

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



Elaboration d'une fiche conseils à destination des patients porteurs d'une paralysie faciale

Mémoire présenté par **Thibaut MOINIER**
étudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute.
2013-2014.

SOMMAIRE

RESUME.....	1
1. INTRODUCTION	1
2. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES	3
2.1. Généralités.....	3
2.2. Anatomie du nerf facial.....	4
2.2.1. Généralités	4
2.2.2. Origine.....	4
2.2.3. Trajet.....	4
2.2.4. Branches collatérales et terminales	5
2.2.5. Les muscles de la face.....	6
2.2.5.1. Les muscles orbiculaires	7
2.2.5.2. Les muscles radiaires	7
2.3. Physiologie	8
3. PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE	8
3.1. Généralités.....	8
3.2. Épidémiologie.....	8
3.3. Etiologie	9
3.4. Classification : échelle de House-Brackman.....	10
3.5. Signes cliniques.....	11
3.6. Traitement	12
4. PROTOCOLE.....	15
4.1. Matériel.....	15
4.2. Population.....	16
4.3. Méthode.....	16
4.3.1. Conditions préalables	16
4.3.2. Bilan chiffré.....	16
4.3.2.1. Examen de la tonicité	16
4.3.2.2. Examen de la motricité : le testing.....	17
4.3.2.3. Examen de la coordination	18

4.3.3. Expression libre des patients.....	18
4.3.4. Questions du masseur-kinésithérapeute.....	18
5. RESULTATS.....	18
5.1. Questions des patients	18
5.2. Bilan masso-kinésithérapique.....	19
5.3. Questions du masseur-kinésithérapeute	19
6. DISCUSSION.....	20
6.1. Démarche d'élaboration de la fiche	20
6.1.1. Mise en forme	20
6.1.2. Protection de l'œil.....	21
6.1.3. AVQ : Activités de la Vie Quotidienne	23
6.1.4. A éviter.....	25
6.1.5. Chaleur.....	26
6.1.6. Massage / étirement.....	26
6.1.7. Travail musculaire	27
6.1.8. Espace libre.....	29
6.2. Evaluation de la fiche : questionnaire.....	29
7. CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	

RESUME

Introduction : la paralysie faciale entraîne des conséquences physiques et psychologiques limitant de nombreuses activités primaires de la vie quotidienne. Lors de sa prise en charge, le masseur-kinésithérapeute a un rôle essentiel : objectiver les déficiences et améliorer le pronostic à long terme en dispensant les premiers conseils. Ces conseils sont donnés à l'oral ; or la rééducation nécessite un investissement important du patient et des exercices quotidiens, d'où la nécessité de créer un support.

Matériel et méthode : nous effectuons les bilans chiffrés de 9 patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique d'étiologies diverses entre J0 et J7 du diagnostic dans le but de recueillir leurs expressions quant à leur paralysie. Après les avoir laissés s'exprimer spontanément, nous les orientons vers des domaines non abordés.

Résultats : les informations recueillies, la littérature et l'expérience des masseurs-kinésithérapeutes permettent d'établir les grands thèmes du document. Les patients relatent des gênes oculaires et auditives, des difficultés pour s'alimenter et parler et sollicitent les thérapeutes quant aux exercices musculaires à effectuer.

Discussion : les thèmes se retrouvent dans une fiche conseils personnalisable visant à améliorer l'auto prise en charge et l'observance du traitement. La fiche sert d'aide-mémoire renvoyant aux explications données par le thérapeute. Dans la démarche d'élaboration, nous expliquons la mise en forme et détaillons chaque item choisi. La fiche est évaluée par les patients par l'intermédiaire d'un questionnaire fermé.

Mots clés : paralysie faciale périphérique, rééducation, nerf facial.

Key words : peripheral facial paralysis, rehabilitation, facial nerve.

1. INTRODUCTION

Les régions maxillo-faciale et de la sphère O.R.L. (Oto-Rhino-Laryngologique) permettent de nombreuses activités comme la déglutition, l'alimentation, la phonation. Cette dernière participe à l'expression orale. Les échanges entre les Hommes sont possibles grâce aux communications verbales et non verbales permises par la face entre autres.

La communication non verbale est propre à chacun. Elle contribue à la transmission du message (1) et est essentielle afin d'accentuer les sentiments. Les muscles qui constituent la face animent le visage : il est le siège des émotions (2), le «miroir de l'âme» (3).

De nombreuses pathologies (brûlures, traumatismes faciaux, tumeurs...) peuvent atteindre ce visage. Ces atteintes perturbent la phonation et l'expression en tous points, mais aussi la déglutition, l'alimentation (solide et liquide), ce qui bouleverse de nombreuses activités primaires de la vie quotidienne.

Parmi ces affections, nous retrouvons les paralysies faciales qui peuvent être centrales ou périphériques. Seules les paralysies périphériques sont abordées dans ce travail.

La paralysie faciale périphérique est caractérisée par une atteinte totale ou partielle du nerf facial entraînant un déficit moteur complet ou partiel des muscles faciaux ainsi qu'un déficit sensitif et sensoriel de l'hémiface concernée (4). Les étiologies sont diverses mais le plus souvent inconnues. Les conséquences fonctionnelles, plus ou moins importantes, sont souvent source d'angoisse pour le patient (5).

La paralysie induit des retentissements psychologiques et sociaux au quotidien, et les conséquences sont majeures sur l'esthétisme. Certains patients décrivent «une gueule de travers», «une moitié de face», «une tête amochée». Les mots mais aussi les maux sont très durs : «je ne me voyais plus sortir de chez moi», «je ne ressemble plus à rien», «je n'ose plus me regarder dans le miroir». Ils perdent ainsi leurs repères physiques, fonctionnels, affectifs, psychologiques, professionnels pour certains, sociétaux.

Le visage est le passeport social de chacun, la personne s'exprime alors difficilement, les muscles de la bouche sont déficitaires et entraînent des problèmes d'élocution voire un bavage. Le patient ne peut plus manifester correctement ses émotions comme la joie car le

sourire n'est plus présent du côté atteint : un sourire devient une grimace. Le regard extérieur de cette face atteinte entraîne stupeur, repoussement voire répugnance (5).

Les premiers signes cliniques apparaissent et s'aggravent lors des premiers jours, le patient consulte son médecin généraliste qui l'oriente soit vers les Urgences pour établir le diagnostic différentiel (notamment la paralysie centrale de l'AVC), soit directement vers un service O.R.L. pour envisager le devenir.

Au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (C.H.R.U.), dans le cadre des paralysies faciales, le service d'O.R.L. collabore avec l'équipe de Médecine Physique et de Réadaptation (M.P.R.) de l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (I.R.R.). Le service O.R.L. accueille le patient, établit le diagnostic, et adresse le patient au médecin de MPR et au masseur-kinésithérapeute (M.K.). Ce dernier réalise un bilan précis et coté de l'atteinte faciale qui alimente le médecin prescripteur dans son choix de rééducation.

La mission du M.K. est ainsi d'objectiver les déficiences du patient et de l'orienter dans sa rééducation tout en dispensant les premiers conseils au cours de cette entrevue. Au cours de ce bilan, le M.K. explique ce qu'il attend du patient tout au long de la rééducation (4). Cette rééducation demande l'investissement du patient afin de limiter les séquelles et d'améliorer le pronostic à long terme : elle nécessite des exercices et des précautions pluriquotidiens différents selon les phases flasque ou d'hypertonie, bien que cela demande encore un approfondissement des études à ce jour. Ces études tirées de la Database Cochrane, ne montrent aucune preuve de bonne qualité (C ou D à l'Evidence Based Medicine) permettant d'affirmer qu'un traitement de kinésithérapie soit significativement bénéfique ou préjudiciable quant à la réinnervation de la paralysie faciale (6).

Le traitement initial maintient au mieux la trophicité dans l'attente de l'influx nerveux, débute un travail analytique des muscles faciaux et donne les astuces pour minimiser les gênes dans les activités quotidiennes (4).

Les conseils précoces se basent sur l'observance du traitement médical, et sur le confort du patient dans sa vie de tous les jours. La protection de l'œil est primordiale pour éviter les atteintes de la cornée.

Les rôles pédagogique et psychologique du M.K. dans la progression sont de répéter dans le temps les conseils et d'encourager le patient à la poursuite des exercices. Le M.K. dispense

toutes ces techniques (chaleur, massages, conseils, travail musculaire...) pour que le patient les réalise seul en se sentant autonome face à sa pathologie (9).

Le choc émotionnel dû à l'annonce du diagnostic médical qui précède de peu ce bilan perturbe la concentration et la capacité à mémoriser les informations données. Malgré sa bonne volonté, le patient se trouve démuné face à sa situation de handicap : seulement une partie des réponses qu'il attend est retenue à long terme.

C'est à partir des questions récurrentes des patients et de leurs attentes que nous orientons notre travail.

Plusieurs livrets ont été réalisés par des étudiants en masso-kinésithérapie dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etat (10, 11). Ils n'ont pas été retenus par le service en raison de leur volume et leur complexité, d'où la nécessité de créer un support adapté. Il est judicieux de rassembler ces premiers conseils sous la forme d'un document simple, concis et facile à lire qui sert d'aide-mémoire afin d'améliorer l'observance souhaitée par le binôme soignant-soigné.

Ce document ne remplace en rien le traitement chez le kinésithérapeute libéral. Il cherche à améliorer le quotidien du patient par son éducation et son auto rééducation tout en guidant le M.K. dans les conseils à dispenser afin d'éviter ou de limiter les complications précoces (5). Le M.K. hospitalier reste à disposition du patient et de son confrère en cas d'hésitation ou d'interrogation.

Dans ce travail, nous rappelons l'anatomie et la physiopathologie du nerf facial indispensables pour comprendre la paralysie, ses implications, ses conséquences. A partir d'un protocole, nous réalisons nos mesures et recueillons les questions du patient. Nous interprétons les résultats et nous expliquons la démarche élaboratrice du document.

2. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES

2.1. Généralités

La face est anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bas et se divise en trois étages : supérieur, moyen et inférieur (fig.1) (Annexe I).

2.2. Anatomie du nerf facial

2.2.1. Généralités (4)

Le nerf facial forme la 7^{ème} paire des nerfs crâniens. Il est mixte, constitué de deux racines, une volumineuse et motrice, et une plus petite sensitivomotrice, appelée également intermédiaire de Wrisberg.

Sur plus de ces 10 000 fibres nerveuses, 60% sont des fibres motrices, les autres étant sensibles ou végétatives : il est donc essentiellement moteur (4).

