

Prise en charge en kinésithérapie de la paralysie faciale périphérique non opérée

Care management of the peripheral Bell's palsy in physiotherapy

D. Lafosse*

Les paralysies faciales périphériques a-frigore, zostériennes, ou dues à un neurinome, sont des affections qui peuvent être prises en charge en rééducation ; elles nécessitent alors l'intervention d'un kinésithérapeute spécialisé.

Le traitement en kinésithérapie permet d'améliorer la qualité de la récupération, de stimuler celle-ci et de limiter les séquelles. Son efficacité est tributaire de l'étiologie de la paralysie, de sa gravité, du délai de récupération et de l'implication du patient. Il est souvent long et fastidieux, et implique, de la part du kinésithérapeute, une écoute constante des plaintes du patient quant à l'évolution de sa paralysie faciale. La récupération de la motricité est observable et "objectivable" par tous, mais, en fin de compte, seul le ressenti du patient importe.

Nous décrivons ici les points importants de la kinésithérapie dans la prise en charge des paralysies faciales.

Le kinésithérapeute recevant dans son cabinet un patient – envoyé le plus souvent par un ORL – pour une rééducation de paralysie faciale réserve une heure pour le premier rendez-vous. Cette consultation se divise en deux temps : les bilans (subjectif, objectif et palpatoire) et la mise en place du traitement.

Bilans

Afin de définir les conséquences de la paralysie sur le quotidien du patient, on recueille les informa-

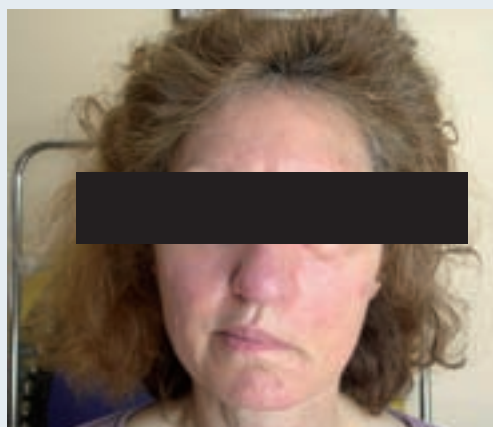


Photo 1. Visage au repos.

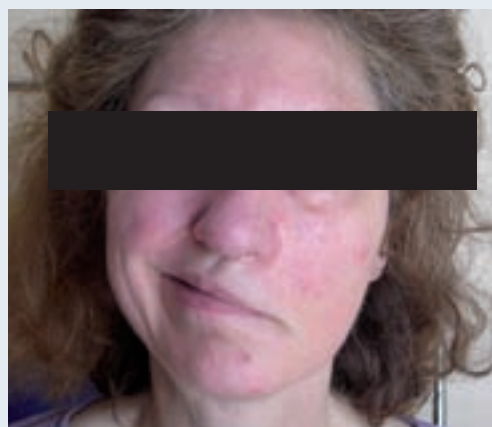


Photo 2. Visage à l'activité.

* Masseur-kinésithérapeute DE, D.U. de rééducation maxillo-faciale, Paris et Champigny-sur-Marne.

Résumé

Un patient souffrant de paralysie faciale est d'abord vu par l'ORL ; par la suite, un traitement en kinésithérapie pourra aider à une meilleure récupération même s'il est instauré tardivement. Le rôle du kinésithérapeute est d'abord d'établir le bilan précis des muscles innervés par le nerf facial et de garder les photos qu'il a prises du patient lors de la première consultation. Il élaborera au cours des soins un programme d'exercices que le patient devra faire chez lui. Globalement, au début, le patient sera vu par le kinésithérapeute une à deux fois par semaine, et cela pourra durer plusieurs mois. Les exercices consisteront à rééduquer les muscles du visage tant du côté atteint que du côté sain. Une prise en charge globale du patient est nécessaire afin d'obtenir une bonne coopération et de bons résultats.

