

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

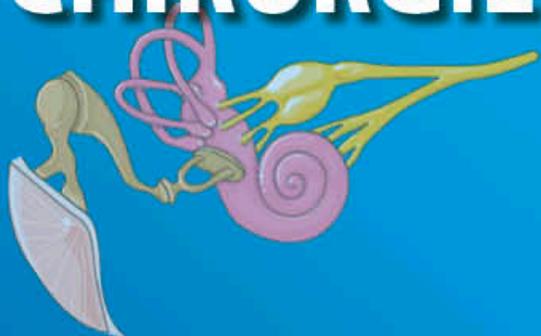
SAMI MESTASSI

LA MARTINGALE*

EDN

ORL

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



ENTRAÎNEMENT

-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, KFP, ZAP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

ellipses

Dossier progressif n° 1

Mme M, vous est adressée en consultation ORL pour des difficultés « à parler et à fermer les yeux » selon elle.

En reprenant l'interrogatoire, vous vous orientez assez rapidement vers une paralysie faciale.

Celle-ci serait apparue brutalement, sans fièvre, associée à une otalgie violente, droite.

Le reste de l'examen neurologique semble normal.

Lors de l'interrogatoire de Mme M, vous ne reprenez pas d'antécédents notables hormis un diabète non insulino-indépendant de découverte récente, non traité.



- **KFP 1 : Dans l'hypothèse d'une paralysie faciale, que vous attendez-vous à retrouver à l'examen clinique ou à l'interrogatoire en faveur d'une atteinte périphérique ?**

Choisissez-en jusqu'à 2.

- A. Une atteinte prédominante sur la partie supérieure du visage
- B. Un signe de Charles Bell
- C. Une asymétrie du visage plus marquée lors des rires
- D. Une apparition brutale
- E. Une atteinte bilatérale du visage
- F. Un examen neurologique normal

- **QRM 2 : À ce stade, quel(s) est (sont) le(s) élément(s) le(s) plus pertinent(s) à retenir afin d'orienter la topographie de votre diagnostic ?**

- A. L'apparition concomitante d'une surdité d'allure transmissionnelle
- B. Une éruption vésiculeuse rétro auriculaire et/ou tragienne
- C. L'apparition de crises vertigineuses
- D. Une atteinte simultanée d'autres paires crâniennes
- E. Une violente otalgie homolatérale

■ **KFP 3 : Quel bilan minimal paraclinique obligatoire devez-vous réaliser afin d'avancer devant cette paralysie faciale d'allure périphérique ? Choisissez-en jusqu'à 7.**

- A. NFS
- B. CRP
- C. Glycémie à jeun
- D. Scanner des rochers
- E. Sérologie VZV
- F. Sérologie Lyme
- G. Sérologie VIH
- H. IRM des conduits auditifs internes et parotidiens
- I. Ionogramme sanguin
- J. Audiogramme tonal
- K. Réflexe stapédien
- L. Otoscopie bilatérale

Les premiers résultats du bilan reviennent négatifs.

■ **QROC 4 : Quel diagnostic vous paraît être le plus probable ?**

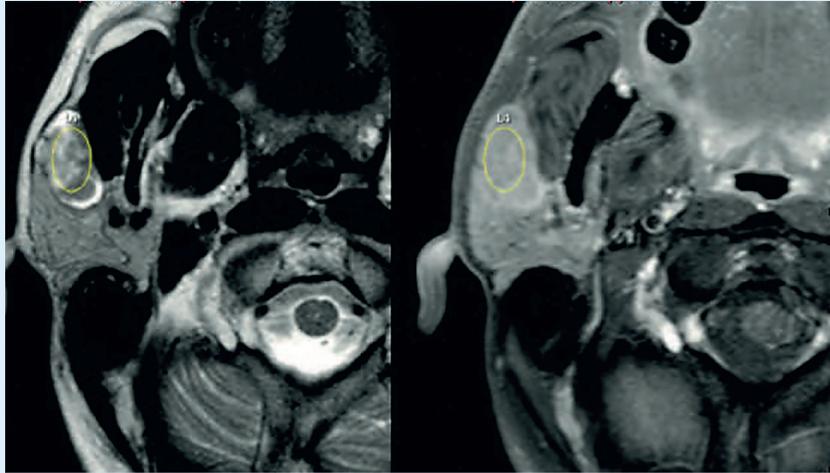
■ **QRM 5 : Quel(s) moyen(s) thérapeutique(s) proposez-vous ?**

- A. Corticothérapie
- B. Gouttes auriculaires
- C. Antibiothérapie
- D. Occlusion palpébrale nocturne
- E. Pommade vitamine A

■ **QRM 6 : Quel(s) critère(s) serai(en)t en faveur d'un mauvais pronostic de récupération ?**