2.2.2. Origine

Le nerf facial naît de la partie basse de la protubérance du tronc. Le noyau moteur est constitué schématiquement de deux parties décrivant une forme de poire.

La partie ventrale (ou supérieure) donne les fibres du nerf facial supérieur et la partie dorsale plus volumineuse émet les fibres du facial inférieur.

Le noyau muco-lacrymo-nasal donne des fibres qui suivent celles issues du noyau moteur, destinées aux glandes lacrymales et à la muqueuse nasale (14).

Le noyau de l'intermédiaire (de Wrisberg) véhicule des afférences sensibles dont l'origine est les récepteurs périphériques. Ses fibres remontent jusqu'au ganglion géniculé (au niveau du « genou » de la baïonnette, entre les segments labyrinthiques et tympaniques).

2.2.3. Trajet

Les fibres du facial et de l'intermédiaire sortent au niveau du sillon bulbo-protubérantiel et se réunissent en une gaine commune pour former le nerf facial. Son trajet se segmente en 3 portions (4) : une portion intracrânienne, une intrapétreuse et une extracrânienne (fig. 2) (13).

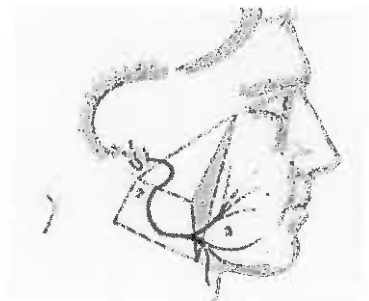


Figure 2 : les 3 portions du trajet du nerf facial (14)

Portion intracrânienne : le nerf facial appartient au paquet acoustico-facial avec l'intermédiaire, le vestibulo-cochléaire (VIII), l'artère auditive interne, l'ensemble traverse l'angle ponto-cérébelleux vers le conduit auditif interne, cette portion mesure environ 2,5 cm.

Portion intrapétreuse : les fibres, accompagnées d'une arcade artérielle, pénètrent par sa face postérieure dans le rocher, dans un canal osseux inextensible appelé aqueduc de Fallope. Ce canal fait suite au canal auditif interne et a un trajet en baïllonette avec trois parties : labyrinthique, tympanique et mastoïdienne.

Portion extracrânienne : avant de sortir du crâne au niveau du trou stylo-mastoïdien, le nerf donne le rameau sensitif responsable de l'innervation de la zone de Ramsay-Hunt (zone de l'oreille). Après le passage au foramen stylo-mastoïdien, le nerf facial contourne l'apophyse styloïde latéralement, se dirige vers le dehors et entre dans la glande parotide entre les deux lobes par sa face postérieure où il se divise en deux branches terminales (cervico-faciale et temporo-faciale) (4).

2.2.4. Branches collatérales et terminales (4, 14)

Branches collatérales : tout au long de son trajet, le nerf facial donne des rameaux :

- le nerf grand pétreux superficiel provient du noyau muco-lacrymo-nasal destiné aux glandes lacrymales et à la muqueuse nasale,
- le nerf du muscle de l'étrier émerge au niveau de la portion mastoïdienne du segment intra-pétreux et innerve le muscle stapédien,
- le rameau auriculaire postérieur émerge à la sortie du trou stylo-mastoïdien, pour innerver le muscle stylo-hyoïdien et pour le ventre postérieur du digastrique,
- la corde du tympan naît dans la portion mastoïdienne du canal facial émet deux types de fibres collatérales : sensitives pour les deux tiers antérieurs de la langue et les fibres parasympathiques pour les glandes salivaires,
- le nerf d'Arnold (rameau anastomotique du nerf vague) se détache au même niveau que la corde du tympan et véhicule les informations responsables de la sensibilité de la zone de Ramsay-Hunt.

Branches terminales : le nerf facial se divise en deux branches terminales :

- une branche temporo-faciale supérieure et horizontale se divise elle-même en trois rameaux : le rameau temporal le rameau zygomatique et le rameau buccal supérieur (fig. 3),
- une branche cervico-faciale descend vers l'angle de la mandibule et donne les rameaux cervicaux, marginaux de la mandibule, et buccaux inférieurs (14),
- les rameaux buccaux supérieurs et inférieurs s'anastomosent entre eux.

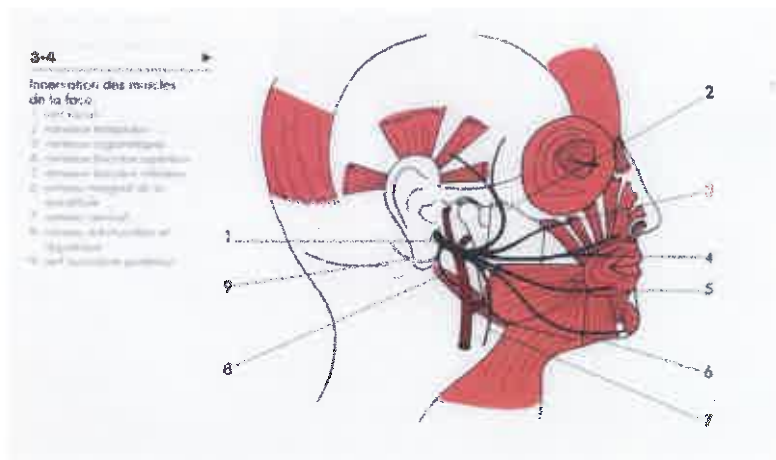


Figure 3 : innervation des muscles de la face (13)

2.2.5. Les muscles de la face

Les muscles innervés par le nerf facial ont la caractéristique d'être plats (sauf les muscles stapédien, stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du digastrique). Ils possèdent peu de récepteurs proprioceptifs et leurs unités motrices sont à faible taux d'innervation (8).

Ces muscles jouent un rôle morphologique donc esthétique et physionomiste en extériorisant les fonctions mentales. Ils sont groupés autour des orifices de la face et certains ont une insertion mobile cutanée (3).

Globalement, ils possèdent deux fonctions, sphinctérienne et expressive, qui sont indissociables.

La **fonction sphinctérienne** est originelle et elle est représentée par les sangles palpébrales et buccales qui protègent les orifices palpébraux et buccaux :

- la sangle palpébrale assure notamment l'ouverture et l'occlusion de la fente palpébrale en synergie avec le releveur de la paupière supérieure (qui est innervé par le nerf oculo-moteur III),
- la sangle buccale contribue à la préhension des aliments, à la contention salivaire et au temps initial de la déglutition. L'occlusion des lèvres autorise la continence labiale, règle la pression intra buccale et autorise la succion.

La **fonction expressive** est secondaire, elle résulte d'une combinaison de contractions musculaires formant une mimique. Les mimiques sont des schémas innés de réponse, celles d'un enfant aveugle ou sourd ne sont pas différentes (14). Ils peuvent avoir des amplitudes variables en fonction du ressenti ou de l'intensité des sentiments que la personne veut faire percevoir. Il est à noter qu'il existe des différences anatomiques de prédominances musculaires et d'expression chez différentes races (caucasienne, australienne, aborigène, mongole, négroïde) (17).

Selon la classification de M. Dufour (16), les muscles de la tête sont différenciés en muscles faciaux et muscles masticateurs. Les muscles faciaux se subdivisent en deux groupes : les orbiculaires (constricteurs : «muscles suspendus») et les radiaires (dilatateurs : «muscles suspenseurs») (3).

2.2.5.1. Les muscles orbiculaires (16) (Annexe II)

Ils sont circulaires et ferment les orifices qu'ils entourent.

Nous retrouvons l'orbiculaire de l'œil et l'orbiculaire de la bouche.

2.2.5.2. Les muscles radiaires (16) (Annexe III)

Ce sont des muscles qui ouvrent et déforment les orifices, ils sont perpendiculaires aux orbiculaires. Nous retrouvons les muscles ayant une action sur l'auricule, sur la fente palpébrale, sur les narines, sur la fente orale et les muscles complémentaires.

2.3. Physiologie (3, 4)

D'un point de vue moteur, il innerve :

- les muscles faciaux afin d'effectuer la mimique de la face,
- le muscle de l'étrier (qui permet de diminuer la sensibilité de la cochlée lors de bruits intenses en agissant sur les osselets),
- le muscle stylo-hyoïdien (qui remonte l'os hyoïde et permet l'élévation de la mandibule),
- le muscle digastrique (qui ouvre l'articulation temporo-mandibulaire en abaissant la mandibule et remonte l'os hyoïde).

D'un point de vue sensitif et sensoriel, il intéresse la sensibilité superficielle de la zone de Ramsay-Hunt : les parois du conduit auditif externe, une partie du tympan, le méat auditif, la conque, le tragus, l'antitragus, l'anthélix et la fosse de l'anthélix.

Il véhicule également les informations gustatives des 2/3 antérieurs de la langue.

D'un point de vue végétatif : il innerve les glandes salivaires et lacrymales.

3. PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

3.1. Généralités

La paralysie faciale périphérique est le résultat d'une lésion sur le neurone périphérique. Elle peut être totale ou partielle au niveau de l'hémiface et elle va de la neurapraxie (simple compression) au neurotmésis (section complète du nerf) (2).

Elle entraîne des troubles moteurs, sensitifs et sensoriels. La lésion touche de manière égale les territoires supérieur et inférieur du facial, elle est le plus souvent unilatérale (3).

3.2. Épidémiologie

L'incidence de la paralysie faciale périphérique est estimée à environ 0,5 pour 1 000. La paralysie faciale est plus souvent retrouvée chez l'adulte que chez l'enfant (tab. I).

La forme idiopathique (paralysie de Bell) est la plus fréquente (18) et représente entre 40 et 60% des cas (2) puisqu'elle touche 20 à 30 personnes sur 100 000. La paralysie faciale zostérienne ou maladie de Ramsay-Hunt concerne 15% des paralysies faciales de type périphérique.

Tableau I : Epidémiologie : incidence adulte/enfant (2)

	Adultes	Enfants
Incidence de PF (annuelle)	20-32/100 000	2,7-10,1/100 000
Paralysie idiopathique (Bell)	51%	9-16%
Trauma	23%	Environ 20%
Zona géniculé (syndrome de Ramsay-Hunt)	7%	9-53%

De plus, la forme idiopathique montre une incidence plus élevée chez la femme enceinte (8).

3.3. Etiologie (4, 19)

Idiopathique : les paralysies faciales *a frigore* ou de Bell restent un diagnostic d'élimination. Ce sont des neuropathies œdémateuses qui provoquent une compression du nerf dans son canal osseux inextensible intra-pétreux. L'œdème enserre le canal osseux de Fallope et il est donc potentiellement responsable d'une ischémie secondaire.

