en passant par la joue** en descendant jusqu'au menton pour le côté sain pour éviter une hypertonie trop importante et la rétraction des muscles.

(d'après E. M. C. de A.M. Chevallier)

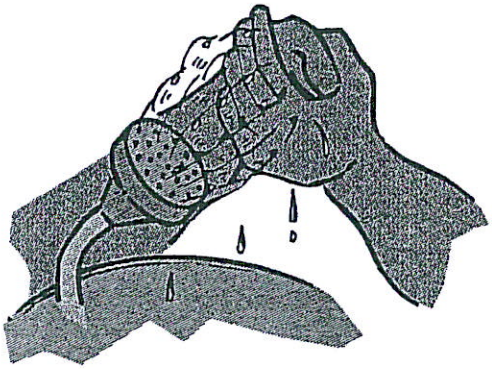


Vous pouvez aussi insister sur certaines zones en effleurages au niveau des tempes et de l'angle narinaire. Ce massage peut être fait en forme de huit.

Vous pouvez aussi y ajouter le massage de points particuliers comme celui situé 1 cm au-dessus de la racine des sourcils. Pour cela vous réaliser des frictions circulaires dans le sens des aiguilles d'une montre.

Interne ou endobuccal

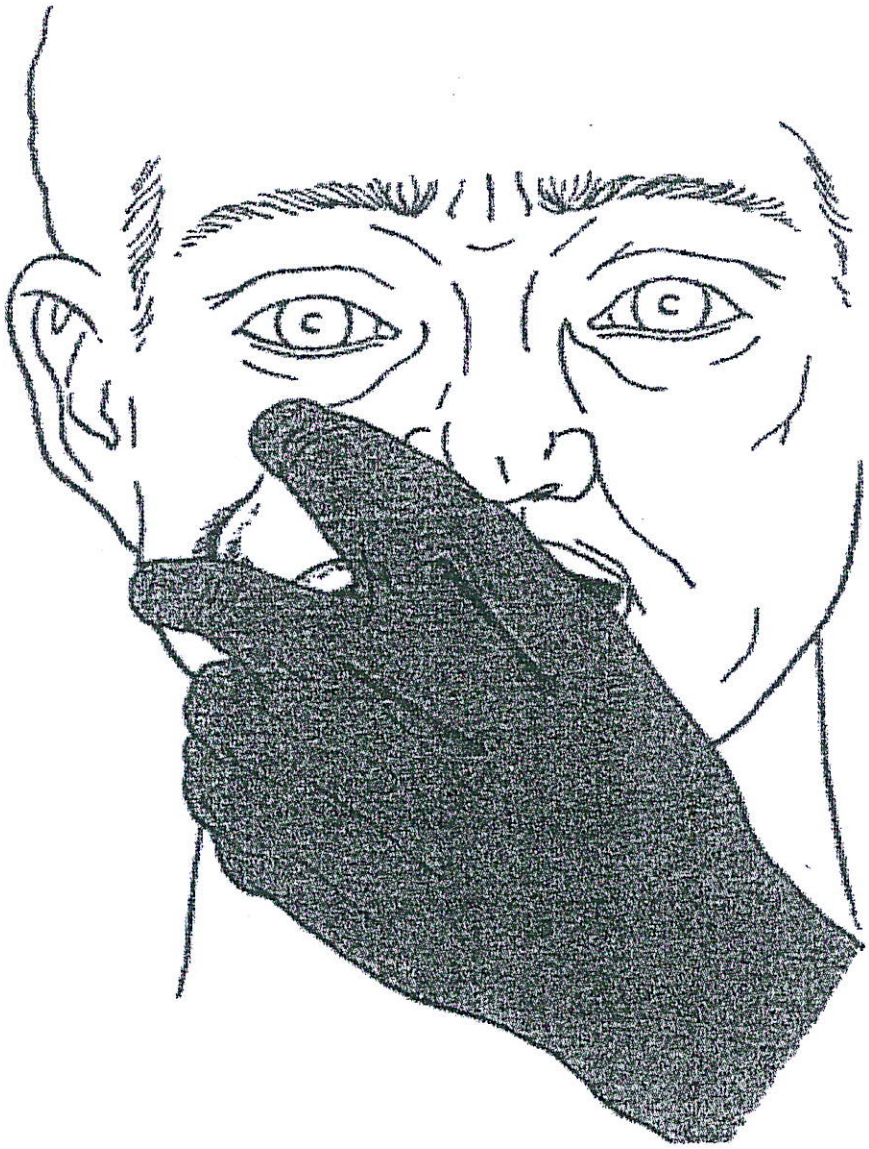
Tout d'abord **laver-vous les mains soigneusement.**