Mots-clés

Paralysie faciale
Kinésithérapie
Bilan
Photographies
Massages
Mimiques analytiques
Contrôle visuel

tions relatives à ce dernier (données administratives, activités professionnelle et personnelles). On étudie l'équilibre du visage avant la paralysie faciale, à l'aide de photographies. Une fois cette étude faite, on observe l'importance de l'atteinte : la paralysie des muscles de l'hémiface entraîne une déformation flagrante du visage, au repos (*photo 1*) et à l'activité (*photo 2*) ; les mimiques sont impossibles ou déformées (*photos 3 a et b*). Les patients présentent des difficultés d'élocution à cause de la paralysie des obturateurs, des zygomatiques et du buccinateur (*photos 4 à 8*).

Bilan subjectif

On demande au patient quelles sont ses plaintes ; les réponses sont très importantes, car c'est à partir d'elles que l'on met en place la rééducation. Le problème de

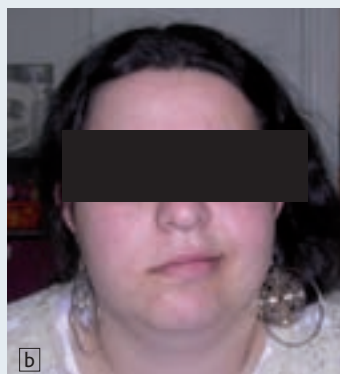
l'élocution est toujours cité ; ensuite vient la difficulté à garder le bol liquide, avec des conséquences plus ou moins importantes en fonction de la gravité de l'atteinte du buccinateur et des obturateurs. Certains ne décrivent que des difficultés rencontrées lors du rinçage de bouche pendant la toilette ; d'autres évoquent des difficultés pour boire et manger, ce qui leur interdit toute vie en société, car ils sont très incommodés lors des repas. Ensuite vient la plainte de ne pouvoir sourire : on doit prévenir le patient, dès ce premier rendez-vous, que c'est la dernière chose qu'on travaillera, car les zygomatiques, plus proches du tronc du nerf facial et plus forts que les obturateurs, récupèrent souvent en premier. En outre, travailler à leur récupération va à l'encontre de la récupération des obturateurs. La plainte esthétique arrive alors et, avec elle, celle qui concerne la difficulté à exprimer des sentiments par mimiques : le seul fait de hausser les sourcils signifie l'étonnement, le seul fait de les froncer signifie le mécontentement.

Summary

A patient suffering of facial paralysis is first of all seen by the ENT. After that, the physiotherapist will help a better recuperation, even when the patient is seen late. The physiotherapist's role is at first to make a detailed evaluation of the muscles innervated by the facial nerve, and to keep photographs of the patient taken during the first consultation. The patient will then be proposed a training program during the consultation to be practiced at home. For a few months, the patient will be seen by the physiotherapist once or twice a week. The exercises are intended to reeducate muscles on the affected part of the face and also on the healthy part of the face. A complete care of the patient is necessary for a good cooperation and good results.

Keywords

Facial paralysis
Physiotherapy
Evaluation
Photography
Massages
Analytic mimes
Visual control



Photos 3 a et b. Mimiques impossibles ou déformées.

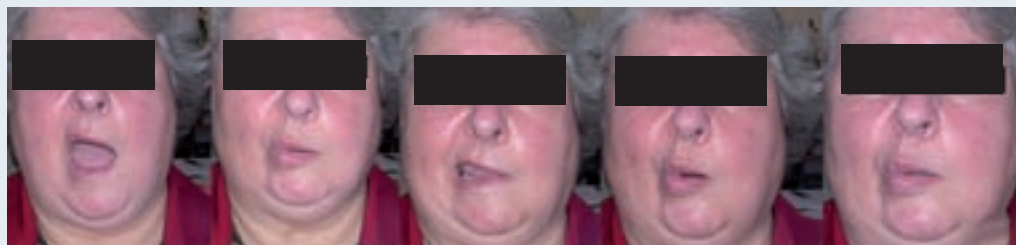


Photo 4. Difficulté d'élocution : prononciation du "A".

Photo 5. Difficulté d'élocution : prononciation du "E".