L'exposition au froid se retrouve historiquement et chronologiquement (d'où le terme *a frigore*) peu de temps avant l'atteinte et peut être la cause de cet œdème primitif. Les autres causes de cet œdème peuvent être une ischémie primaire, un acte chirurgical, une atteinte virale ou une réaction immunoallergique (20). Elle est complète ou non, isolée et unilatérale (21).

Traumatique : les paralysies se retrouvent suite à une fracture du rocher, à un traumatisme direct (plaie pénétrante), à un traumatisme opératoire (chirurgie : exérèse des tumeurs parotidiennes d'un schwannome vestibulaire ou d'un neurinome de l'acoustique) (2). 75% des fractures du rocher sont dues à des accidents de la voie publique.

Infectieuse :

- D'origine bactérienne telles la maladie de Lyme, tétanos, syphilis, lèpre.
- D'origine virale : zona, varicelle, herpès, parotidite, cytomégalovirus, virus d'Epstein-Barr, poliovirus, grippe (17). Le zona du ganglion géniculé est la plus fréquente des étiologies infectieuses et la paralysie est précédée d'une éruption dans la conque ainsi que d'une douleur pré-auriculaire.

Tumorale : les étiologies tumorales sont plus rares, les tumeurs bénignes regroupent le neurinome de l'acoustique (le plus fréquent), neurinome du nerf facial, cholestéatome intra pétreux (squames épidermiques blanches ou polype inflammatoire dans la partie supérieure du tympan), parfois une métastase intra pétreuse. Les tumeurs malignes telles les cancers parotidiens ou les carcinomes épidermoïdes sont moins fréquentes que les formes bénignes.

Autres : la paralysie faciale est occasionnellement associée à : syndrome d'immunodéficience acquise (VIH), otite moyenne aigüe, otite tuberculeuse, diabète, sclérose en plaques (SEP), hypertension artérielle (HTA), syndrome de Guillain Barré, maladies auto-immunes...

3.4. Classification : échelle de House-Brackman (Annexe IV)

La House Scale (8, 24) est la classification internationale de référence des paralysies faciales (15, 21). Elle classe les paralysies faciales selon trois critères : les mouvements faciaux, leur symétrie et les syncinésies. Ce score s'échelonne du grade 1 (fonction faciale normale) au grade 6 (paralysie totale, aucun mouvement).

3.5. Signes cliniques

- *Au repos*, nous remarquons une asymétrie du visage qui s'exprime par :
 - Au niveau supérieur de la face : un effacement des rides du front, une fente palpébrale élargie, une raréfaction du clignement, un abaissement de la pointe du sourcil, un abaissement voire éversion (20) de la paupière inférieure (une paupière tombante est un ectropion).
 - Au niveau moyen : un nez dévié du côté sain et une narine plaquée du côté atteint, une déviation du septum nasal et une joue affaissée.
 - Au niveau inférieur : une déformation buccale avec attraction de la commissure labiale vers le bas et vers le côté sain, des lèvres avalées et un effacement du sillon naso-génien qui devient plus oblique en dehors (6).

- *Lors des mouvements*, nous assistons à une difficulté voire une impossibilité d'utiliser les différents muscles faciaux. Sur commande ou de façon spontanée, l'asymétrie et les déviations s'accroissent.
 - La paralysie de l'orbiculaire de l'œil ne permet pas l'occlusion complète des paupières et les tentatives de fermeture permettent d'observer le **signe de Charles Bell** [l'occlusion des paupières ne peut être réalisée que du côté sain ; l'œil se porte en haut et en dehors du côté paralysé, la pupille vient se cacher sous la paupière supérieure (6)].
 - Nous observons également le **signe des cils de Souques** où l'occlusion des paupières est moins nette du côté paralysé, les cils apparaissent par conséquent plus longs du côté paralysé lors de la fermeture forcée des paupières.
 - L'occlusion palpébrale automatique et réflexe est abolie du côté atteint : il n'y a pas de clignement à la menace, ni de réflexe naso-palpébral, cornéen ou cochléo-palpébral.
 - En dehors des difficultés d'élocution [la bouche se déforme en « raquette » avec la grosse extrémité du côté sain et le « manche » côté atteint (20)], nous retrouvons une impossibilité de siffler, de gonfler les joues et une stase alimentaire dans le sillon gengivo-jugal (entre la joue hypotonique et les arcades dentaires).

- La langue tirée paraît déviée vers le côté paralysé, et lorsque la personne montre ses dents, la bouche prend une forme de virgule dont la grosse extrémité est dirigée vers le côté sain : seules les incisives et les molaires de ce côté sont visibles.
 - Il existe un **signe du peaucier de Babinski** qui se caractérise par la contraction plus faible du muscle peaucier du cou (platysma) du côté atteint et qui peut se mettre en évidence en demandant une ouverture de la bouche contre résistance (20) ou un abaissement de la lèvre inférieure bouche fermée.
- Nous notons une hypoesthésie dans la zone de Ramsay-Hunt peu fréquente, la sensibilité de la joue est normale, puisqu'il s'agit de l'innervation sensitive du trijumeau (V).
 - Il existe une diminution des qualités sensorielles (perte de goût) au niveau des 2/3 antérieurs de l'hémi-langue. Nous mettons parfois en évidence une hyperacousie douloureuse en rapport avec une lésion en amont de l'émergence du nerf du muscle de l'étrier (régulation de la tension de la membrane tympanique lors de l'émission de sons de forte puissance) (6).
 - Les sécrétions lacrymales et salivaires sont diminuées voire abolies (15).
 - Récupération : les muscles dilatateurs qui sont les plus nombreux ont tendance à récupérer rapidement grâce à leur position anatomique à proximité du tronc nerveux : ils reçoivent leur innervation en premier (9).

3.6. Traitement

Le but final du traitement masso-kinésithérapique est d'accompagner la ré innervation afin de récupérer, au bout d'une période d'auto rééducation plus ou moins longue, le meilleur usage des muscles atteints (9).

En phase flasque, la kinésithérapie a trois buts : maintenir au mieux la trophicité musculaire, donner des conseils précoces de rééducation, et faire travailler les muscles en priorité les muscles constricteurs (4).

Pour limiter les douleurs, le M.K. utilise la **chaleur**. Des coussins chauffants [à environ 55°C pour éviter les brûlures (9)] via une interface, détendent les muscles, du côté atteint ou du côté sain. Son effet décontracturant limite les contractions anarchiques telles les tétanisations (9).

La chaleur a un rôle trophique : elle entretient la vascularisation (ou crée une hyper vascularisation) et favorise les échanges cellulaires au niveau musculaire ce qui facilite la contraction. Elle permet de maintenir la trophicité nécessaire dans l'attente du retour de l'influx nerveux et assure une détente ainsi qu'un relâchement global du patient. En phase flasque, les muscles sont faibles voire inopérants, la vascularisation (qui signe un début repousse nerveuse) est donc moins active. La chaleur est plus efficace en phase d'hypertonie notamment en cas de contractures.

Le M.K. effectue des **massages faciaux** endobuccaux et exobuccaux afin de détendre les muscles, ce qui les prépare au travail musculaire. Ils ont un rôle antalgique (7), influent sur la vascularisation et sur l'éventuelle hypertonie (8). En effet, ils permettent un drainage des tissus en état de stase. Au niveau externe, le massage repose sur des techniques douces comme l'effleurage et les pressions circulaires au niveau des points douloureux qui peuvent correspondre aux zones d'émergence des nerfs. En endo-buccal, la pince pouce-index mobilise et détend les tissus. Des étirements faciaux augmentent la souplesse des tissus notamment du côté sain pour rééquilibrer les deux hémifaces. Les massages sont réalisés à toutes les phases de rééducation mais ils seront plus lents et longs lors d'hypertonies et de syncinésies.

Ces techniques sont réalisées de façon douce et progressive, afin d'éviter les réactions réflexes des muscles (8) appelées en pratique «effet boomerang» (9). Le M.K. apprend au patient à réaliser ces techniques pour qu'il puisse le réaliser seul.

Initialement, il est important de soulager l'œil en le protégeant notamment. Les patients reçoivent une ordonnance pour des larmes artificielles, du collyre et de la pommade à la vitamine A afin de prévenir les complications oculaires (telles que la kératite, l'abcès de la cornée voire l'ulcère suite au dessèchement de cette dernière) (9). Les larmes artificielles permettent de nettoyer et de lubrifier l'œil, le patient peut en mettre autant qu'il veut sans

contre-indication (5). Le collyre permet d'hydrater l'œil. Cependant le patient doit respecter l'ordonnance médicale qui stipule généralement trois fois par jour maximum à intervalles réguliers. 75% des patients de notre étude relatent que le collyre provoque un «flou» visuel qui gêne la vue. Cette donnée n'est pas retrouvée dans la littérature.

En guise de protection, nous proposons de fermer l'œil durant la nuit et parfois pendant la journée afin de le soulager. (5). Les astuces comme le port de lunettes soulagent le patient et sont mises en relation avec le travail musculaire de l'orbiculaire de l'œil qui ferme l'œil de façon active. En cas de douleurs oculaires trop intenses, le patient est invité à consulter impérativement son ophtalmologue (5).

En fonction du bilan qui évalue la progression, le M.K. préconise un certain nombre d'**exercices musculaires analytiques** à effectuer. Le nombre et les séries sont propres à chaque individu car ils dépendent du bilan M.K.

Ces exercices nécessitent une concentration importante de la personne, et doivent être effectués tous les jours, plusieurs fois par jour. Les mouvements demandés sont lents et précis, et ne doivent pas être rapides, forcés et répétés (5) : la qualité est recherchée, et non la quantité.

Dès que les muscles atteignent la cotation 2 (ébauche de mouvement), le M.K. explique le mouvement souhaité et sa réalisation précise. Afin de s'assurer de la compréhension et de la réalisation adéquate des mouvements, le patient effectue les mimiques faciales devant un miroir, en rééducation comme chez lui. S'il y a compensation ou s'il y a une asymétrie, le mouvement doit être arrêté immédiatement. La contraction précoce d'un groupe musculaire entraîne la mise en course externe d'un autre groupe, l'empêchant de travailler (9).

Le mouvement effectué est contrôlé pour être réalisé analytiquement et éviter les complications telles que les syncinésies. Ce sont des contractions involontaires anarchiques qui sont associées aux mouvements volontaires et sont aggravées par les émotions. Par exemple, la bouche peut être attirée vers le côté atteint lorsque le patient ferme l'œil, ou au contraire l'œil se ferme lorsque la personne utilise la bouche (pour un sourire, montrer les dents, amener les lèvres en avant...) (9). En temps normal, l'œil et la bouche fonctionnent de façon autonome et indépendante.