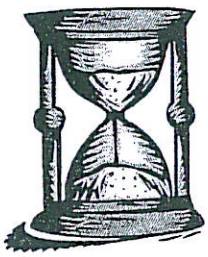
Ce massage se fait avec **douceur**. Pour un abord plus facile utilisez la main opposée à l'hémiface atteinte.
Mettez le pouce à l'intérieur de la joue, l'index et le majeur à l'extérieur.
Réalisez une traction douce vers le bas et le centre de symétrie sur une dizaine de secondes puis relâchez doucement cette traction pour **éviter l'effet boomerang**.

Ne tirez pas sur la peau ce qui pourrait retourner la paupière inférieure.

(d'après E. M. C. de A.M. Chevallier)



Conseils de votre kiné :



Travail musculaire

Ce travail musculaire commencera par un **apprentissage**, en présence de votre kinésithérapeute, de tous les muscles de votre visage ainsi que de leur fonction.

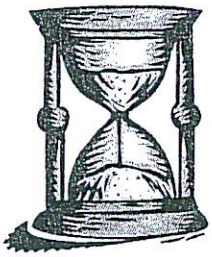
Réalisez des mimiques du côté sain, qui seront reproduite sur votre côté pathologique par le kinésithérapeute passivement.

Avant de contracter les muscles atteints il vous faudra annuler le côté sain en ramenant l'hémiface saine jusqu'à la ligne médiane du visage. Les muscles atteints seront donc en position neutre et pourront réaliser une ébauche de mouvement sans être étiré du côté sain.

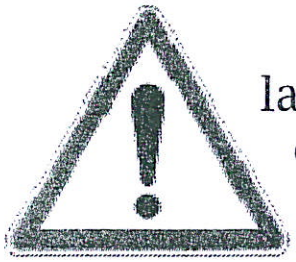
Puis vous allez réaliser les contractions des muscles, que le kinésithérapeute à préalablement testés, **devant lui pour qu'il puisse vérifier le bon mouvement.**

Ne jamais serrer les dents pendant la rééducation ce qui pourrait provoquer des hypertonies

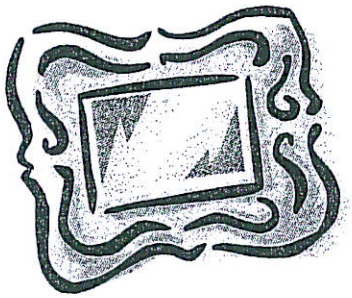
Réalisez chez vous ces exercices devant un miroir pour prendre conscience du bon mouvement de manière lente, muscles par muscles après accord de votre kinésithérapeute.



Pour chaque muscle, l'ébauche de mouvement doit être tenue pendant 3 secondes et répétée 3 fois, avec entre chaque contraction un temps de repos d'au moins 6 secondes pour éviter une fatigue trop importante.



Surtout ne pas vous lancer dans la réalisation de mimiques devant un miroir ce qui pourrait avoir comme effets néfastes de provoquer des spasmes musculaires et de renforcer surtout le coté sain.



Conseils de votre kiné :

Phase de récupération

Description

Les exercices qui vous seront proposés par la suite sont généraux et applicables selon l'avis du kinésithérapeute et le bilan qu'il a réalisé précédemment.