Photo 6. Difficulté d'élocution : prononciation du "I".

Photo 7. Difficulté d'élocution : prononciation du "O".

Photo 8. Difficulté d'élocution : prononciation du "U".



Photo 9. Syncinésie.

Le patient demande ensuite une estimation du temps de récupération. C'est un moment important du bilan : on lui dit notre incapacité à estimer la durée ainsi que la qualité de la récupération. Il est préférable que les patients comprennent très vite que, face à une lésion nerveuse, nous sommes entièrement dépendants du "bon vouloir" de leur organisme. Le travail effectué en kinésithérapie permet d'améliorer la qualité de la récupération, en évitant l'apparition d'hypertonies et de syncinésies – "Les syncinésies sont des mouvements anarchiques involontaires qui se créent lors du mouvement volontaire. Par exemple, quand le sujet ferme les yeux, on voit l'élévation de la commissure labiale. Quand le sujet met la bouche en 'cul de poule', l'œil se ferme." (1). À cette fin, on donne au patient les moyens et les méthodes pour stimuler au mieux les muscles paralysés tout en respectant l'équilibre des forces que leur visage présentait avant l'atteinte.

Bilan objectif

Le patient est installé, à la lumière, sur une chaise face au kinésithérapeute, avec un miroir. On estime son score d'House-Brackmann, puis, en lui montrant un à un les mouvements, on évalue son score de Freyss. Pour finir, on peut prendre des photos de son visage, d'abord au repos, puis en répétant tous les exercices du score de Freyss, en prononçant les phonèmes A (photo 4), E (photo 5), I (photo 6), O (photo 7) et U (photo 8). S'il existe des syncinésies, on les photographie également (photo 9).

Bilan palpatoire

Le patient est allongé sur la table d'examen, et le kinésithérapeute évalue, en intra- et en extrabuccal la tonicité de chaque muscle par comparaison avec ceux du côté sain ; il peut également évaluer la réponse des muscles aux étirements réflexes. Dans les cas de prise en charge postopératoire, ces palpations sont effectuées doucement : le kinésithérapeute pourra apprécier la qualité de la cicatrisation et, si besoin, travailler sur les cicatrices en cas de formation d'adhérences ou de brides. Enfin, on vérifiera que le patient a bien compris l'importance de suivre le traitement donné par le médecin pour son œil.

Le premier temps de la séance est maintenant terminé ; c'est à partir de ces bilans que l'on met en place le programme de rééducation.

Rééducation

La rééducation comprend des massages et un programme d'exercices.

Le patient doit faire ses exercices une à deux fois par jour, au calme, et face à un miroir pour le contrôle visuel. En présence d'une hypertonie, on apprendra au patient à se masser le visage (massage exo- et endo-buccal, si besoin) avant de commencer les exercices.

Massage

Le massage comporte à la fois un massage endo-buccal et un massage externe. Le massage endo-buccal consiste à masser les muscles de la joue, avec le pouce à l'intérieur de la joue, l'index et le majeur massant la joue par l'extérieur ; il s'effectue donc de part et d'autre du muscle à masser. C'est grâce à ce massage que l'on évite l'éventuelle rétraction de certains muscles et que l'on redonne sa souplesse au muscle concerné. Le massage externe du visage est bilatéral et concerne tous les muscles de la face. Il est important, pour obtenir une bonne décontraction du patient, d'y associer un massage du rachis cervical et du cuir chevelu. Cet état de détente du patient nous permet alors de faire les exercices sur un visage décontracté. Par ailleurs, le patient, qui évitait auparavant de se voir dans un miroir, éprouve le désir de redécouvrir son image après le massage.

Exercices

Les exercices sont propres à chaque patient et évoluent d'une séance à l'autre en fonction du degré de récupération. Il faudra également tenir compte de leur bonne exécution dans le cadre de l'autorééducation effectuée par le patient.

Certains principes sont importants à respecter : le temps et l'intensité des contractions, les temps de repos et le nombre de répétitions sont précisés au patient. La partie du visage qui ne travaille pas doit rester au repos : elle est donc à surveiller afin d'éviter l'apparition de syncinésies. Les muscles sont travaillés un par un, et par groupes d'agonistes, et de façon symétrique.