Des héli-spasmes peuvent également apparaître. De survenue tardive, il s'agit de contractions rapides et irrégulières (4). Ces spasmes vont d'une simple augmentation du tonus de repos à

une contracture massive de l'ensemble des muscles du visage. Ce sont des séquelles de la récupération de la paralysie faciale.

Dès la première entrevue et tout au long du traitement, le M.K. a un rôle psychologique important car il s'agit d'une rééducation minutieuse, fastidieuse, fatigante et souvent démoralisante au départ (4). Il explique au patient qu'il n'agit pas directement sur la repousse du nerf lui-même mais que son but est de créer un environnement le plus favorable possible afin de récupérer au mieux. La durée du traitement dépend de la cause et le temps nécessaire à la guérison n'est pas prévisible (4).

4. PROTOCOLE

Notre travail est une expérience de terrain, il s'agit d'un mémoire de service visant à établir un projet de fiche conseils personnalisable pour les patients paralysés faciaux périphériques. La recherche bibliographique est menée via les mots clés : paralysie faciale périphérique, facial paralysis, rééducation, bilan, nerf facial, réhabilitation face paralysée, éducation thérapeutique. Les bases de données interrogées sont : Réedoc, Kinédoc, Cochrane, Em Consulte, Kinésithérapie La Revue, Science Direct.

4.1. Matériel (Annexes V, VI, VII)

Un **éclairage** approprié permet au M.K. de bien apprécier les lignes du visage du patient et les mouvements qu'il effectue : nous plaçons le côté atteint face à la lumière. Ces éléments de bilan sont retranscrits sur des **feuilles spécifiques** (Annexes V, VI, VII).

Le M.K. peut être amené à utiliser un **miroir** afin de pouvoir montrer des éléments sur le visage du patient.

4.2. Population

9 patients composent notre étude. Les paralysies sont périphériques et prises en charge entre J0 et J7 du diagnostic. Les étiologies sont différentes :

- 3 paralysies faciales suite à un neurinome opéré,
- 1 paralysie faciale d'origine zostérienne (infectieuse),
- 2 paralysies d'origine virale,
- 3 paralysies *a frigore*.

4.3. Méthode

4.3.1. Conditions préalables

- Diagnostic médical établi.
- Accueil à la consultation médicale de M.P.R.
- Patient attentif et concentré.

4.3.2. Bilan chiffré

Le bilan d'une paralysie faciale comporte trois parties : la tonicité, la motricité, les troubles de la coordination (syncinésies). Il est tracé sur des feuilles de bilan type.

4.3.2.1. Examen de la tonicité (Annexe V)

L'étude du tonus consiste en l'**observation** du visage au repos (4). L'observation est faite en fonction de la symétrie du visage au repos selon un axe théorique vertical passant par le centre du front et celui du cou :

- En phase d'hypotonie : une abolition des rides frontales et du sillon naso-génien, un abaissement de la pointe du sourcil, un nez dévié du côté sain, une narine plaquée, un septum nasal dévié, les lèvres supérieures et inférieures avalées, et une joue affaissée.

- En phase d'hypertonie : une élévation de la pointe du sourcil, une exagération de la fourchette sourcilière et du sillon naso-génien, une attraction en haut et en dehors de la commissure labiale, un mouchetage du menton (le menton est parsemé de «plis»), une hypertonie du platysma.

La cotation (3) s'échelonne de -2 à +2, les points négatifs sont dévolus à l'hypotonie :

- -2 = forte hypotonie voire atonie.
- -1 = hypotonie légère.
- **0 = tonus symétrique et normal.**
- 1 = hypertonie nette mais non accentuée, hypertonie modérée.
- 2 = hypertonie considérable.

4.3.2.2. Examen de la motricité : le testing (Annexe VI)

Le bilan moteur des muscles de la face standardisé selon Lacôte évalue 15 **fonctions musculaires** (certains muscles sont regroupés en une même fonction). Il prend en compte l'amplitude du mouvement, la répétition, la symétrie et la synchronisation par rapport au côté sain.

Le M.K. teste et cote les muscles de 0 à 4 (4) :

- 0 = absence de contraction, aucune contraction musculaire perçue ni à l'œil nu ni à la lumière rasante.
- 1 = légère mobilité du grain de peau, fasciculation visible à l'œil nu où à la lumière rasante lors de la commande du mouvement.
- 2 = ébauche de contraction, amplitude incomplète (ne pouvant être exécuté plus de 5 fois).
- 3 = contraction dans toute l'amplitude pouvant être répété 10 fois mais asynchrone par rapport au côté sain (décalage : lenteur, retard...).
- **4 = mouvement ample maintenu synchrone et symétrique par rapport au côté sain.**

4.3.2.3. Examen de la coordination (Annexe VII)

Le M.K. observe les éventuelles **syncinésies**.

L'importance de ces syncinésies se cote de 0 à 3 :

- 0 = absence de syncinésie.
- +1 = inhibition volontaire de la syncinésie.
- +2 = inhibition de la syncinésie par maintien digital.
- +3 = syncinésie irrépressible.

4.3.3. Expression libre des patients

Nous laissons le patient s'exprimer librement sans l'orienter, afin d'obtenir un questionnement initial et spontané. Si le M.K. intervient, il est susceptible d'influencer ses réponses.

4.3.4. Questions du masseur-kinésithérapeute

Après avoir laissé le patient s'exprimer, le M.K. l'oriente vers des domaines non abordés. Les questions se rapportent principalement aux bilans de la douleur, des fonctions oculaires, auditives et motrices (alimentation, communication) et de la sensibilité.

5. RESULTATS

5.1. Questions des patients

Parmi les questions spontanées les plus fréquentes, nous relevons :

- «Est-ce que mon visage va revenir ? Combien de temps cela va-t-il prendre ?»
- «Que puis-je faire ? Que dois-je faire ? Je ferai tout pour récupérer»
- «Que puis-je faire pour récupérer mon visage d'avant ? Le plus vite possible?»

- «Mon œil me pique, comment soulager mon œil douloureux? Et pour dormir, cela me gêne, comment faire ?»
- «Est-ce que je dois essayer de faire des mouvements ? Lesquels ?»
- «Est-ce que je dois manger du chewing-gum ?»
- «Pour manger c'est difficile, comment faire ?»
- «Pour parler avec mes proches c'est fatigant, y a-t-il des moyens plus simples ?»
- «Comment faire pour parler plus clairement et plus longtemps notamment au téléphone ?»

5.2. Bilan masso-kinésithérapique

Le **tonus** musculaire des patients est négatif, côté à -2 ou -1 : les muscles sont hypotoniques.

Les 9 patients de notre étude révèlent tous des **muscles** côtés à 0.

Aucune **syncinésie** n'est à noter.

5.3. Questions du masseur-kinésithérapeute

Le M.K. interroge les patients sur la présence de douleurs, sur la fonction oculaire, l'alimentation, l'expression verbale, l'ouïe et la sensibilité :

- 100 % des patients présentent des douleurs en relation avec la gêne oculaire,
- 90 % relatent des difficultés pour parler,
- 75% des patients présentent des gênes pour manger et boire,
- 25% décrivent des gênes au niveau de l'oreille.

6. DISCUSSION

6.1. Démarche d'élaboration de la fiche

Après avoir recueilli les informations issues du questionnaire (libre puis orienté), du recueil des données cliniques, de la littérature et de l'expérience des M.K. du service de M.P.R., nous déterminons les grandes thématiques :

- Protection de l'œil
- Vie quotidienne / vie sociale (OU «bouche»)
 - Parole
 - Alimentation / hydratation
- A éviter
- Chaleur
- Massage
- Exercices musculaires

La fiche est destinée aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique, motivés ou non. Les patients peu impliqués dans leur rééducation ont besoin d'être stimulés pour participer à leur auto-rééducation. La fiche est un complément, un support de rééducation : elle sert d'aide-mémoire et renvoie aux explications données lors du bilan initial.

En deuxième intention, la fiche sert également au M.K. libéral le guidant dans les grandes lignes de la rééducation.

6.1.1. Mise en forme

Nous choisissons une feuille A4 (ce format est standard) recto verso pliée en 2, ce qui offre ainsi 4 pages et permet une simplicité de lecture.

La page de garde présente le document, avec un titre et une illustration bien accessibles visuellement. Nous évitons de montrer une face paralysée, source potentielle de démotivation. Sur la partie inférieure, nous plaçons le logo de l'Institut Régional de Rééducation (I.R.R.).

Les six grands thèmes retenus sont disposés sous forme de paragraphes. Un paragraphe contient plusieurs items : chaque item est suivi d'une case que le M.K. coche en fonction des besoins du patient (évalués lors du bilan).

Sur la partie intérieure gauche, nous retrouvons trois items : la protection de l'œil, la bouche à travers les AVQ (activités de la vie quotidienne) et les éléments à éviter.

Sur la page de droite, nous disposons la chaleur qui précède le massage.

Sur la 4^{ème} de couverture, les conditions de travail des muscles sont décrites. Nous proposons au patient sur cette dernière page de montrer la fiche au M.K. libéral qui prend le relai et qui ajustera les conseils régulièrement. Nous y rappelons enfin que la fiche incite le patient à faire des exercices à la maison mais qu'elle ne remplace pas les séances de kinésithérapie.

6.1.2. Protection de l'œil

La protection de l'œil est fondamentale lors de cette période (9). Dès que l'œil ne peut plus se fermer volontairement ou automatiquement, il reste ouvert et accessible aux agressions de jour comme de nuit. De plus, l'atteinte sensorielle empêche la protection naturelle de l'œil par la production de larmes. Afin d'éviter les atteintes de la cornée (kératite, abcès, ulcère), qui sont les complications majeures précoces, le patient doit porter une attention particulière à son œil.

Nous abordons la fiche par cette partie que nous scindons en deux : une consacrée à la journée et l'autre à la nuit. Les patients détaillent une gêne continue pendant toute la journée, une difficulté et des interrogations quant à la nuit. Nous mettons en évidence cette séparation en laissant apparaître des paragraphes et en soulignant le titre respectif de ces deux parties.