- A. Paralysie d'installation brutale
- B. Douleurs majeures
- C. Présence d'acouphènes
- D. Otorrhée homolatérale
- E. Dysgueusie

Finalement, vous revoyez la patiente 6 mois plus tard, lors d'une consultation de contrôle. Stupéfait, vous diagnostiquez une nouvelle paralysie faciale périphérique droite. Sur l'IRM rapidement prescrite vous retrouvez ceci :



- **QRM 7 : Cette fois-ci qu'attendez-vous à retrouver à l'examen clinique et sur les examens complémentaires ?**
- A. Dysgueusie des 2/3 antérieurs de la langue
 - B. Hyperacousie douloureuse
 - C. Déficit lacrymal homolatéral
 - D. Diminution de la sécrétion salivaire
 - E. Abolition du réflexe stapédien
 - F. Examens paracliniques normaux

Correction du dossier progressif n° 1



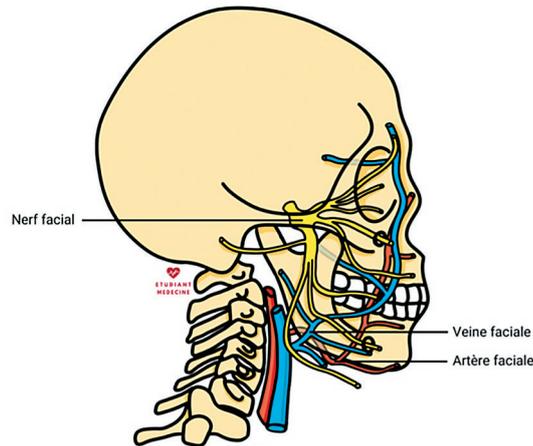
La paralysie faciale est un item phare présent dans plusieurs collèges : ORL, CMF, Neurologie.

Il est également très fréquent en pratique clinique.

La quasi-totalité du diagnostic est purement clinique.

Les particularités anatomiques du nerf facial peuvent paraître complexes à appréhender, mais en maîtrisant cette anatomie vous vous repêrez facilement sur la topographie.

C'est pourquoi j'insisterai surtout dans la correction sur l'anatomie, très tombable aux EDN.



RAPPEL ANATOMIQUE

Portion intracrânienne

Origine : face latérale de la moelle allongée avec un composant moteur et sensitif le VII bis de Wrisberg.

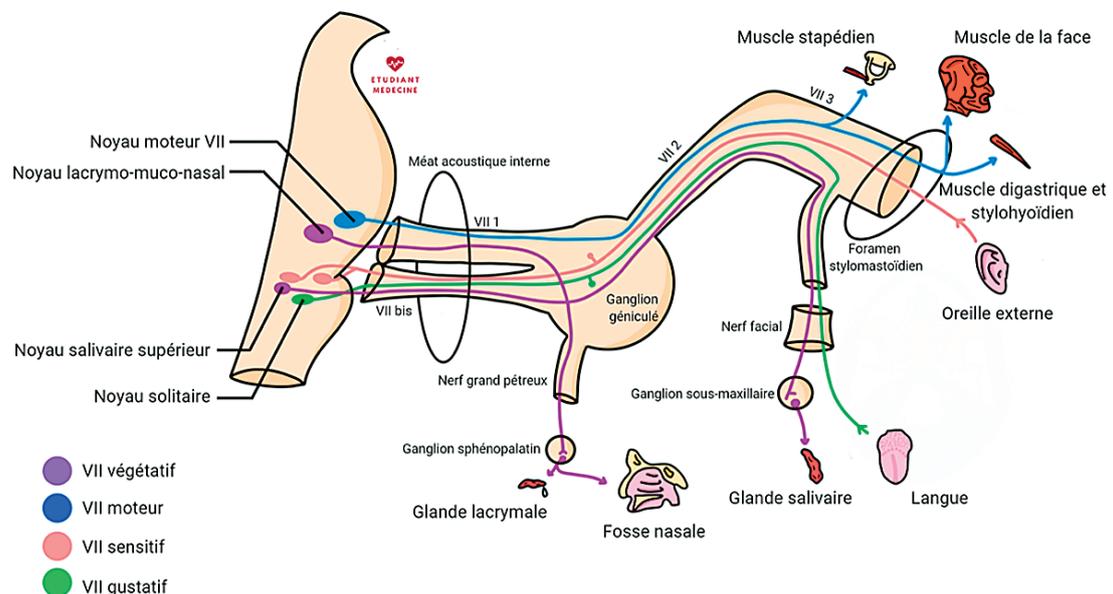
Au sein de la protubérance bulbaire, le noyau du nerf facial est divisé en deux segments, un supérieur et un inférieur.

Le segment supérieur reçoit une double innervation : homo et controlatérale.

