



REEDUCATION DES PARALYSIES FACIALES

Formation continue à distance

Orientation 217 : Intervention dans les pathologies neurologiques (d'origine vasculaire, tumorale ou traumatique) et maladies neurologiques chroniques, invalidantes et évolutives

Intervenant : Frédéric Martin, orthophoniste.

Objectifs

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 subit 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 exérèses 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.

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 sont abordés ainsi que les gestes de rééducation spécifiques pré et post chirurgicaux. Les gestes techniques ont été réalisés sur des patients et filmés pour les besoins de cette formation.

Déroulé pédagogique

1. **Un questionnaire d'évaluation pré-formation** est envoyé à chaque orthophoniste qui a confirmé son inscription au module de formation en ligne.
2. **Le module de formation en ligne** composé d'une introduction générale, de 7 e – leçons et d'une conclusion générale. Chaque e – leçon est validée par un questionnaire d'auto-évaluation
3. **Un questionnaire d'évaluation post-formation** est envoyé à chaque orthophoniste ayant validé l'ensemble des 7 e – leçons du module.
4. **Un questionnaire de satisfaction** est envoyé à chaque orthophoniste ayant terminé l'ensemble du module.
5. **Un e - tutorat est mis en place** : les participants reçoivent une adresse mail générique sur laquelle ils peuvent entrer en contact avec la formatrice.

Méthodologie

- Le stagiaire doit visionner les différentes parties de la formation.
- Afin de s'assurer de l'acquisition de connaissances, chaque partie théorique et clinique est conclue par un questionnaire sous forme de QCM validant. Il est obligatoire de valider le QCM pour pouvoir passer à la partie suivante.

Temps effectif

- Le temps de visionnage nécessaire à l'assimilation des connaissances est évalué à 16h.
- Le temps de travail personnel du stagiaire (recherche, approfondissement des connaissances ...) est évalué à 8h.
- Il faut aussi prendre en compte le retour vers un deuxième visionnage.

Accompagnement pédagogique du formateur

Le formateur se tient à la disposition des stagiaires pendant la session et toute la durée de la mise à disposition de la formation continue à distance par le biais d'une adresse courriel.

Sommaire du module de formation en ligne en 7 e-leçons

Présentation générale

(Chaque e-leçon est validée par un questionnaire à choix multiples sous forme de QCM)

1^{ère} e-leçon : ANATOMIE : Anatomie et physiologie du nerf facial, des muscles de la face et du contrôle cortical des mimiques faciales

2^{ème} e-leçon : PARALYSIES FACIALES CENTRALES :

- Origine
- Signes cliniques
- Diagnostic différentiel
- Évaluation clinique et gestes de rééducation

3^{ème} e-leçon : PARALYSIES FACIALES PERIPHERIQUES :

- Etiologie
- signes cliniques
- évolution et pronostic de récupération

4^{ème} e-leçon : EXAMENS MEDICAUX ET TRAITEMENTS :

- Présentation des différents examens médicaux permettant d'apprécier le degré de gravité de la paralysie faciale, la localisation de la lésion et l'origine de la paralysie.
- Présentation des différents traitements médicaux et chirurgicaux de la paralysie faciale

5^{ème} e-leçon : BILAN :

- Déroulement de l'évaluation clinique de la paralysie faciale.
- Présentation du matériel d'évaluation et d'une liste d'outils préconisés pour l'évaluation des paralysies faciales

6^{ème} e-leçon : REEDUCATION :

- Gestes de rééducation en fonction des différents types de paralysies faciales (flasques, spastiques, opérées).
- Rééducation spécifique pré et post opératoire et de la paralysie de l'enfant.
- Présentation du matériel de rééducation

7^{ème} e-leçon : VALIDATION POST FORMATION

METHODOLOGIE

Le stagiaire doit visionner les différentes parties de la formation.

Afin de s'assurer de l'acquisition de connaissances, chaque partie théorique et clinique est conclue par un questionnaire sous forme de QCM validant. Il est obligatoire de valider le QCM pour pouvoir passer à la partie suivante.

Validation effective du module :

Le stagiaire dispose de 3 mois pour valider le module de formation à distance dans le cadre du DPC.

FNO'form vérifie après chaque ouverture de session, environ tous les 15 jours, où en est chaque stagiaire dans son parcours de formation. Le stagiaire est systématiquement relancé au bout de 60 jours s'il n'a pas progressé dans la validation de ses e-leçons.

Si le stagiaire n'a finalement pas validé son module (c'est-à-dire validé l'ensemble de ces 7 QCM plus le questionnaire post-formation et de satisfaction), il garde tout de même l'ouverture active du module de formation.

BIBLIOGRAPHIE :

Blanchin T, Martin F, Labbé D (2013). Rééducation des paralysies faciales après Myoplastie d'Allongement du muscle Temporal. Intérêt du protocole « effet-miroir ». *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 58, 632-637

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.

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.

Coulson SE. & Al. (2004). Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otology & Neurotology*. 25, 1014-1019.

Coulson SE, Croxson GR, Adams RD, O'Dwyer NJ (2005). Reliability of the "Sydney," "Sunnybrook," and "House Brackmann" facial grading systems to assess voluntary movement and synkinesis after facial nerve paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 132(4):543-9.

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.

Darwin C (1892, 1995). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. Philosophical Library, New York.

Diels HJ, Combs D (1997). Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am*. 30 (5):727-43.

Ekman P, Davidson RJ (1993). Voluntary smiling changes regional brain activity. *Psychological Science*. 5, 4, 342-345.

Gatignol P, Allano M, Robert M, Lannadère E, Tankéré F, Lamas G (2014). Paralysie faciale périphérique chez l'enfant ou adolescent *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, Volume 131, Issue 4, 83-84

Georgopoulos AP (2000). Neural aspects of cognitive motor control. *Current Opinions in Neurobiology*; 10: 238-241.

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.

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.

Labbé D, Huault M (2000). Lengthening temporalis myoplasty and lip reanimation *Plast Reconstr Surg*. 105 (4): 1289-97

Labbé D, Martin F, Veyssières A (2015). Paralysie faciale congénitale de l'enfant. *Chirurgie Plastique Pédiatrique*. Paris. 141-152

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.

Lamas G, Gatignol P, Barbut J, Bernat I, Tankéré F (2015). Réhabilitation de la face paralysée par anastomose hypoglosso-faciale. Indications et résultats. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60, 5, 430-435

Martin F, Belleme S, Leon S (2002). Le biofeedback électromyographique appliqué aux fonctions oro-faciales. *Rééducation Orthophonique*. 210, 129-137.

Martin F (2015). Rééducation des paralysies faciales. *Ann Chir Plast Esthet*. Elsevier Masson 1152, 1-6

Rijntjes M & Al. (1997). Cortical reorganization in patients with facial palsy. *Annales of Neurology*. 41- 45.

Rizzolatti G, Sinigaglia C (2008). *Les neurones miroirs*. Paris. Odile Jacob.

Sarrazin, F., Lafoucrière, A., Lannadère, E., Robert, M., Tankéré, F., Lamas, G., Gatignol, P. (2014). Evaluation des pratiques professionnelles : le cas des prises en charge de paralysies faciales périphériques. *Glossa* n° 115 (59-80)

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.

Volk GF, Pantel M, Guntinas-Lichius O (2010). Modern concepts in facial nerve reconstruction. *Head & face Medecine*, 6, 25.