Le médecin prescrit des larmes artificielles, du collyre et de la pommade à la vitamine A. Notre rôle est de rappeler au patient les modalités d'application couplées au traitement masso-kinésithérapique. Le patient dépose les gouttes dans l'œil au-dessus de la paupière inférieure sans pour autant tracter la paupière vers le bas. Ces conseils de prise sont à appliquer durant la journée et avant la nuit. Cet item est retrouvé dans les parties «journée» et «nuit» : il est coché quasiment systématiquement puisqu'il s'agit d'une prescription médicale.

Pour la journée, nous rappelons qu'il faut éviter de frotter l'œil. Il est fréquent d'entendre le patient se plaindre de son œil ou de l'observer se le frotter. Cet item qui sert de rappel est placé en deuxième.

Si cet œil démange, nous proposons lors de l'item suivant, l'occlusion de celui-ci puis une mobilisation douce de la paupière supérieure par une légère pression, avec un ou deux doigts. Cette mobilisation est entreprise à la suite de l'application des larmes et/ou du collyre.

Nous incitons les patients à porter des lunettes de soleil, pour les protéger des agents extérieurs : soleil, vent, poussières, courants d'airs... (9). De préférence, nous proposons des lunettes à larges bords afin de couvrir le plus grand angle possible de l'œil.

Pour le confort du patient, nous lui apprenons à fermer son œil passivement, en tirant doucement le coin externe de l'œil latéralement et légèrement vers le haut avec l'index, avec éventuellement un léger appui du majeur sur la paupière supérieure (9). Le M.K. s'assure de la bonne exécution pour cocher cet élément.

D'autre part, nous recommandons de faire attention à tous les produits «toxiques» (parfums, laques, sources diffusant de l'air comme les climatisations de voiture ou les ventilateurs) (5).

Pour la nuit, l'élément important est l'occlusion palpébrale. Avant la pose du strip, l'œil est nettoyé puis hydraté (larmes, collyre et vitamine A). De plus, il faut vérifier qu'il n'y ait aucun cil ou autre élément parasite ou potentiellement dangereux sur le globe oculaire avant la fermeture (5).

Dans la littérature (4, 5, 9), la fermeture se fait aussi bien avec un ou plusieurs strips. Nous pouvons retrouver la pose d'une compresse également. Selon l'expérience des M.K., nous optons préférentiellement pour la fermeture en croix à l'aide de 2 strips qui apporte un bon maintien (fig. 4). Après la fermeture passive à l'aide de l'index et du majeur, le strip est collé de haut en bas à l'aide du pouce de l'autre main. Le premier strip part de la paupière supérieure à la partie interne pour se finir à la partie externe de la paupière inférieure, et inversement pour le second. Cet item est fondamental, la pose est complexe pour le novice, nous apposons un schéma descriptif sur la fiche pour plus de clarté (4).



Figure 4 : fermeture en croix de l'œil à l'aide de strips (4)

6.1.3. AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

Le deuxième thème récurrent dans les doléances des patients est la difficulté à réaliser des activités de la vie quotidienne qui étaient instinctives et automatiques auparavant (repas, échanges verbaux).

Nous nommons cette partie «**AVQ**» pour activités de la vie quotidienne. Nous la subdivisons en 3 parties : la communication intelligible (parler de façon prolongée) l'alimentation (manger et boire) et l'hygiène bucco-dentaire.

Lorsque le patient décrit des difficultés pour parler, le M.K. explique qu'il peut s'aider grâce à un léger maintien manuel en regard du sillon gingivo jugal inférieur sans pression ni direction (sans tirer vers le haut ou le bas). Il place sa main en regard de l'arcade dentaire inférieure, légèrement latéralement par rapport aux lèvres (fig. 5). Ceci évite le risque de bavage ou de «postillons».

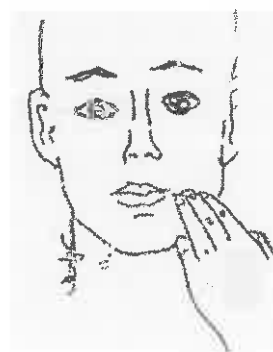


Figure 5 : Maintien manuel pour l'alimentation et l'expression verbale (5)

Nous incitons le patient à prendre son temps pour parler tout en essayant le plus possible de bien prononcer sans compenser.

Boire très légèrement avant de parler peut également l'aider (5). Le défaut de sécrétion salivaire a des conséquences sur la parole, mais aussi sur le goût, la déglutition, la mastication, la digestion, la nutrition. La salive permet de maintenir la bouche humectée (25). En son absence, boire permet une compensation pour conserver une bouche humectée et fonctionnelle.

Pour boire, nous privilégions les verres à large bord qui sont plus simples à utiliser et qui réduisent les risques de fuites (5).

Nous incitons le patient à manger des deux côtés, en utilisant le maintien tout au long du repas afin d'éviter les fuites ou l'accumulation des aliments dans le sillon gingivo-jugal inférieur du côté atteint. La pression doit être faible au risque d'entraîner la joue entre les arcades dentaires avec un risque de morsure interne de la joue lors de la mastication.

Afin de faciliter les repas, nous les orientons vers des aliments fluides, moulins voire mixés. Les patients n'ont pas de troubles de la déglutition à proprement dit, mais ils reflètent une première phase orale déficitaire. En temps normal, la phase orale consiste à mastiquer les aliments et à les enrober de salive grâce aux mouvements de la langue (26). Les muscles inefficaces n'autorisent pas la continence labiale et nous retrouvons des troubles de la salive du côté atteint, voire une hémiagueusie, ce qui perturbe ce premier stade. Afin de faciliter les repas, nous préférons les aliments fluides, moulins et/ou mixés au détriment des aliments secs. La viscosité de ces aliments permet de réduire la vitesse d'écoulement des aliments, leur consistance homogène empêche leur dispersion, ce qui diminue le risque éventuel de fausses routes (27, 28). Il est préconisé de boire avant de manger afin de combler la diminution salivaire (5).

L'hygiène bucco-dentaire reste essentielle. Après le repas, le patient nettoie l'orifice buccal par un rinçage global rapide (avec maintien de la joue pour limiter les fuites et au-dessus du lavabo pour compenser l'éventuel défaut de contrôle buccal). L'utilisation d'un miroir est pratique, notamment pour le brossage des dents qui est rendu difficile. Le patient se consacre principalement sur les dents et non sur les lèvres et les joues (qui devenues hypotoniques ne retiennent plus l'eau et le dentifrice). En cas de doute, un contrôle chez le dentiste est nécessaire (5).

6.1.4. A éviter

Nous consacrons une partie sur les éléments et/ou actions à éviter, ce qui réduit les sources d'aggravation des conséquences de la paralysie faciale.

Le chewing-gum, encore préconisé par certains professionnels, est inutile. Face aux préjugés de certains patients sur le sujet, le M.K. explique l'effet délétère du chewing-gum. Il entraîne les muscles masticateurs (non innervés par le nerf facial) et renforce les muscles faciaux sains au détriment des muscles faibles (5).

Le tabac est un facteur à éviter car il ralentit la repousse nerveuse. Il participe à l'asymétrie du visage si le tabagisme est intense et/ou en cas d'utilisation de la pipe. De plus, il ne favorise pas une hygiène bucco-dentaire parfaite.

Les aliments difficiles à mastiquer ou entraînant des difficultés de déglutition comme les aliments secs ou à grain (salade, riz) sont déconseillés (5), en raison d'une continence labiale insuffisante et d'un premier stade buccal perturbé (11).

L'utilisation prolongée d'écrans (ordinateur, télévision, téléphone) participe à l'entretien des gênes et douleurs oculaires, nécessite une attention et une concentration qui peut entraîner une fatigue visuelle source potentielle d'apparition de céphalées (29). De plus, le clignement naturel des paupières est plus espacé.

Lors de notre entretien, nous évoquons la prise en charge en milieu libéral, ce qui nous permet d'évoquer l'utilisation de l'électrothérapie. La stimulation électrique de muscles dénervés ou faibles est prouvée (22). Elle permet une suppléance à la conduction nerveuse qui influence la trophicité en conservant la nutrition musculaire. Les muscles du visage, nombreux et petits, demandent le placement minutieux des électrodes et une précision des réglages des paramètres d'électrostimulation pour chaque muscle. L'expérience du M.K. libéral est

primordiale si ce choix est retenu, car une stimulation non adéquate est inutile ou risque de favoriser l'apparition de syncinésies. Tout ceci est à expliquer au patient.

Face à des patients porteurs de lentilles, seul l'ophtalmologue donne son avis : lentilles ou lunettes.

6.1.5. Chaleur

Nous expliquons le rôle de la chaleur dans la détente et son intérêt avant de travailler les muscles. Nous proposons au patient de se munir de coussins chauffants adaptés à la surface du visage. A défaut, nous proposons une alternative : le patient applique un gant de toilette sur son visage pendant que l'autre chauffe dans une casserole d'eau chaude. Lorsque le premier a perdu sa chaleur, le patient remet le premier gant dans l'eau et prend le deuxième et ainsi de suite. La durée d'exposition est d'environ un quart d'heure (5).

6.1.6. Massage / étirement

Nous éduquons le patient à l'automassage réalisé après la chaleur et avant le travail musculaire (5). Nous expliquons l'existence de manœuvres combinées externes et internes. Après s'être lavé les mains, le patient effectue différentes manœuvres que le M.K. a indiqué sur le schéma représentant son visage. Au départ le schéma est vierge (fig. 6).

Au niveau externe, les techniques d'effleurage, de pressions circulaires et d'étirements sont annotées sur le schéma avec chacune une représentation. Le M.K. choisit sa propre légende. L'effleurage est horizontal en direction de la tempe (afin de ne pas tirer l'hémiface vers le haut ou le bas). Les pressions circulaires sont statiques avec une augmentation progressive de la pression en rapport avec les sensations ressenties par le patient.

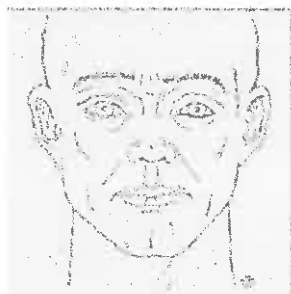


Figure 6 : schéma de la face dévolu au massage (vierge) (4)

Ces massages améliorent la circulation, préviennent les contractures et les douleurs en détendant les muscles y compris du côté sain (qui tend à relayer le côté paralysé).

Pour le massage interne d'une paralysie droite par exemple, le patient place son pouce gauche dans la joue droite et l'index et le majeur sur la joue en regard du pouce (9). Le massage mobilise la joue grâce à la pince pouce-index (fig. 7). Les doigts ensèrent la joue en «écrasant» les points les plus douloureux, afin de faire disparaître les contractures.



