

## FICHE RENSEIGNEMENTS FORMATION

**Titre de la formation :** *Rééducation des paralysies faciales*

**Intervenant :**

Frédéric MARTIN,

Orthophoniste

Chargé d'enseignement aux centres de formation en Orthophonie de Paris et Can

64, avenue Philippe Auguste – 75011 PARIS

[fredericmartin64@wanadoo.fr](mailto:fredericmartin64@wanadoo.fr)

Tél. : 01 43 67 54 29

**Résumé :**

La paralysie faciale périphérique (PFP) est une affection fréquente. Les origines sont diverses et l'on trouve par ordre de fréquence, les paralysies idiopathiques dues à la réactivation d'une forme du virus de l'Herpès (VHS de type 1). Ce sont les plus fréquentes (on dénombre en France 15 000 nouveaux cas de PFP idiopathique par an). Viennent ensuite les paralysies provoquées par le zona de l'oreille moyenne. Dans ces 2 cas, le nerf subi une compression qui provoque une paralysie de la moitié de la face. La récupération varie selon l'importance de la compression ; elle est souvent rapide et complète mais dans plus de 20% des cas, la paralysie est sévère voire définitive et la récupération peut être partielle avec des séquelles telles que la persistance d'une dissymétrie et des syncinésies. Les autres paralysies sont dues à des traumatismes du rocher, des excrèses de tumeurs, des inflammations du rachis cervical comme la maladie de Guillain-Barré, des maladies bactériennes comme la maladie de Lyme, parfois des accidents vasculaires. Enfin il y a des paralysies faciales congénitales, liées ou non à des atteintes génétiques. Les formes bilatérales sont plus rares.

La paralysie faciale provoque une gêne fonctionnelle, la perturbation des expressions et des mimiques et une atteinte esthétique. Même si l'électromyographie (EMG) reste l'examen incontournable, surtout dans les cas d'atteinte sévère, il existe des échelles d'évaluation spécifiques qui permettent de mettre en place un plan de traitement et éclairer sur le pronostic de récupération. En cas d'atteinte sévère, la rééducation reste le traitement clé, associée aux traitements médicaux initiaux ou traitements palliatifs tels que les injections de toxine botulique ou la chirurgie. On peut intervenir précocement lorsqu'il n'existe aucun mouvement, ou en cas de séquelles sur des formes spastiques. Les gestes de rééducation ne sont pas les mêmes selon le type de paralysie. En cas de paralysie définitive ou ayant très peu récupéré, on a souvent recours à la chirurgie palliative : anastomose hypoglossofaciale, greffe nerveuse, myoplastie d'allongement du temporal, transfert de lambeau libre. Ces chirurgies sont associées à une rééducation spécifique pré et post opératoire. Enfin, la blessure

narcissique peut être importante ; le patient ne se reconnaît plus, évite le miroir, se replie et peut développer des formes dépressives plus ou moins sévères. Cet aspect doit être pris en compte dans la rééducation car la qualité de la récupération dépend de l'état psychologique et émotionnel du patient. Des échelles de qualité de vie permettent de mettre en évidence les perturbations et l'indication pour une prise en charge précoce trouve ici tout son sens.

## **Résumé pour site Internet**

L'objectif de la formation est de renforcer les connaissances anatomo-cliniques, présenter toutes les différentes formes de paralysies faciales, les mécanismes de régénération, les examens et les traitements, les bilans, les techniques de rééducation, l'apprentissage des gestes, le matériel. Les traitements palliatifs médicaux et chirurgicaux seront abordés ainsi que les gestes de rééducation spécifiques pré et post chirurgicaux. La formation se fera sous forme d'ateliers pratiques – illustrés par des présentations de cas – où les gestes seront réalisés sur chacun et entre les différents participants.

## **Moyens pédagogiques :**

Enseignement théorique présenté en power point

Enseignement pratique sous forme d'ateliers : apprentissage des gestes de rééducation, bilans, tests, matériel, photos, vidéos, études de cas, présentation de patients le cas échéant

## **Matériel nécessaire pour la présentation :**

vidéo projecteur, enceintes hifi, paperboard, table de massage, une boîte de gants nitrile non poudrés non stériles taille medium, une boîte d'abaisse-langue pour enfants, gel hydroalcoolique pour les mains, produit de désinfection de surfaces hautes

