

La paralysie de Bell

Matthew Patel MB BCh BAO, Ameen Patel MB BCh BAO, Shijie Zhou MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 June 27;194:E867. doi : 10.1503/cmaj.220267-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220267

1 La paralysie de Bell compte pour 80 % des cas de paralysie faciale unilatérale accompagnée de signes d'atteintes du neurone moteur inférieur¹

Son incidence annuelle est de 20–30 cas par 100 000 habitants² et elle peut survenir à tout âge; l'âge médian à l'apparition des symptômes est de 40 ans². La cause est inconnue, bien qu'on détecte la présence du génome du virus de l'herpès simplex dans le fluide endoneural facial dans 79% des cas¹⁻³.

2 Les symptômes se manifestent de façon soudaine et la paralysie progresse en quelques heures, touchant les muscles responsables des expressions faciales, dont ceux du front

La paralysie complète comprend une altération des rides du front, une fermeture incomplète de la paupière et un aplatissement du sillon naso-génien⁴. La paralysie de Bell fait l'objet d'un diagnostic clinique et aucun test n'est indiqué, à moins d'un tableau clinique atypique¹. Un examen neurologique devrait rechercher des signes d'accidents vasculaires cérébraux, de sclérose en plaques et de cancers du cerveau. Les manifestations bilatérales devraient éveiller des soupçons de maladie systémique, comme une sarcoïdose, un syndrome de Guillain-Barré ou la maladie de Lyme.

3 En l'absence de traitement, 70 % des patients présentant une paralysie complète et 94 % de ceux présentant une paralysie incomplète verront un rétablissement de leurs fonctions faciales en moins de 6 mois⁴

On peut employer l'indice de gravité House-Brackman afin d'évaluer la guérison^{4,5}. Une récurrence peut se produire chez 7%–8% des patients^{2,3}. Un âge avancé, de l'hypertension, une perte du goût et la paralysie complète constituent les facteurs de risque d'un pronostic plus défavorable². Parmi les complications persistantes, on compte un mouvement anormal des muscles faciaux et des larmoiments¹⁻⁴.

4 On devrait administrer des corticostéroïdes aux patients atteints de la paralysie de Bell dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes, peu importe leur gravité

Le traitement consiste à un total de 450–500 mg de prednisone administrée sur une période de 10 jours, associé à un nombre de sujets à traiter de 8 afin d'atteindre un indice de House-Brackman de niveau 2 ou moins après 4 mois pour les patients atteints de la forme grave ou complète de la paralysie⁵. On peut envisager l'emploi de médicaments antiviraux dans les cas graves^{4,5}. On devrait utiliser une protection oculaire de routine (lunettes de soleil, cache-œil, larmes lubrifiantes ou pommade ophtalmique) afin de prévenir une abrasion cornéenne, une ulcération et une kératite^{4,5}. Parmi les autres traitements possibles pour des symptômes persistants, on compte une physiothérapie faciale pour contrer la faiblesse, des injections de toxine botulinique pour traiter l'asymétrie faciale et une intervention chirurgicale pour faciliter la fermeture de la paupière^{3,4}.

5 On devrait envisager un examen pour des lésions au neurone moteur supérieur ou des troubles de compression locaux pour les patients présentant de nouveaux symptômes, une faiblesse progressive ou un rétablissement incomplet^{4,5}

La manifestation de nouveaux symptômes justifie un examen à tout moment; un rétablissement incomplet devrait être étudié à partir de 3 mois ou plus. Les cliniciens devraient envisager un examen d'imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique), une électromyographie et une orientation vers un neurologue ou un oto-rhino-laryngologue.

Références

1. Zandian A, Osiro S, Hudson R, et al. The neurologist's dilemma: a comprehensive clinical review of Bell's palsy, with emphasis on current management trends. *Med Sci Monit* 2014;20:83-90.
2. Murthy JMK, Saxena AB. Bell's palsy: treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol* 2011;14(Suppl 1):S70-2.
3. Tiemstra JD, Khatkhate N. Bell's palsy: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2007;76:997-1002.
4. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;149(suppl):S1-27.
5. de Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, et al. Management of Bell palsy: clinical practice guideline. *CMAJ* 2014;186:917-22.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine, Université McMaster, Hamilton, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou formation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/fr/>

Correspondance : Matthew Patel, matthew.patel@medportal.ca