Figure 7 : massage interne (4)

L'étirement entre le pouce et l'index tracte la joue vers le bas et l'intérieur, vers le «coin» de la bouche (5). Comme le montre le schéma (5), nous pouvons ajouter l'index de l'autre main sous la paupière si celle-ci est tirée vers le bas lors de la technique (fig. 8). Nous rappelons au patient la douceur de ces techniques, notamment les étirements, afin d'éviter l'«effet boomerang» (9) qui sont des réactions réflexes musculaires (8).



Figure 8 : étirement (5)

6.1.7. Travail musculaire

La fiche récapitule les conditions de travail des muscles. Le patient doit être concentré, les mouvements analytiques sont à effectuer devant un miroir afin de contrôler la symétrie. Le mouvement demandé est lent, de façon à recruter le maximum de fibres musculaires. Le temps de travail est de 2 à 6 secondes selon les auteurs (4, 9, 15). Le temps de pause doit être supérieur au temps de travail, le M.K. peut proposer un temps égal au double du temps de travail. Chaque mouvement doit être répété. Chaque série doit s'effectuer plusieurs fois par jour à intervalles réguliers.

Sur un champ laissé libre, le M.K. indique le temps de travail, le nombre de répétitions et le nombre de séries par jour. Ces éléments sont personnalisables et ajustables en fonction du bilan.

D'un point de vue biomécanique, les muscles constricteurs à savoir les orbiculaires de l'œil et de la bouche n'ont pas d'attache osseuse, ce qui empêche d'augmenter l'asymétrie lorsqu'ils se contractent. Les muscles dilatateurs ont des insertions osseuses et cutanées et donc mobiles : la tonicité précoce d'un groupe musculaire entraîne la mise en course externe de l'autre groupe, empêchant ce dernier de travailler (9). Tout muscle étiré au maximum ne peut voir son actine et sa myosine s'accrocher.

D'un point de vue physiopathologique, les muscles constricteurs reçoivent leur innervation après les dilatateurs de par leur distance avec le tronc nerveux (9).

D'un point de vue fonctionnel, les orbiculaires ont un grand rôle de fermeture.

Ce sont les raisons pour lesquelles le travail musculaire débute par ces deux muscles.

Pour l'orbiculaire de l'œil, nous apprenons au patient à aider le mouvement en effectuant un léger étirement de l'angle externe de l'œil (comme la fermeture passive) tout en poursuivant le mouvement de fermeture.

Si l'aide n'est pas nécessaire, le patient ferme les yeux le plus fort possible en veillant aux mouvements parasites, notamment ceux de la bouche. La personne relâche ensuite la tension tout en maintenant l'œil fermé, puis elle recommence.

Pour l'orbiculaire de la bouche, le sujet exerce une pression bi digitale avec le pouce et l'index du côté atteint : l'index au-dessus de la lèvre supérieure et le majeur en dessous de la lèvre inférieure. Il va entraîner le côté sain au delà de la ligne médiane afin de «luxer» c'est-à-dire mettre en course externe le muscle du côté atteint, le plaçant en insuffisance fonctionnelle passive et empêchant sa participation (9). Il est ensuite demandé au patient d'amener la bouche en avant, de faire «la bouche en cul de poule» (30).

6.1.8. Espace libre

En raison de la diversité des atteintes, des déficiences et de la personnalisation de l'auto-rééducation pour chaque personne, un espace libre est réservé au M.K. pour y insérer des commentaires.

6.2. Evaluation de la fiche : questionnaire (Annexe IX)

La fiche est remise au patient par le M.K. à l'issue du bilan après les explications correspondantes.

A travers un questionnaire, nous effectuons une évaluation directe de la fiche et indirecte de l'observance. Pour des raisons de facilité de remplissage, les questions sont fermées.

7. CONCLUSION

La paralysie faciale est une affection complexe nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et une éducation des patients. La rééducation, qui fait intervenir de nombreux domaines de compétence (5, 8, 14, 19) est également menée par le patient pour qu'il retrouve le sourire et un visage accepté par lui-même. Cette auto-rééducation nécessite l'accompagnement apporté par le support écrit dans un premier temps puis par le M.K. Les recommandations de bonne pratique sur «la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé» publiées en mai 2012 par la H.A.S. (31) rappellent que «l'information orale est primordiale», et «que lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre de s'y reporter aussi régulièrement que possible». «Ces documents ont aussi vocation à susciter des questions auxquelles le thérapeute répond» (31). La fiche ne remplace donc en aucun cas les séances avec le M.K. dont le rôle est essentiel dans l'ajustement régulier du traitement afin de retrouver l'identité physique et la personnalité du patient (3).

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages / articles :

1. GATIGNOL P., LANNADERE E., BERNAT I., TANKERE F., LAMAS G. (2011). Bénéfices de la rééducation d'une paralysie faciale périphérique. Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1908-13.
2. MAIRE R., MEYLAN P. Paralysie faciale : mise à jour pour le praticien. Rev Med Suisse 2011-7- 1901-1907.
3. CHEVALIER AM. Rééducation des paralysies faciales. Kinésithérapie Scientifique, 1979, n°174 (307), p. 37-49.
4. CHEVALIER AM. - Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-463-B-10, 2003, 15 p.
5. DE CHAVIGNY D. Paralysie faciale «petit guide». Kinésithérapie Scientifique, juillet 2009, n°501.
6. TEIXERA LJ., VALBUZA JS., PRADO GF. Kinésithérapie dans la paralysie de Bell (paralysie faciale idiopathique). Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No : CD006283.
7. KOLODZIENSKI P. Rééducation des paralysies faciales périphériques. Cah. Kinésithérapie, 1980, fasc.85, n°4, p. 63-70.
8. LE BOT-LE BORGNE M.P., GALLIEN P., ROBINEAU S., NICOLAS B., BRISSOT R. Les paralysies faciales périphériques et leur prise en charge rééducative, mise au point. J.Réadapt. Méd., 1998, Vol. 18, n°1, p. 17-22 (Masson, Paris 1998).

9. AUCH-ROY K., DUAULT J-M., GOUILLY P. Prise en charge de 2 patients présentant une paralysie faciale. Kinésithérapie les cahiers, 2003, n°14 - 15, p. 62 - 68.
13. BORDURE P., RUNNER O., ROBERT R., LEGENT F. Anatomie du nerf facial. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-258-A-10, 1995, 7 p.
14. STRICKER M., SIMON E., COFFINET L., SELLAL S., DUROURE F. Paralysie faciale (facial paralysis). EMC-Dentisterie 1 (2004) 382-416
15. DARROUZET V., HOULIAT T., LACHER FOUGERE S., BEBAR JP. Paralysies faciales. Encycl. Méd. Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-260-A-10, 2002, 15p.
16. DUFOUR M. Anatomie de l'appareil locomoteur tome 3 tête et tronc. Edition Elsevier-Masson. 2ème édition. 2009. p 140-149.
17. DE BISSCHOP G. Problèmes posés par la rééducation des paralysies faciales périphériques. Ann. Kinesithér., 1990, t. 17, n°3, p. 101 - 106.
18. TANKERE F., BODENEZ C. Paralysie faciale. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2009:1-7 [Article 6-0425].
19. GUILLAMO J.S., DEFER G.L. Paralysie faciale : orientation diagnostique. La revue du praticien, 2005, n°55, p. 753-757.
20. LAGARDE J., AMERI A. Encycl. Med. Chir. Akos, 2012, n° fasc 1-0870.
21. SERRATRICE G. La paralysie faciale dite «a frigore». Concours médical (Paris) A. 1995, vol. 117, n° 7, p. 479-482.

22. CREPON F. Electrostimulation des muscles denervés – procédure de traitement simplifié. Kinésithérapie Scientifique. 2004.

23. LANNADERE E., GATIGNOL P. (2011). Prise en charge des paralysies faciales périphériques. Les Entretiens de Bichat - 24/25 septembre 2011. Les entretiens médicaux 2011.p 79 -93.

24. HOUSE JW., BRACKMANN. De Facial nerve grading system. Otorlaryngology Head Neck Surgery 1985 Apr ; 93 (2) : 146-7.

30. LACOTE M., CHEVALIER AM., MIRANDA A. Evaluation clinique de la fonction musculaire. Edition Maloine Paris. ISBN : 2 224 028776. 609 p.

En savoir plus

Sites internet :

12. LANDOUZY Jean-Marie, FERRI Joël , CLAIRE Jacques, DONAZZAN Michel, HAMME Guy, FENART R. La dimension verticale, SERET société d'études et de recherches en thérapeutique, Service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, CHRU de Lille <http://www.seret-medecine.org/Dimension%20verticale.htm> (page consultée le 22/02/2014).

25. PRIDDLE M. Pharmaconseils, volume 11, numéro 1, hiver 2007.

26. Unité de la voix et de la déglutition. Service ORL et CCF. Hôpital LARREY CHU de TOULOUSE. V. Woisard-Bassols. G.Soriano. http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/01j_clan_troubles_deglutition_woisard_soriano.pdf (page visitée le 29/03/2014).

27. <http://www.chu-brugmann.be/fr/edu/dysphagia/brochure.pdf>. (page consultée le 03/04/14)

28. <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/webapp/wiki/wiki.html?id=2269785>. (page consultée le 03/04/2014)

29. <http://www.guide-vue.fr/la-vue-par-theme/la-vue-au-travail/travail-sur-ecran>. (page consultée le 15/03/2014)

31. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf (page consultée le 15/04/2014)

Littérature grise :

10. JACQUINET E. Elaboration d'un livret destiné aux patients porteurs d'une paralysie faciale périphérique. 2006. 30 p. Mémoire diplôme d'Etat Kinésithérapie I.F.M.K. Nancy.

11. BARTHELEMY E. Prise en charge masso-kinésithérapique d'une paralysie faciale périphérique chez l'enfant et création d'un livret pédagogique. 2008. 30 p. Mémoire diplôme d'Etat Kinésithérapie I.F.M.K. Nancy.

