



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Paralysie faciale chez l'enfant



*Facial palsy in children*

P. Guerreschi <sup>a,\*</sup>, P.-E. Gabert <sup>a</sup>, D. Labbé <sup>b</sup>,  
V. Martinot-Duquennoy <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Roger-Salengro, CHU de Lille, rue Émile-Laine, 59000 Lille, France

<sup>b</sup> 4, place Fontette, 14000 Caen, France

## MOTS CLÉS

Paralysie faciale ;  
Myoplastie  
d'allongement du  
temporal ;  
Muscle temporal ;  
Paralysie congénitale ;  
Toxine botulique

## KEYWORDS

Facial palsy;  
Lengthening temporalis  
myoplasty;  
Temporal muscle;  
Congenital palsy;  
Botulinum toxin

**Résumé** La paralysie faciale (PF) de l'enfant est congénitale ou acquise. Lorsqu'elle est présente à la naissance (congénitale), elle est d'origine traumatique dans la plupart des cas, ou plus rarement, développementale. La PF acquise doit faire rechercher une étiologie pour guider le pronostic et le traitement, même si aucune cause n'est identifiée dans la plupart des cas. Au stade aigu, le traitement de la PF idiopathique repose sur la corticothérapie orale le plus rapidement possible et la protection cornéenne. Au stade des séquelles, comme chez l'adulte, le traitement est global en prenant en compte l'équilibre dynamique des deux côtés du visage. La réanimation dynamique doit prévaloir principalement à l'étage inférieur. Notre choix technique se porte sur la myoplastie d'allongement du temporal (MAT) qui offre la possibilité d'une réanimation du sourire fiable et reproductible. Toute réanimation dynamique par MAT ou lambeau musculaire libre doit être suivie d'une rééducation spécifique prolongée qui accompagne le patient d'un sourire mandibulaire à un sourire spontané grâce à la plasticité cérébrale. Par ailleurs, la toxine botulique, très bien tolérée et peu invasive, est une aide précieuse chez l'enfant capable d'en supporter les injections.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Facial palsy (FP) in children is congenital or acquired. When present at birth (congenital), etiologies are mostly traumatic and rarely developmental. Acquired FP needs investigation. Research on the etiology helps to determine prognostic and treatment. At most times, no specific cause is found. Treatment of idiopathic FP consists of early oral corticosteroid therapy and ocular protection. Treating the sequelae is essential and the physician has to consider the dynamic balance of both sides of the face. Dynamic rehabilitation should mainly concern the inferior facial third. We recommend the lengthening temporalis myoplasty (LTM). This relevant technique ensures replicable and reliable results with a harmonious smile. Facial dynamic rehabilitation after surgical procedure (muscle transfer or free muscle flap) must be

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pierguerreschi@gmail.com](mailto:pierguerreschi@gmail.com) (P. Guerreschi).

directed toward control of voluntary movement, to move from a mandibular smile to a spontaneous and voluntary smile, thanks to brain plasticity. Furthermore, botulinum toxin is well tolerated and remains a great tool to treat a child who can support injections.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La paralysie faciale (PF) périphérique survient chez l'enfant dans des contextes étiologiques multiples qu'il convient de connaître afin d'en préciser le diagnostic, le pronostic et la stratégie thérapeutique. Le chirurgien plasticien doit connaître l'ensemble des différents tableaux cliniques pour informer les patients et leurs parents et pour s'impliquer efficacement dans l'équipe multidisciplinaire qui les prend en charge.

Si la paralysie est d'emblée présente à la naissance (PF congénitale), elle peut être développementale ou traumatique. La PF traumatique est de bon pronostic et laissera peu de séquelles. La PF développementale est souvent un élément d'un syndrome. Il s'agit alors le plus souvent d'une parésie plus marquée à l'étage inférieur.

La PF peut également être acquise. Sa présentation clinique diffère peu de celle couramment rencontrée chez l'adulte. L'étiologie permet d'instaurer un traitement médical à la phase aiguë et d'en préciser le pronostic. Le traitement des séquelles repose sur les techniques similaires de l'adulte.

Devant cette pathologie parfois complexe aux conséquences physiques et psychosociales importantes, il est crucial de proposer une attitude thérapeutique globale et hiérarchisée.

## Paralysie faciale congénitale

La PF est présente d'emblée à la naissance : elle est congénitale. Il s'agit d'une asymétrie faciale majorée à la mimique et notamment aux pleurs. L'asymétrie est plus marquée à l'étage inférieur avec une déviation de la bouche du côté sain. À l'étage supérieur la lagophtalmie est souvent discrète. L'occlusion palpébrale est possible. Il a été rapporté que la PF pouvait rendre plus difficile l'allaitement au sein.

La PF congénitale traumatique est la cause la plus fréquente des paralysies faciales congénitales (prévalence environ de 1/500 naissances). Les facteurs de risque sont la primiparité, le poids de naissance supérieur à 3500 g, les extractions instrumentales, la césarienne et la prématurité. Le pronostic est favorable en quelques mois sans séquelles.

La PF congénitale développementale est le plus souvent un symptôme d'un syndrome comme le Moebius, les syndromes oto-mandibulaires, l'*Asymmetric crying facies*, l'association CHARGE, le syndrome BOR (Tableau 1).

## Le syndrome de Möbius

Le syndrome de Möbius identifié par Von Graefe en 1880 [1] et codifié par Möbius en 1888 [2] survient dans 1/50 000 naissances pour un sex ratio de 1:1 [3]. Les phénotypes sont variables, associant le plus fréquemment une paralysie uni- ou bilatérale des VI<sup>e</sup> (nerf abducens) et VII<sup>e</sup> (nerf facial) paires crâniennes. D'autres paires crâniennes peuvent être atteintes : V, IX, X et XII.

## Le syndrome oculo-auriculo-vertébral

Le syndrome oculo-auriculo-vertébral (OAVS/OMIM 164210) désigne un ensemble de syndromes expliqués par la défaillance des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> arc branchiaux conduisant à un spectre phénotypique large [4,5]. Les malformations rencontrées touchent le pavillon de l'oreille (enchondrome, kyste et fistule prétragien, microtie), la mandibule, le maxillaire (fentes orofaciales), l'orbite osseuse (hypolasie), le contenu orbitaire (microphthalmie, kyste épibulbaire, strabisme), les muscles peauciers et leur innervation, et les vertèbres [6]. Parmi ces syndromes, on retrouve le syndrome de Goldenhar, la microsomie hémifaciale, le syndrome facio-auriculo-vertébral. La PF est observée dans 22 à 50 % des OAVS.

## L'*Asymmetric crying facies*

L'*Asymmetric crying facies* (ACF) des Anglo-saxons Pape et Pickering [7] ou asymétrie faciale des pleurs est une

**Tableau 1** Principales étiologies de la paralysie faciale de l'enfant.

<i>PF congénitale</i>	
Traumatique	
Développementale	Möbius OAVS <i>Asymmetric crying facies</i> CHARGE BOR
<i>PF acquise</i>	
Infectieuse	Syndrome de Ramsay-Hunt EBV Haemophilus Influenzae Tuberculose CMV ADV Rubéole Oreillons Mycoplasma pneumoniae HIV Otite moyenne aiguë Otite moyenne chronique Cholestéatome
Inflammatoire	Purpura Henoch-Schönlein Vascularite Kawasaki
Néoplasique	Schwannome VII Hémangiome Rhabdomyosarcome Histiocytose de l'os temporal Leucémie Tumeurs de la parotide
Traumatique	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644593>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644593>

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