## **Volume horaire :**

14 heures

## **Programme :**

### **Première journée**

9h00 : - Accueil des participants

- Anatomie et physiologie du nerf facial
- Les étiologies

10h30 : Pause

11h00 :

- Signes cliniques de la paralysie faciale
- Evaluation de la paralysie faciale : exploration fonctionnelle (EMG), protocoles d'évaluation, pronostic,

12h30 : Déjeuner

13h30 :

- Atelier pratique évaluation des paralysies faciales : gestes, cotation, plan de traitement, étude de cas

15h00 : Pause

15h30 :

- Atelier pratique rééducation des paralysies faciales

17h30 : Fin

### **Deuxième journée**

9h00 :

- Atelier pratique rééducation des paralysies faciales (suite)

10h30 : Pause

11h00 :

- Evolution, séquelles, vécu psychologique, blessure narcissique

12h30 : déjeuner

13h30 :

- Les traitements palliatifs médicaux et chirurgicaux : description, évaluation, rééducation pré et post chirurgicale. Atelier pratique (gestes, vidéos, études de cas)

15h00 : Pause

15h30 :

- Atelier pratique chirurgie des paralysies faciales (suite)

17h00 : Synthèse et questionnaire de fin de stage

17h30 : Fin

## Bibliographie :

1. Blanchin, T. (2011). *Protocole « Effet-Miroir ». Evaluation et rééducation par stimulation cérébrale de patients opérés par Myoplastie d'Allongement du Temporal*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Caen.
2. Byrne, PJ. & Al. (2007). Temporalis tendon transfert as part of a comprehensive approach to facial reanimation. *Archives of facial plastic surgery*. 9, 4, 234-241.
3. Cheney, ML., Mckenna, MJ., Megerian, CA., West, C., Elahi, MM. (1997). Trigeminal neoneurotization of the paralyzed face. *The Annals of OtoRhinoLaryngol*. 106 (9) : 733-8.
4. Coulson, E. & Al. (2004). Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otology & Neurotology*. 25, 1014-1019.
5. Cronin, GW., Steenerson, R. (2003). The effectiveness of neuromuscular facial retraining combined with electromyography in facial paralysis rehabilitation. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 128, 4, 534-538.
6. Darwin, C. (1892, 1995). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. Philosophical Library, New York.
7. Ekman, P., Davidson, RJ. (1993). Voluntary smiling changes regional brain activity. *Psychological Science*. 5, 4, 342-345.
8. Georgopoulos, A.P. (2000). Neural aspects of cognitive motor control. *Current Opinions in Neurobiology*; 10: 238-241.
9. Giot, JP. (2010). *Etude de la neurotisation des muscles peauciers de la face après Myoplastie d'Allongement du Temporal*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Poitiers.
10. Golouboff, N. (2007). *La reconnaissance des émotions faciales : Développement chez l'enfant sain et épileptique*. Thèse pour obtenir le grade de docteur en psychologie. Université Paris 5.
11. Labbé, D, Huault, M. (2000). Lengthening temporalis myoplasty and lip reanimation *Plast Reconstr Surg*; 105 (4) : 1289-97
12. Labbé, D., Martin, F., Veyssières, A. (2015). Paralysie faciale congénitale de l'enfant. *Chirurgie Plastique Pédiatrique*. Paris. 141-152

13. Lambert-Prou, MP. (2002). Le sourire temporal. Rééducation orthophonique post-myoplastie d'allongement du temporal, pour le changement de fonction du muscle temporal et la réanimation de la face paralysée. *Rééducation orthophonique*. 210, 103-119.
14. Martin, F., Belleme, S., Leon, S. (2002). Le biofeedback électromyographique appliqué aux fonctions oro-faciales. *Rééducation Orthophonique*. 210, 129-137.
15. Martin, F. (2015). Rééducation des paralysies faciales. *Ann Chir Plast Esthet*. Elsevier Masson 1152, 1-6
16. Rijntjes, M. & Al. (1997). Cortical reorganization in patients with facial palsy. *Annales of Neurology*. 41, 5.
17. Rizzolatti, G. Sinigaglia, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris. Odile Jacob.
18. Toffola, ED., Bossi, D., Buonocore, M., Montomoli, C., Petrucci, L. & Alfonsi, E. (2005). Usefulness of BFB/EMG in facial palsy rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 27, 14, 809-815.
19. Volk, GF., Pantel, M., Guntinas-Lichius, O. (2010). Modern concepts in facial nerve reconstruction. *Head & face Medecine*, 6, 25.