Dans cette phase **la rééducation sera plus active à la recherche d'un mouvement harmonieux et pas d'une performance musculaire.**

Conseils

Même conseils que précédemment que votre kiné adaptera.

Ne jamais serrer les dents pendant la rééducation ce qui pourrait provoquer des hypertonies

Massage

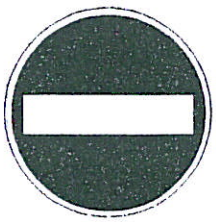
Les mêmes techniques sont à utiliser que dans la phase précédente (phase flasque) avec quelques différences avec surtout massage de détente du coté sain qui tend à se rétracter.

Conseils de votre kiné :

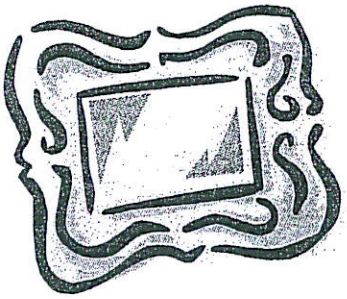
Travail musculaire

On utilise les mêmes précautions que dans la phase précédente.

Evitez le mouvement du sourire mais réalisez plutôt celui du baiser.

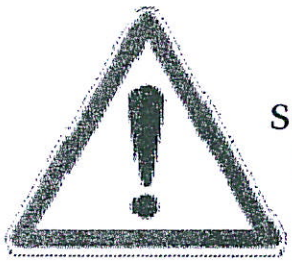


Certains muscles récupèrent trop vite au détriment d'autres. Vous éviterez donc aussi les co-contractions orbiculaire des yeux-zygomatiques

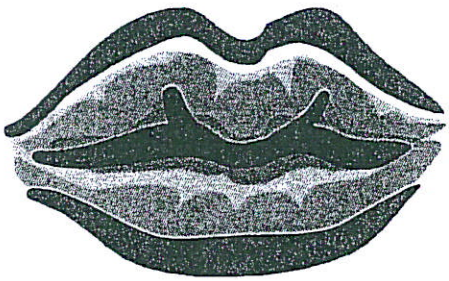


Dans cette phase active, les mouvements doivent être réalisés de façon **symétrique** avec le contrôle de la vitesse.

Il faut contrôler le côté sain pour que le côté atteint puisse amorcer le mouvement sans être attiré.

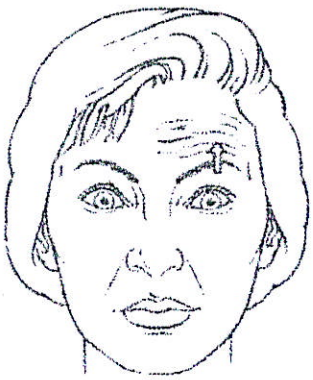


Attention la fatigue se fait vite sentir de la concentration intensive pour l'exécution du mouvement (en temps normal le muscle a une vitesse instinctive).



Vous pouvez aussi travailler les muscles de la bouche contre résistance en utilisant un cylindre en carton. Pour cela vous pouvez choisir le diamètre de celui-ci en formant un « O » avec la bouche et prendre le cylindre juste un peu supérieur. Placez au niveau de la bouche et serrez 5 secondes, repos de 10 avec une répétition de 5 fois.

Vous pouvez aussi placer de l'eau dans la bouche en la faisant aller d'une joue à l'autre en évitant les fuites.



Pour le frontal vous appliquerez la paume d'une main sur le front de votre coté sain avec une traction vers le bas. Et enfin vous remonterez le sourcil atteint (à réaliser que si l'orbiculaire de l'œil est ≥ 3).

Conseils de votre kiné :

Phase de réharmonisation

Description

Même si la rééducation a été bien menée, il restera toujours une trace de l'accident.

Lors de cette phase vous allez accentuer le travail des muscles et **insister sur la symétrie du visage** lors des contractions musculaires.

