	<b>Département de Médecine d'Urgence</b>	<b>2051-DO-THE-05</b>
	<b>Protocole thérapeutique</b>	
	<b>Paralysie faciale périphérique</b>	
		V1 13/11/2019
		Version initiale : 13/11/2019

Rédaction	Validation	Approbation
C. Soulié-Chavignon - PH - DMU	D. Savary - PH - Chef de service Urgences - DMU C. Brecheteau- PH - ORL	P.M. Roy - PU-PH - Responsable du DMU

### 1) Mots clés

PF : Paralysie Faciale ; PFP : PF Périphérique ; CAE : Conduit Auditif Externe ; H-B : Classification de House-Brackmann ; CRU : Compte-Rendu des Urgences

### 2) Diagnostic clinique

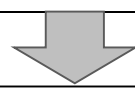
Il est important en premier lieu de déterminer si la paralysie faciale est **périphérique ou centrale**.

#### 2-1) Présentation clinique

La PF périphérique unilatérale est d'installation rapidement progressive (12-72h), souvent mise en évidence au réveil. L'installation brutale doit faire suspecter un AVC.

Dysgueusie de l'hémilangue homolatérale, hyperacousie douloureuse (atteinte du nerf tympanique) et dysesthésie de l'hémiface atteinte sont des signes sensoriels possibles dans la PFP. Leur présence oriente vers l'origine périphérique.

#### 2-2) Examen clinique

PF PERIPHERIQUE	PF CENTRALE
Le déficit est autant sur le territoire supérieur (signes de Charles-Bell ou des cils de Souque) qu'inférieur (asymétrie du sourire, effacement du pli naso-génien)	Le déficit facial prédomine en inférieur Mobilité frontale préservée
Pas de dissociation automatico-volontaire (anomalie de la commande volontaire ET automatique)	Dissociation automatico-volontaire (asymétrie marquée dans les mouvements volontaires, mais moindre dans les mouvements réflexes)
+/- signe cochléaire ou vestibulaire +/- signes sensoriels (dysgueusie, hyperacousie douloureuse, dysesthésie)	Hémi-parésie homolatérale souvent associée
Effacement du pli nasogénien	
Parésie du <i>Platysma</i> (m. peaucier)	<b>Suspicion AVC</b> <b>Alerte thrombolyse en fonction de l'heure de début.</b>

Examen général, contexte : fièvre, contexte traumatique, éruption cutanée

Examen ORL et contrôle systématique du CAE : recherche de vésicules zostériennes (zone de Ramsay-Hunt : conque, paroi postérieure du conduit auditif externe et tympan), d'une otite moyenne ou d'un cholestéatome.

Examen neurologique : recherche d'atteintes neurologiques autres (atteinte bilatérale (Guillain-Barré, sarcoïdose), autres paires crâniennes, autre déficit neurologique).

Si atteinte atypique (différente de la PF *a frigore*) : penser à une cause neurologique centrale, infectieuse, inflammatoire, neuropathique ou tumorale, et poursuivre les investigations en fonction de l'étiologie suspectée.

Le déficit moteur sera identifié selon la classification de House-Brackmann, et à ajouter dans le CRU, afin de permettre le suivi de l'évolution.

	Classification de House-Brackmann
<b>Grade 1</b>	Mobilité faciale et tonus normaux
<b>Grade 2</b>	Dysfonction légère : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au repos, visage symétrique et tonus normal</li> <li>• Aux mouvements, légère asymétrie sans contracture, avec présence possible de discrètes syncinésies</li> </ul>
<b>Grade 3</b>	Dysfonction modérée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au repos, visage symétrique et tonus normal</li> <li>• Aux mouvements, diminution globale de la mobilité avec asymétrie non défigurante ; fermeture oculaire complète avec effort ; spasmes et syncinésies modérés.</li> </ul>
<b>Grade 4</b>	Dysfonction modérée à sévère : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au repos, symétrie globalement conservée, tonus normal</li> <li>• Aux mouvements, asymétrie importante et/ou défigurante ; fermeture oculaire incomplète même avec effort ; syncinésies ou spasmes sévères</li> </ul>
<b>Grade 5</b>	Dysfonction sévère : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au repos, asymétrie évidente et diminution du tonus</li> <li>• Aux mouvements, mobilité à peine perceptible au niveau de l'œil et de la bouche. A ce stade pas de syncinésie ni de spasme possible</li> </ul>
<b>Grade 6</b>	Paralysie faciale complète, aucun mouvement

### 3) Examens complémentaires

Dans le cadre d'une PF *a frigore* sans signe de gravité, les examens seront réalisés en externe et leurs résultats transmis au médecin traitant :

