



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Rééducation des paralysies faciales



Rehabilitation of facial paralysis

F. Martin

Centres de formation en orthophonie (CFO) de Paris et Caen, 64, avenue Philippe-Auguste, 75011 Paris, France

MOTS CLÉS

Paralysie faciale ;
Rééducation ;
Orthophonie ;
Biofeedback ;
Syncinésies ;
Effet miroir

KEYWORDS

Facial paralysis;
Rehabilitation;
Speech language
therapy;
Surface
electromyography;
Synkinesis;
Mirror effect

Résumé La rééducation prend une part importante dans le traitement des paralysies faciales, en particulier lorsque celles-ci sont sévères. Elle a pour objectif de diriger la reprise de l'activité motrice et prévenir ou réduire les séquelles (syncinésies, spasmes, hypertonie). Il est préférable qu'elle soit proposée précocement afin de mettre en place un projet thérapeutique basé sur les résultats de l'évaluation couplés le cas échéant à ceux de l'ENMG. Lorsqu'il y a chirurgie, un travail préopératoire est préconisé, surtout dans les cas d'anastomose hypoglossofaciale et de myoplastie d'allongement du muscle temporal (MAT) où il y a transfert de fonction. Nous proposons de présenter une technique originale visant à renforcer la boucle sensorimotrice et le contrôle cortical des mouvements, en particulier en cas d'utilisation de toxine botulique et après chirurgie.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Rehabilitation takes an important part in the treatment of facial paralysis, especially when these are severe. It aims to lead the recovery of motor activity and prevent or reduce sequelae like synkinesis or spasms. It is preferable that it be proposed early in order to set up a treatment plan based on the results of the assessment, sometimes coupled with an electromyography. In case of surgery, preoperative work is recommended, especially in case of hypoglossofacial anastomosis or lengthening temporalis myoplasty (LTM). Our proposal is to present an original technique to enhance the sensorimotor loop and the cortical control of movement, especially when using botulinum toxin and after surgery.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La rééducation des paralysies reste encore peu prescrite soit par méconnaissance, soit parce qu'elle est jugée peu efficace, pourtant les rééducateurs sont de mieux en mieux

formés à cette prise en charge, à la fois dans le cadre de leur formation initiale ainsi que celui de la formation permanente. Même si une rééducation n'est pas systématiquement nécessaire, une évaluation clinique précoce permet souvent d'orienter le patient et lui apporter des recommandations utiles, à savoir : éviter tout forçage, maintenir au mieux un équilibre entre les deux hémifaces afin d'empêcher une

Adresse e-mail : Fredericmartin64@wanadoo.fr.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2015.06.007>

0294-1260/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

suractivité controlatérale, apprendre à bien protéger la cornée, prévenir les syncinésies, apprécier l'impact de la blessure narcissique sur l'état psychologique et moral et orienter le cas échéant vers une consultation spécialisée. Nous nous proposons de montrer les grands axes de l'évaluation, puis décrire les différents gestes rééducatifs en fonction du type de paralysie faciale (flasque ou spastique) et, en cas de séquelles, du type de chirurgie proposée.

Évaluation

Plusieurs échelles d'évaluation sont à la disposition des rééducateurs. La classification de House et Brackmann est utilisée comme référence internationale mais elle est peu précise. Certaines sont plus adaptées à la rééducation comme la *Sunnybrook facial grading*, le *testing* musculaire facial en 3D de Frey, le *peak motion measurement system*. Le couplage avec les explorations fonctionnelles est recommandé : ENMG faciale, dynamomètre pour la mesure de la force labiale, biofeedback (électromyographie de surface). Concernant les anomalies oro-faciales dans leur ensemble, l'évaluation de la motricité bucco-linguo-faciale (MBLF) de Gatignol et Lannadère intègre l'évaluation de la motilité linguale, utile dans les cas d'anastomoses hypoglossofaciales. Il existe une version adultes et une version enfants. Ce protocole informatisé permet de faire des moyennes, des étalonnages et orienter le diagnostic. Plusieurs échelles intègrent la notion de signes subjectifs, d'auto-évaluation, d'échelles de douleur. À ces évaluations, il est bon de proposer parfois des échelles de qualité de vie telles que le *short form health survey* (SF-36) ou le Derriford Appearance Scale 59 (DAS-59), qui donnent des informations précieuses sur le ressenti et les conséquences de la PF sur le quotidien.

Dans le cadre de troubles liés à une intervention chirurgicale, un bilan pré-opératoire est nécessaire à la fois pour faire un état des lieux mais aussi pour préparer le patient à sa rééducation.

Les grandes lignes de l'évaluation sont les suivantes :

- fiche signalétique ;
- anamnèse : apparition, topographie, antécédents, examens, traitements ;
- auto-évaluation : sens, sécrétions, sensations, gênes, mimiques, articulation, déglutition, alimentation, souffle, retentissement psychologique ;
- examen clinique :
 - tonus musculaire,
 - observation du visage au repos et en conversation,
 - examen endo-buccal,
 - examen des mouvements fonctionnels,
 - examen de la force musculaire :
 - 3 zones (front/œil-nez/joue-lèvres/menton/cou),
 - cotation pour chaque muscle ou groupe musculaire (0 à 3 ou 1 à 5 selon les protocoles d'évaluation) ;
- examen clinique complémentaire :
 - sécrétions, sensibilité, goût,
 - mimiques,
 - articulation,
 - mastication,

- déglutition,
- souffle (nasal-buccal) (Fig. 1).

Projet thérapeutique

Les résultats du bilan et le diagnostic vont permettre de mettre en place un projet thérapeutique personnalisé qui variera selon le degré de gravité de la paralysie, le moment de la prise en charge (paralysie flasque, paralysie spastique) et le pronostic :

- information au patient : conduites à tenir, gestes à éviter, protection de la cornée, évolution ;
- rééducation ou non selon les résultats du bilan ;
- couplage rééducation/toxine botulique ;
- auto-rééducation ou non ;
- orientation pour une chirurgie.

Rééducation

Les gestes rééducatifs varient selon le moment où l'on intervient. On peut déterminer 3 catégories :

- paralysies flasques ;
- paralysies spastiques ;
- paralysies opérées.

Pour les paralysies flasques, on intervient dans les 15 jours suivant l'apparition de la PF, aucun mouvement excessif, recherche d'équilibre en travaillant l'hémiface controlatérale, massages, mouvements à minima, prévention des co-contractions.

Pour les paralysies spastiques, il faut intervenir dès leur apparition : massages profonds, dissociation des mouvements, contrôle des syncinésies par systèmes de feedback, travail sur les mimiques faciales et l'expression des émotions [1].

Pour les paralysies opérées, on met en place un protocole de rééducation spécifique à chaque type d'intervention.

Massages

Ils sont proposés dans les cas de paralysies flasques ou de contractures musculaires liées aux syncinésies. Il y a consensus pour une alternance de plusieurs gestes :

- massages internes profonds et appuyés de la joue et des lèvres respectant l'insertion et le sens des fibres musculaires ;
- étirements lents et sans relâchement brusque ;
- effleurages sans force excessive ;
- points de compression, appelés aussi points gâchettes, efficaces sur les contractures musculaires, les muscles hypertoniques et les points douloureux.

Rééducation des muscles faciaux

Le travail musculaire doit être réalisé sans excès, à minima, sur un temps court avec des répétitions limitées pour chaque mouvement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184461>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184461>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)