Le segment inférieur ne reçoit qu'une innervation controlatérale.

Ce qui explique qu'en cas d'atteinte centrale, la partie supérieure reste innervée via les afférences controlatérales. Contrairement à l'atteinte périphérique.

Le paquet acousticofacial (nerf VII et VIII) se poursuit dans le rocher au niveau du pore acoustique interne situé à la face postérosupérieure de la partie pétreuse de l'os temporal.



Anatomie fonctionnelle du nerf facial

Puis distinction schématique en trois portions au sein de l'os temporal :

1. **Labyrinthique** : portion la plus courte : pas de branche dans cette région.
Ganglion géniculé, correspond à la première angulation ou « genou » sépare le segment labyrinthique du segment tympanique.
 De ce ganglion partent les nerfs grands pétreux assurant les sécrétions lacrymales et muconasales.
2. **Tympanique** : dans ce segment une première branche innervant le muscle tenseur du stapes et une seconde la corde du tympan assurant les sécrétions salivaires sous-mandibulaires et la sensorialité gustative des 2/3 antérieurs de l'hémilangue.
 À la partie distale de ce segment, le canal présente une seconde angulation : le coude du nerf facial.
3. **Mastoïdienne** : fait suite au coude du nerf facial. Dernière portion intracrânienne.
 - On peut alors comprendre qu'une lésion en amont du ganglion géniculé aura un impact sur la totalité de la fonctionnalité du nerf, à savoir atteinte de sensorialité gustative des 2/3 antérieurs de l'hémilangue, abolition du réflexe stapédien et sécheresse lacrymale, muconasale.
 - Une atteinte en aval du foramen stylo mastoïdien, typiquement parotidienne préservera ces différentes fonctions.

Portion extracrânienne

Sortie par le foramen stylomastoïdien en traversant la parotide et en la séparant en lobes endo- et extrafaciaux.



Astuce de l'ORL

Le nerf facial traverse la parotide mais ne l'innerve pas ! C'est le rôle du V3.

Innervation de la motricité de la face :

- Les muscles peauciers
- Le digastrique et stylohyoïdien
- La zone sensitive de Ramsay Hunt

Il se divise alors en branches temporofaciale et cervicofaciale.



Astuce de l'ORL

Le nerf facial innerve la majorité des muscles de la motricité de la face excepté les muscles masticateurs ! Il s'agit du V3.

■ KFP 1

Correction : BF

(Rang A)

- A. Une atteinte prédominante sur la partie supérieure du visage
- B. Un signe de Charles Bell
- C. Une asymétrie du visage plus marquée lors des rires
- D. Une apparition brutale
- E. Une atteinte bilatérale du visage
- F. Un examen neurologique normal

A. Faux. L'atteinte est répartie sur les parties inférieures et supérieures du visage en cas d'atteinte périphérique.

B. Vrai.

C. Faux. Cela correspond à la dissociation automaticovolontaire. L'asymétrie est plus marquée lors des mouvements sur consignes (volontaires) que lors des mouvements réflexes, automatiques, ceux-ci étant conservés. Cela marque l'atteinte centrale.

D. Faux. Peut se voir autant dans une atteinte périphérique que centrale sans préjuger d'une étiologie.

E. Faux. Ne préjuge pas d'une atteinte périphérique.

F. Vrai.



Astuce de l'ORL

Les causes de diplégie faciale sont les suivantes :

- Syndrome de Guillain-Barré
- Diabète
- Lyme
- VIH
- Sarcoidose
- Syndrome de Melkerson-Rosenthal

SÉMIOLOGIE DE LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE	
Partie supérieure du visage	Partie inférieure du visage
<p>Au repos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effacement des rides du front, sourcil abaissé - Raréfaction ou absence de clignement ± œil larmoyant - Paupière inférieure abaissée voire ectropion entraînant un élargissement de la fente palpébrale <p>Aux mouvements volontaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagophtalmie (occlusion palpébrale impossible, pathognomonique) - Signe de Charles Bell : l'œil se porte en haut et en dehors lors de la tentative d'occlusion palpébrale (réflexe de protection cornéenne, inconstant) : il s'agit d'un signe de gravité - Signe des cils de Souques (formes frustes) : cils plus visibles côté atteint à la tentative d'occlusion palpébrale : il s'agit d'un signe protecteur présent dans les paralysies faciales de faible importance 	<p>Au repos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effacement du sillon nasogénien, ptose de la joue - Chute de la commissure labiale côté paralysie, attraction de labouche côté sain <p>Aux mouvements volontaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de siffler, de gonfler les joues - Stase alimentaire dans le sillon gingivojugal - Signe du peaucier du cou de Babinski - Élocution et mastication modérément perturbées



Astuce de l'ORL

Pour repérer rapidement le côté de la paralysie faciale, regardez la fente palpébrale la plus élargie. Paradoxalement, le muscle releveur de la paupière reste innervé par le III et donne cette impression de fente palpébrale élargie par contraction réflexe.