- Glycémie : hémoglobine glyquée
- Sérologies : PCR Herpes si lésions vésiculeuses, VIH et syphilis selon contexte

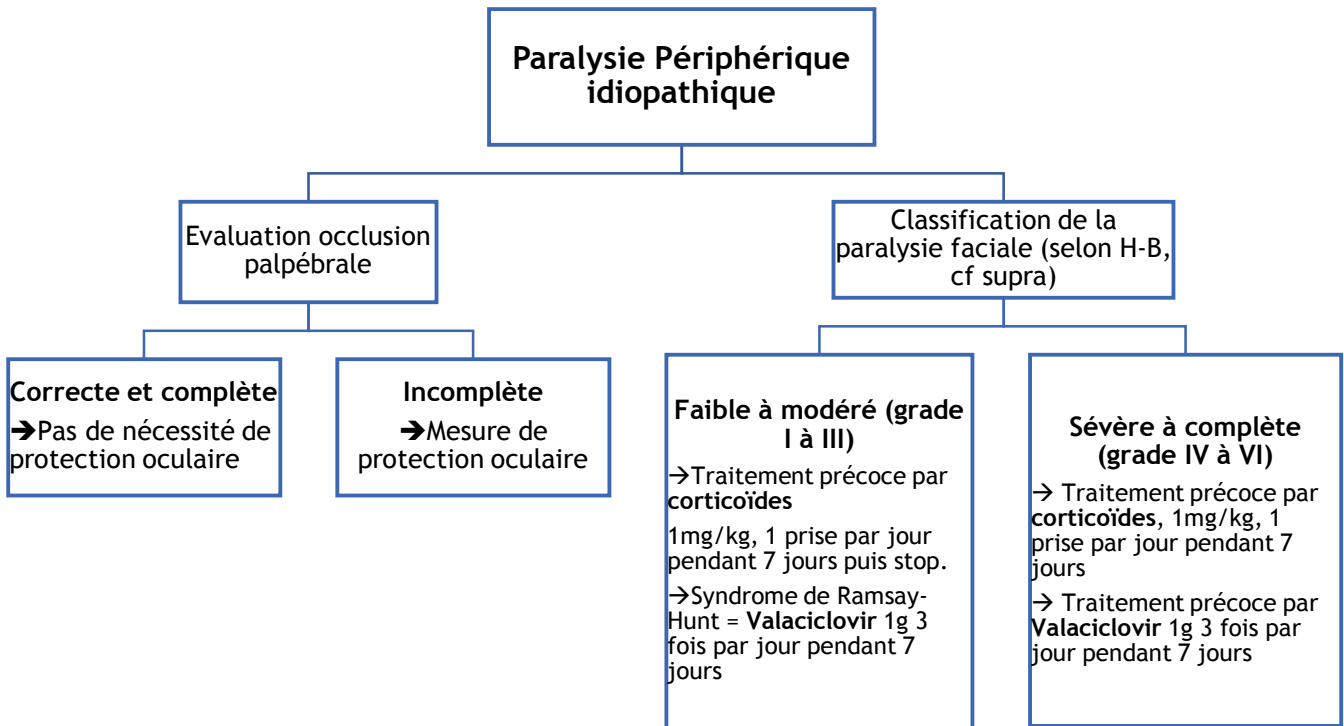
Selon l'étiologie suspectée les examens suivants seront réalisés :

- Sérologie de Lyme si probabilité pré-test élevée (contexte +++)
- Biologie avec recherche de syndrome inflammatoire et PL si cause infectieuse suspectée (méningoradiculite) : NFS, CRP, PL
- Imagerie si une origine traumatique (TDM centrée sur le rocher) ou neurologique centrale (tumorale, ischémique) (IRM cérébrale) est envisagée.

### 4) Traitement de la PF a frigore

- Traitement précoce par **Prednisone** 1mg/kg per os, 1 prise par jour pendant 7 jours puis arrêt (attention aux contre-indications : diabète déséquilibré).
- Protection oculaire avec occlusion nocturne, Vitamine A pommade, 1 application par jour au coucher et larmes artificielles en journée (4 à 6 fois par jour), jusqu'à récupération d'une occlusion complète.
- Traitement précoce par **Valaciclovir** 1g 3 fois par jour pendant 7 jours :
  - Si syndrome de Ramsay-Hunt
  - Si  $\geq$  grade IV dans la classification de H-B (cf. supra)
  - Si âges extrêmes de la vie : petite enfance et personne âgée.

### 5) Suivi - Papiers de sortie



- Atteintes  $\geq$  grades III : Prévoir en consultation en ORL à J7-J10.
- Atteintes grades I et II, première consultation chez le médecin traitant à J7-J10 pour s'assurer de la bonne évolution.
- Récupération complète en 4 à 6 semaines dans 60% des cas