

Place de la rééducation dans la prise en charge des paralysies faciales périphériques : à propos de 15 cas.

Dr K. BELHAJ^a, Dr L. RIAH^a, Dr NS. DIAGNE^a, Dr C. ADNANE^b, Dr T. ADOULY^b, Dr T. OUBAHMANE^b, Pr M. MAHTAR^b, Pr F. LMIDMANI^a, Pr A. EL FATIMI^a

^a service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle- CHU IBN ROCHD, casablanca

^b service d'ORL et chirurgie cervico faciale- hôpital 20août, casablanca

INTRODUCTION:

La paralysie faciale périphérique (PFP) se caractérise par l'atteinte totale ou partielle des muscles d'une hémiface, voire même des deux hémifaces dans certaines pathologies.

La principale cause métabolique est le diabète. L'atteinte du nerf facial est moins fréquente que l'atteinte oculomotrice. Elle peut révéler le diabète ou survenir au cours de son évolution.

Quelle que soit l'étiologie de la pathologie, son intensité, son traitement médical ou chirurgical, la rééducation est une aide précieuse indispensable, essentielle à la réadaptation motrice, psychique et esthétique.

Objectif du travail:

Rapporter l'intérêt de la rééducation dans la prise en charge thérapeutiques des PFP chez le patient diabétique.

Patients et méthodes :

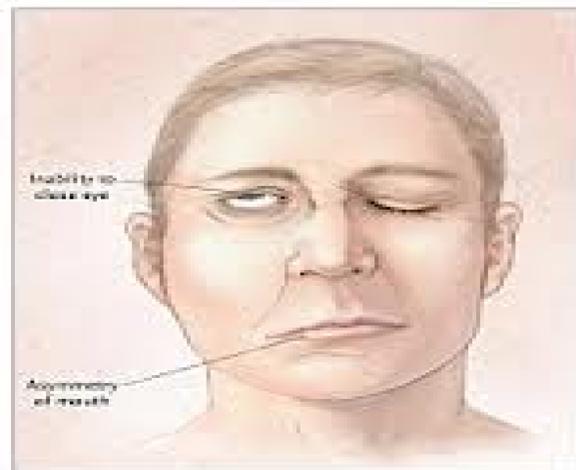
Il s'agit d'une étude prospective sur 6 mois, incluant les patients suivis au sein de notre service pour rééducation de PFP.

La rééducation est basée sur le travail de la mimique, un étirement de l'hémiface saine, un renforcement de l'hémiface paralysée, un massage endobuccal avec un apprentissage de l'auto rééducation.

L'électrostimulation n'a été utilisée que chez les patients ayant une paralysie faciale périphérique de grade élevé, à partir de 5 selon la classification de Brackman House.

Résultats :

15 patients diabétiques (3DID et 12 DNID), parmi 40 suivis au service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle pour PFP.



On note une prédominance féminine (62,5%).

L'âge moyen est de 36.96 ans.

La majorité de nos patients (79,17%) ont été adressés par les ORL. On a noté une bonne évolution de la PFP chez tous nos patients après la rééducation.

Discussion:

- Les protocoles de rééducation garantissent l'entretien des peauciers, athlétisent les transplants, procurent une aptitude satisfaisante à une mimique intentionnelle.
- La prise en charge rééducative doit débuter rapidement, dans le mois de la survenue de la paralysie, quel que soit le grade initial, car les séquelles sur les plans physique et émotionnel sont très importantes et constituent un handicap majeur.
- La rééducation selon le concept de Kabat a démontré son efficacité au cours de la paralysie faciale, il est préférable de faire une cryothérapie des muscles atteints avant de démarrer les exercices.

Table 1: Kabat Rehabilitation

| Muscle | Stretch | Resistance |
|--------------------------|---------|------------|
| Oculobuccal | | |
| Zygomatic major | | |
| Diarthralis and Mentalis | | |
| Proximus | | |

| Muscle | Stretch | Resistance |
|-------------|---------|------------|
| Oculobuccal | | |
| Oculobuccal | | |
| Frontalis | | |
| Mentalis | | |

Conclusion :

Quelque soit l'étiologie des PFP, la rééducation est surtout axée sur l'éducation du patient à sa pathologie, sur l'explicitation des mouvements à faire et à ne pas faire en fonction de la phase de récupération de la pathologie.

Références:

1. Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. AM.CHEVALIER.EMC médecine physique.2005.26-463-B-
2. Paralysie faciale. M.Stricker et al.EMC ORL.2004.22-360 A-10.