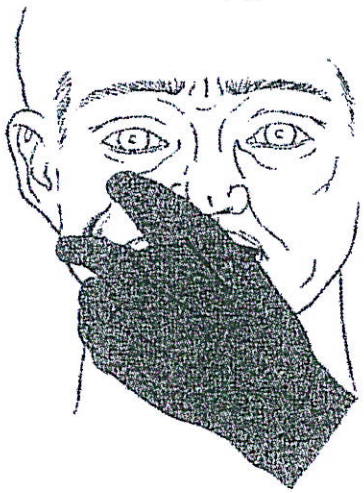
Vous pourrez également travailler la coordination lors de l'élocution. Dés que la symétrie du visage est correcte vous pourrez augmenter la vitesse du langage.

Massage

Chauffez le visage pour détendre les muscles avec la bouillotte, le gant humidifié d'eau chaude ou les coussins Gibhot.

Placez le pouce de la main opposée à la lésion en bouche et l'index, ainsi que le majeur en extérieur au niveau de la joue. Réalisez un glissement des deux prises dans tous les sens (par exemple en circulaire) sans bouger les doigts pour éviter des rougeurs.

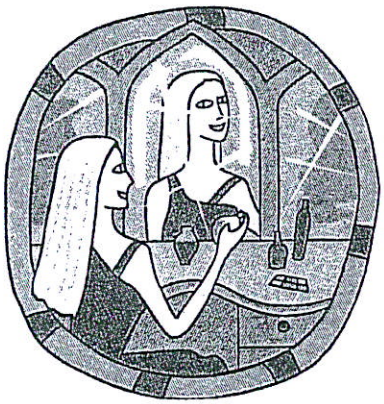
Le massage endobuccal est important sur les muscles douloureux sains car ils se rétractent du fait de leur hyperactivité.



(d'après E. M. C. de A.M. Chevallier)

Conseils de votre kiné :

Travail musculaire



Vous allez tout d'abord commencez par travailler les mimiques réflexes devant la glace en travaillant muscle par muscle.

Comme :

le dégoût

l'étonnement

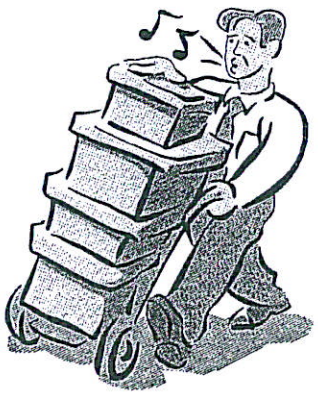
le baiser

la colère

Vous pouvez en faire d'autres ceux-ci n'étant qu'à titre d'exemple, mais toujours sous le contrôle et la surveillance de votre thérapeute.

Vous pourrez reprendre l'exercice avec le cylindre en carton dans la bouche en diminuant progressivement le diamètre, utilisez des bouchons puis les crayons.

Les exercices avec l'eau dans la bouche peuvent aussi être repris. Faites passer l'eau d'une joue à l'autre en évitant les fuites.



Vous pourrez également essayer de souffler sur une bougie ou de siffler.

Conseils de votre kiné :

Glossaire

Hémiface : moitié de la face.
Flasque : dépourvu de fermeté, de consistance, de tonus.
Co-contractions : mouvements involontaires qui se font lors de mouvements volontaires.
Hypertonie : augmentation du tonus musculaire normal.

Conclusion

La paralysie faciale périphérique est une affection qui peut être longue allant quelque fois jusqu'à 4 ans.

Cette rééducation à domicile prend une part importante pour la récupération, vous impliquant personnellement dans l'évolution.

Cette rééducation est efficace si vous dépassez de l'aspect inesthétique de cette affection temporaire. Ce qui peut entraver votre vie sociale et professionnelle.

Il faudra donc accepter ce « nouveau moi» qui se rapprochera au plus près de votre aspect physique antérieur.

Ce livret a été réalisé par Jacquinet Eléonore, dans le cadre de son mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute 2005-2006