■ QRM 2

Correction : BCDE (Rang A)

- A. L'apparition concomitante d'une surdité d'allure transmissionnelle
- B. Éruption vésiculeuse rétro-auriculaire et/ou tragiennne
- C. Crises vertigineuses
- D. Atteinte simultanée d'autres paires crâniennes
- E. Violente otalgie homolatérale

A. Faux. Des signes de névrite cochléovestibulaire par atteinte du nerf VIII associé : il s'agira plutôt d'une surdité de perception.

B. Vrai. Évocateur d'un zona dans la zone de Ramsay Hunt.

C. Vrai. Signes de névrite cochléovestibulaire par atteinte du nerf VIII associée.

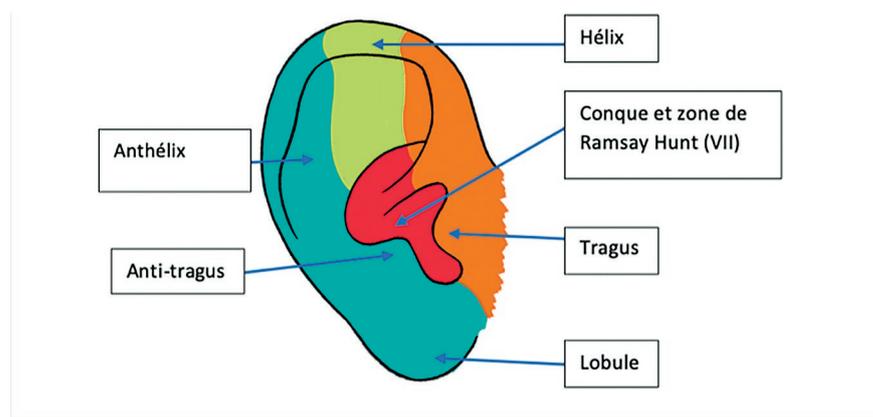
D. Vrai. Le zona peut se présenter sous forme de multinévrite. Atteinte qu'on peut également retrouver dans le diabète.

E. Vrai. Évocateur d'un zona auriculaire.

Zona auriculaire

Syndrome infectieux général discret avec un syndrome sensitif (otalgie, anesthésie) localisé au niveau de la zone de Ramsay-Hunt, le syndrome éruptif apparaît 2 à 4 jours après donnant lieu à des éruptions cutanées caractéristiques du zona, associées à une réaction ganglionnaire inflammatoire et une hypo- ou anesthésie dans la zone de Ramsay Hunt, et une dysgueusie des 2/3 antérieurs de l'hémilangue.

Les signes otologiques sont marqués par une surdité unilatérale de perception accompagnée d'acouphènes et/ou d'un syndrome vertigineux rotatoire, et surtout l'installation secondaire d'une paralysie faciale périphérique au 5-6^e jour de l'éruption.



Bref rappel de l'anatomie de l'oreille

■ KFP 3

Correction : ABCHJKL (Rang A)

- A. NFS
- B. CRP
- C. Glycémie à jeun
- D. Scanner des rochers
- E. Sérologie VZV
- F. Sérologie Lyme
- G. Sérologie VIH
- H. IRM des conduits auditifs internes et parotidiens
- I. Ionogramme sanguin
- J. Audiogramme tonal
- K. Réflexe stapédien
- L. Otoscopie bilatérale

Un examen biologique par hémogramme (Numération Formule Sanguine [NFS]) et une glycémie à jeun éventuellement complétée par une hémoglobine glyquée (HbA1c) sont réalisées. Les sérologies VIH, VZV, HSV peuvent être proposées selon le contexte.

Ne pas oublier l'audiogramme ainsi que le réflexe stapédien.

Une IRM explorant le trajet du nerf facial sera envisagée dans le mois.

■ QROC 4

Correction : Paralysie faciale à Frigore (Rang A)**Paralysie faciale à frigore**

Il s'agit d'une PFP isolée d'apparition brutale, maximale d'emblée ou rapidement progressive en quelques heures.

- Souvent au réveil ou après une exposition au froid.
- Souvent précédée de douleurs mastoïdiennes, engourdissement de la face, avec dysgueusie et hyperacousie.

L'étiologie d'une réactivation virale est aujourd'hui celle privilégiée.

Il s'agit toujours d'un diagnostic **d'élimination**.

**Astuce de l'ORL**

Elle touche toutes les branches du nerf !

■ QRM 5

Correction : ADE (Rang A)

- A. Corticothérapie
- B. Gouttes auriculaires
- C. Antibiothérapie
- D. Occlusion palpébrale nocturne
- E. Pommade vitamine A