Un occipito-frontal entre 0 et 1 se travaille par séries de contractions concentriques avec aide digitale, et de préférence en position allongée. Le patient doit s'assurer, grâce au miroir, qu'il ne contracte pas les muscles de la bouche pendant qu'il cherche à contracter le front. L'exercice suivant concernera l'antagoniste, le corrugateur, avec aide digitale ou



Photos 10 a, b et c. Évolution chez des patientes atteintes de paralysie faciale a frigore en un an, d'octobre 2007 à octobre 2008.

non, en fonction de la qualité de la contraction, mais surtout en surveillant que les muscles du nez ou de la bouche ne se contractent pas en même temps. En cas de difficulté à effectuer ces exercices, on proposera des solutions telles que regarder le plafond, ce qui, indirectement, fait hausser les sourcils.

Il est important de traiter les muscles du front, car ils font partie intégrante de la communication non parlée. Les muscles périorbitaires sont très importants pour l'obturation palpébrale, donc la protection de la rétine; en outre, ils participent également à la communication non verbale. Le canin est un muscle dont la contraction est disharmonieuse, car elle augmente le sillon nasogénien et parasite la récupération des obturateurs de la lèvre supérieure. De la même façon, la récupération des zygomatiques entraîne, si elle n'est pas maîtrisée, une hypertonie qui provoque une asymétrie du visage et parasite la récupération des obturateurs péribuccaux. De façon générale, on s'efforcera de travailler les obturateurs, et non pas les dilatateurs.

Pour traiter les contractions parasites, on met en place des points fixes tenus; ces prises diffèrent pour chaque patient, et ne sont donc pas descriptibles de façon générale. C'est le kinésithérapeute et son patient qui trouveront les solutions à chaque séquelle.

En général, le patient sera vu par le kinésithérapeute après la troisième semaine d'évolution de la maladie, si la récupération n'a pas été totale. La fréquence des séances varie selon les cas et les patients. Les premiers temps, le patient aura rendez-vous une à deux fois par semaine; par la suite, les séances seront plus espacées, excepté dans les cas où les massages sont indispensables et où le patient ne les réalise pas lui-même. Si des injections de toxine botulinique ont été faites, le kinésithérapeute devra adapter sa rééducation.

Conclusion

La paralysie faciale périphérique est une affection très difficile à vivre pour les patients; leur prise en charge par un kinésithérapeute spécialisé, en coordination avec l'ORL, les aide dans cette épreuve.

La plupart des paralysies faciales périphériques, a-frigore ou zostériennes, régressent rapidement (photos 10a, b et c), mais, dans certains cas, la récupération est lente, incomplète voire déséquilibrée. C'est dans ces cas-là que la kinésithérapie, même tardivement mise en place, peut apporter de réelles améliorations. ■

Référence bibliographique

1. Chevalier AM. Rééducation des paralysies centrales et périphériques. *Encycl Méd Chir, kinésithérapie-médecine physique-réadaptation*, 26-463-B-10, 2003, 15 p.

Pour en savoir plus

- Lacote M, Chevalier AM, Miranda A, Bleton JP. Évaluation clinique de la fonction musculaire. Paris: Maloine, 2000.
- Fombeur JP, Bergeras D, Chevalier AM. Notre expérience de la kinésithérapie et de la rééducation des paralysies faciales périphériques. *Ann Chir Plast* 1978;23(4):237-40.
- Lamas G, Gatignol P. Paralysies faciales. Paris: Solal, 2004.
- Bonfils P, Chevalier JM. Anatomie ORL (2^e édition). Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2005.
- Le Borgne H. Du traitement médical de la paralysie faciale dite a-frigore. À propos de 37 observations. Thèse université Claude-Bernard, Lyon-1.
- Auch-Roy K, Duault JM. Prise en charge de 2 patients présentant une paralysie faciale. *Kinésithérapie* 2003;2(14).