ANNEXES

ANNEXE I : les 3 étages de la face (fig.1) (12)

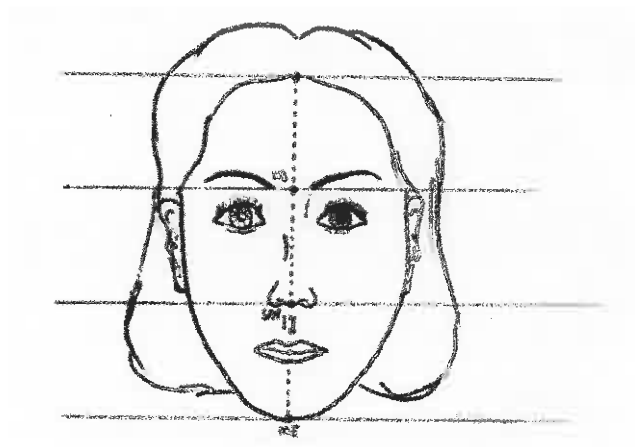


Figure 1 : les étages de la face (12)

ANNEXE II : Les muscles orbiculaires (tab. II)

Tableau II : les muscles orbiculaires (16)

Nom	Orbulaire de l'œil (<i>paupières</i>)	Orbulaire de la bouche (<i>lèvres</i>)
Situation	<ul style="list-style-type: none"> - Autour de l'œil - Paupières supérieure et inférieure (partie palpébrale *) - Les contours de l'orbite (partie orbitaire **) 	<ul style="list-style-type: none"> - Autour de la bouche - Partie rouge et contour des lèvres
Insertions globales	<ul style="list-style-type: none"> - Ligament palpébral latéral et médial - Os frontal (processus nasal) - Os maxillaire (processus frontal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nœud tendineux de la commissure (entrecroisement des fibres des différents muscles de cette zone)
Action	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusion de l'œil - Traction du sac lacrymal 	<ul style="list-style-type: none"> Occlusion de la bouche

La partie palpébrale (*) a des attaches fibreuses et répond à toute l'étendue de la paupière. Cependant la partie orbitaire de l'orbulaire (**) de l'œil présente des insertions osseuses.

ANNEXE III : Les muscles radiaires (16)

- Action sur l'auricule (tab. III)

Tableau III : les muscles agissant sur l'auricule

Nom	Muscles auriculaires (antérieur, supérieur, postérieur) et temporo-pariétal
Situation	Rayonnés, au dessus de l'oreille et la tempe
Insertions	Du fascia temporo-pariétal à la base du cartilage de l'oreille
Action	Traction de la base de l'oreille

- Action sur la fente palpébrale (tab.IV)

Tableau IV : les muscles agissant sur la fente palpébrale

Nom	Corrugateur (<i>sourcilier</i>)	Abaisseur du sourcil	Procérus (<i>pyramidal</i>)
Situation	Sourcil	Tête du sourcil	Espace intersourcilier
Insertions	- Os nasal (processus frontal) - Peau moyenne du sourcil	- Os nasal (processus frontal) - Tête du sourcil	- Os nasal - Peau intersourcilière
Action	Froncement du sourcil	Abaissement de la tête du sourcil	Abaissement de la peau intersourcilière

- Actions sur les narines (tab.V)

Tableau V : les muscles agissant sur les narines

Nom	Nasal	Naso-labial	Abaisseur du septum nasal (<i>myrtiforme</i>)
Situation	Partie latérale du nez	Partie latérale du nez	Partie inf. du nez
Insertions globales	- Lèvre supérieure - Aile de la narine	- Lèvre supérieure - Os maxillaire	- Os maxillaire - Septum nasal
Action	Dilatation de la narine	- Elévation de la lèvre supérieure - Dilatation de l'aile du nez	- Abaissement du septum nasal - Rétrécissement de l'orifice nasal

• Actions sur la fente orale (13) (tab. VI)

La fonction des muscles est donnée par leur dénomination, exceptés pour le buccinateur qui plaque la joue contre les dents et le risorius qui tracte les lèvres en dehors et en arrière.

Tableau VI : les muscles agissant sur la fente orale

Nom	- Buccinateur - Risorius	- Elévateur de la lèvre supérieure (<i>releveur des lèvres</i>) - Abaisseur de la lèvre inférieure (<i>carré du menton</i>)	- Elévateur de l'angle de la bouche (<i>canin</i>) - Abaisseur de l'angle de la bouche (<i>triangulaire</i>)
Situation	Partie latérale de la joue	Lèvres	Latéraux à la bouche
Insertions	- Maxillaire - Angle de la bouche (orbiculaire)	- Lèvres - Maxillaire - Mandibule	- Orbiculaire - Maxillaire - Mandibule
Action (selon leur dénomination)	Etirement de la bouche latéralement	Traction des lèvres	Traction de l'angle de la bouche

• Les muscles complémentaires (tab. VII)

Tableau VII : les muscles complémentaires

Nom	Petit/grand zygomatique	Mentonnier (<i>houppes</i>)	Epicrâniens (2 muscles)
Situation	Entre les 2 orbiculaires	Menton	Partie sup. du crâne
Insertions	- Lèvre supérieure (orbiculaire) - Os zygoma	- Lèvre inférieure - Mandibule	- Muscle frontal - Muscle occipital - Relié par aponévrose épicroânienne
Action	Traction de la commissure les lèvres en dehors en haut	- Elévation de la peau du menton - Eversion de lèvre inférieure	- Elévation des sourcils - Froncement du front

ANNEXE IV : Echelle de House-Brackman (8, 21, 24)

- Grade 1 : fonction normale.

- Grade 2 : asymétrie discrète. Occlusion palpébrale complète sans effort.

- Grade 3 :
 - face symétrique au repos,
 - syncinésie et hypertonie possible,
 - fermeture palpébrale complète à l'effort,
 - faiblesse légère ou modérée labiale et frontale (déficit d'élévation du sourcil, sourire asymétrique).

- Grade 4 :
 - face à peu près symétrique,
 - fermeture palpébrale complète impossible,
 - hypertonie, spasmes et/ou syncinésies sévères,
 - mouvements très asymétriques, absence de mouvement au niveau du front, asymétrie labiale.

- Grade 5 : face asymétrique au repos et hypotonie (mouvements peu perceptibles : ébauches).

- Grade 6 : face asymétrique, paralysie faciale complète (aucun mouvement, contraction impossible).

ANNEXE V : Bilan du tonus musculaire de la face

EVALUATION DU TONUS : PHASE FLASQUE A NORMALE

KINESITHEPEUTE						
DATE DE L'EXAMEN						
Abolition des rides frontales						
Abaissement de la pointe du sourcil						
Nez dévié vers le côté sain *						
Narine plaquée						
Abolition sillon naso-genien						
Déviation septum nasal						
Lèvre supérieure avalée						
Lèvre inférieure avalée						
Joue affaissée						

EVALUATION DU TONUS A LA PHASE D'HYPERTONIE

Elevation pointe du sourcil						
Exagération de la fossette sourcilière						
Exagération du sillon naso-genien						
Attraction en ht et dh de la commissure labiale						
Mouchetage du menton						
Hypertonie du platysma						

Cotation	- 2	Atonie
	- 1	Hypotonie
	0	Normalité du tonus
	+ 1	hypertonie modérés
	+ 2	forte hypertonie

ANNEXE VI : Bilan moteur de la face

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

NOM :
 PRENOM :
 NE(E) :

EVALUATION DE LA
 FORCE MUSCULAIRE

D
 Coté : G

KINESITHEPEUTE :						
DATE DU TESTING :						
m.épicroânien (m.occipital m.frontal)						
m.corrugateur du sourcil						
m.orbiculaire de l'œil						
muscle procerus						
m.nasal (partie alaire et dilatateur des narines)						
m.orbiculaire de la bouche						
m.élevateur de l'angle de la bouche						
m.abaisseur du septum nasal						
m. releveur de la lèvre supérieure						
m.grand zygomatique						
m.risorius						
m.buccinateur						
m.abaisseur de la lèvre inférieure						
m.mentonnier						
m.platysma						

- Cotation :
- 0 aucune contraction musculaire perçue
 - 1 Légère mobilité du grain de peau visible à l'œil nu
 - 2 Ebauche de contraction musculaire
 - 3 Contraction dans toute l'amplitude (mais asynchrone par rapport au côté sain)
 - 4 Mouvement ample (synchrone et symétrique par rapport au côté sain)

ANNEXE VII : Bilan de la coordination de la face

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

NOM :	D
PRENOM :	COTE: G
NE(E) :	

DATE DE L'EXAMEN :						
SYNCINESIES ESSENTIELLES						
œil/bouche						
bouche /œil						
syncinésies émotionnelles						

- 0 Absence de syncinésies
- + 1 Inhibition volontaire de la syncinésie
- + 2 Inhibition de la syncinésie par maintien digital
- + 3 Syncinésie irrépressible

hypoaccousie						
hyperaccousie douloureuse						
œil douloureux						
œil rouge						
œil larmoyant						
éctropion						
hémorragie						
troubles sécrétoires						

ANNEXE VIII : Les muscles faciaux (fig.9, 10) (4, 9, 13)

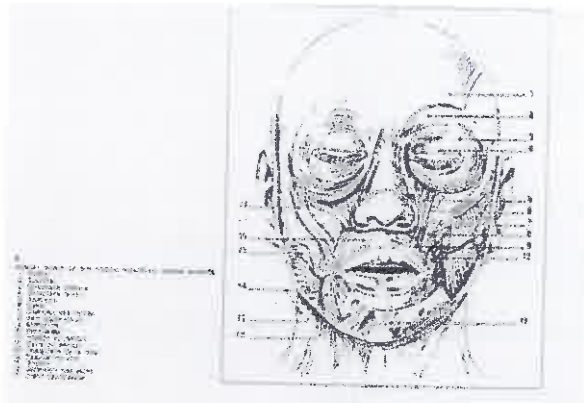


Figure 9 : muscles faciaux de face, muscles superficiels et profonds (4)

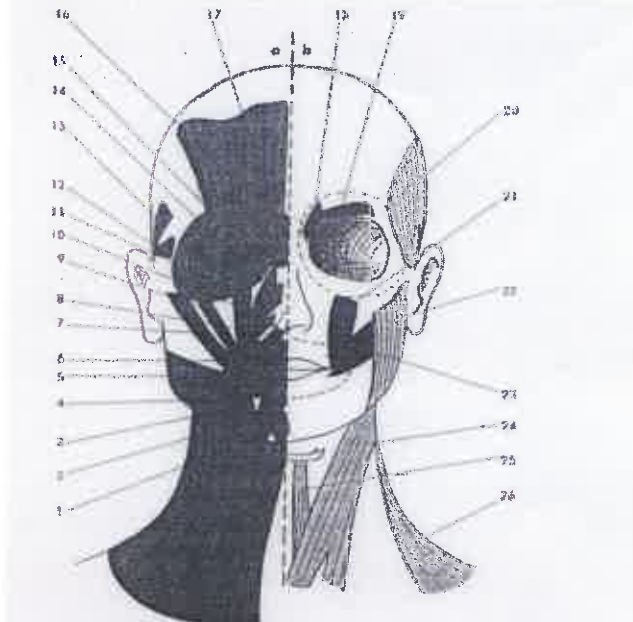


Figure 3. Vue antérieure des muscles de la face : superficiel (a) et profonds (b). Nouvelle nomenclature (ancienne nomenclature). 1. mentonnier (houppes), 2. abaisseur de la lèvre inférieure (carré du menton), 3. abaisseur de l'angle de la bouche (triangulaire), 4. platysma (peaucier du cou), 5. nasorius, 6. orbiculaire de la bouche (lèvres), 7. grand zygomatique, 8. abaisseur du septum nasal (myrtiliforme), 9. petit zygomatique, 10. élévateur de la lèvre supérieure (relèveur des lèvres), 11. relèveur naso-labial (relèveur supérieur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure), 12. auriculaire antérieur, 13. temporo-pariétal, 14. nasal partie transverse (transverse) et nasal partie alaire (dilatateur des narines), 15. orbiculaire de l'œil (paupières), 16. chef frontal de l'épicrânion (frontal), 17. procerus (pyramidal), 18. abaisseur du sourcil, 19. corrugateur du sourcil (sourcilier), 20. temporal, 21. élévateur de l'angle de la bouche (canin), 22. masséter, 23. buccinateur, 24. SCM, 25. sterno-hyoïdien, 26. trapèze supérieur.

Figure 10 : vue antérieure des muscles de la face (9, 16)

ANNEXE IX : Questionnaire d'évaluation de la fiche

La fiche :

- La fiche vous semble-t-elle compréhensible ?
 - Est-elle attractive ? Donne-t-elle envie de la consulter/regarder ?
 - Aide-t-elle à l'observance du traitement ?
- Vous a-t-elle aidée à mieux prendre soin de votre paralysie faciale ?**
- Avez-vous réalisé les exercices quotidiennement ?

Le format :

- Est-il trop petit ?
- Le fait d'avoir 4 pages vous convient-il ?
- Les différentes parties sont-elles bien individualisées ?

Les items :

- Sont-ils clairs et compréhensibles ?
- Sont-ils trop nombreux ?
- Parmi ceux cochés, certains sont-ils inutiles quant à l'auto rééducation ?

Les schémas :

- Sont-ils clairs et compréhensibles ?
- Aident-ils à l'exécution des mouvements ?

oui	non

ANNEXE X : Fiche conseils



Paralysie faciale : fiche conseils



Pré-mars 2014

Chaleur (15min) : avant les exercices & pour la détente

- Contre-mouvement pas de chaleur et sollicitation locale
- (bains de pieds, gants...)
- Coursus chauffants avec matériel (à déterminer par le MK)
- 2 gants de toilette imbibés d'eau chaude à intervertir

Massage : à compléter par MK

(Se laver les mains avant de toucher son visage)



Exercice : Voir le schéma ci-dessous

- Effleurage (doux)
- Pression oculaire (pression avec un deux doigts)
- Étirements

Initiation : Comme le montre les schémas ci-dessous.

Saquer la joue entre le pouce et l'index (fig 1)

En cas d'hypertonie et symétrie strabique (fig 2)



Fig 1



Fig 2

Pré-mars 2014

Protection de l'œil

Caus la journée

- Nettoyer plusieurs fois l'œil
- Ne pas se frotter les yeux
- Porter les lunettes artificielles, le collyre, la prothèse "lamine A"
- Éviter la paupière supérieure à l'aide d'un doigt
- Éviter des lunettes de soleil à larges bords
- (surtout, sans lunettes)
- Porter l'œil pendant les communications du MK
- (repos, communication, douleur)
- Attention lors de l'utilisation d'astrotel et à la démancher

Pour la nuit

- Nettoyer l'œil (laines, collies, prothèse tremante A)
- Attention pas de sable dans l'œil
- Protéger l'œil (le fermer au repos à l'aide de strips de la paupière supérieure vers l'inférieure)
- Auver :

AVQ/BOUCHE

Parler :

- Maintenir la cavité buccale de l'écroule

Boire :

- Utiliser un verre à large bord
- Maintenir de la bouche (lèvres)
- > Boire avant de manger parler

Manger :

- Maintenir la bouche légèrement fermée
- Manger des 2 côtés
- Préferer les aliments humides

Sur place (après-déjeuner) :

- Se rincer la bouche se brosser les dents après chaque repas

À ÉVITER :

- Choc (asymétrie du visage et impact sur la repousse nerveuse)
- Chewing gum
- Aliments secs, fibreux (sauf...)
- Lentilles de vue (sauf avec ophtalmologue)
- Courants électriques (électrothérapie) en rééducation faciale
- Ecrans (ordinateur...) sur une durée trop prolongée

Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle (IRR) - Hôpital Central (Nantes)

Travail musculaire :

Recommandations générales :

- Devant un miroir : Concentration, respect de la symétrie faciale
- Temps de maintien : _____ secondes
- Répétition : _____ mouvements
- Temps de pause (mouvements fatigants) supérieurs au temps de maintien
- Tous les jours, plusieurs fois dans la journée à grands intervalles : _____ séries par jour
- Qualité avant quantité (Ne pas forcer, mouvement lent et précis)

Muscles à travailler

- Orbiculaire de l'œil
- Orbiculaire de la bouche
- Azyges (à définir)

Cette fiche vous aide à réaliser les exercices à domicile.

Elle ne remplace pas les séances de kinésithérapie.

Mettez cette fiche au kinésithérapeute libéral qui apportera les conseils individuels.

Remarque : (espace libre à compléter par le MK)

Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle (IRR) - Hôpital Central (Nantes)

Travail musculaire :

Recommandations générales :

- Devant un miroir : Concentration, respect de la symétrie faciale
- Temps de maintien : _____ secondes
- Répétition : _____ mouvements
- Temps de pause (muscles fatigables) supérieur au temps de maintien
- Tous les jours, plusieurs fois dans la journée à grands intervalles : _____ séries par jour
- Qualité et non quantité ! Ne pas forcer, mouvements lents et précis

Muscles à travailler

- Orbiculaire de l'œil
- Orbiculaire de la bouche
- Autres (à définir)

* * * * *

- Cette fiche vous incite à réaliser les exercices à domicile.
- Elle ne remplace pas les séances de kinésithérapie.
- Montrer cette fiche au kinésithérapeute libéral qui ajustera les conseils initiaux.

Remarques : (espace libre à renseigner par le MK)



Paralysie faciale : fiche conseils

Protection de l'œil

Dans la journée,

- Nettoyer plusieurs fois l'œil
- Ne pas se frotter les yeux
- Mettre les larmes artificielles, le collyre, la pommade Vitamine A
- Mobiliser la paupière supérieure à l'aide d'un doigt
- Utiliser des lunettes de soleil à larges bords
- (luminosité, vent, poussières)
- Fermer l'œil suivant les recommandations du M.K.
- (repos, démanagements, douleurs)
- Attention lors de l'utilisation d'aérosol et à la climatisation

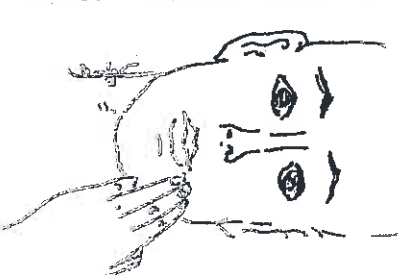
Pour la nuit,



Chevalier A.M. Rééducation de la paralysie de la paupière - 2003

- Nettoyer l'œil (larmes, collyre, pommade vitamine A)
- Attention : pas de cils dans l'œil
- Protéger l'œil : le fermer en croix à l'aide de strips de la paupière supérieure vers l'inférieure.
- Autres :

AVOIR/BOUCHE



- Parler :
- Maintenir la bouche lors de l'élocution
- Boire :
- Utiliser un verre à large bord
- Maintien de la bouche (fuites)
- Boire avant de manger/parler
- Manger :
- Maintenir la bouche légèrement (fuites)
- Manger des 2 côtés
- Préférer les aliments fluides

Hygiène bucco-dentaire :

Se rincer la bouche/se brosser les dents après chaque repas

A EVITER :

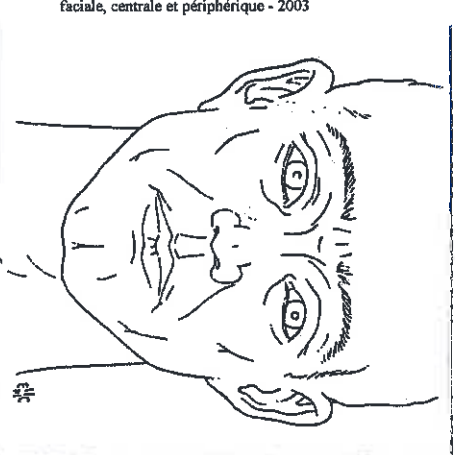
- Tabac (asymétrie du visage et impact sur la repousse nerveuse)
- Chewing gum
- Aliments sec, fibreux (riz...)
- Lentilles de vue (sauf avis ophtalmologue)
- Courants électriques (électrothérapie) en rééducation faciale
- Ecrans (ordinateur...) sur une durée trop prolongée

Chaleur (15min) : avant les exercices & pour la détente

- Contre-indications : pas de chaleur si inflammation locale (abcès dentaire, ganglions...)
- Coussins chauffants avec interface (à déterminer par le M.K.)
- 2 gants de toilettes imbibés d'eau chaude à intervertir

Massage : à compléter par MK

(Se laver les mains avant de toucher son visage)



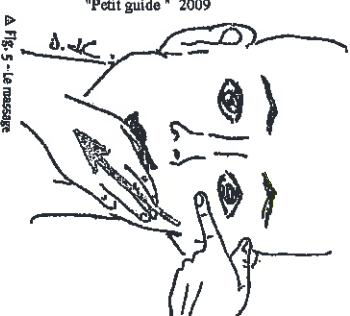
- Extérieur : Suivre le schéma ci-dessous :
- Effleurage (doux)
- Pression circulaire (pressions avec un deux doigts)
- Étirements

Chevalier A.M. Rééducation de la paralysie faciale, centrale et périphérique - 2003

Intérieur : Comme le montre les schémas ci-dessous :

- Saisir la joue entre le pouce et l'index (fig 1)
- pressions circulaires sur points douloureux
- En cas d'hypertonie et/ou syncinésie
- étirements (fig 2)

De Chavigny D. - Paralysie faciale - "Petit guide" 2009



Δ Fig. 5 - Le massage

fig 1

Chevalier A.M. Rééducation de la paralysie faciale centrale et périphérique - 2003



fig 2