REPUBLIQUE DU BENIN

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année 2020 **N° : 2303**

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LES SERVICES ORL-CCF DU CHUZ-SL ET DU CNHU-HKM DE 2010 A 2019

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par :

Yisségnon Sandry Richmie ADEBIAYE

DIRECTEUR DE THESE
MCA François AVAKOUDJO

CO-DIRECTEUR DE THESE
MCA Ulrich VODOUHE

PRESIDENT DU JURY
Pr Ignace SOUNOUVOU

MEMBRES DU JURY
Pr Constant ADJIEN
MCA François AVAKOUDJO
MCA Ulrich VODOUHE

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey-Calavi * LE DOYEN * Faculté des Sciences de la Santé

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MJK

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MJK

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MBK

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Ségla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MSK

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Ines.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie- Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MJK

OCTOBRE 2019

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MDK

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2019

MDK

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
Faculté des Sciences de la Santé
LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

DEDICACES

A

L'Eternel Dieu,

"Je bénirai l'Eternel en tout temps ;

Sa louange sera toujours dans ma bouche"

Ps 34 V2

Dans Ta grâce, Tu m'as permis d'atteindre ce

Moment décisif de mes études médicales.

Fais de moi un véritable canal pour le soulagement

Des malades et de mon entourage.

A Toi gloire, honneur et magnificence

A ma tendre maman : Mme Anick OLODO,

Merci pour tout l'amour et pour la confiance que tu me portes. Tu es la seule qui me comprends vite, à demi-mot, sans contrainte, ni pression dans mes choix. Merci de m'avoir enseigné la culture de la paix, la patience et l'endurance. Tu m'as comblée de ta tendresse et de ton affection tout au long de mon parcours. Je te suis infiniment reconnaissante et redevable. Pardonne-moi pour ces moments d'absence. Autant de phrases aussi expressives et éloquentes soient-elles ne sauraient montrer la profonde gratitude et le degré d'amour que j'éprouve pour toi. Je t'aime Maman, tu es ma meilleure. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une parfaite santé pour m'accompagner davantage de tes prières, de ton amour et de ton soutien. Amen !

Amour infini.

A mon très cher papa : Mr Michel ADEBIAYE

Cher Papa, merci pour tes prières et ton soutien infaillible ; seul Dieu pourra te le rendre. Je te souhaite une longue vie pleine de santé. Merci pour tous les efforts consentis afin que je devienne aujourd'hui, à force de volonté, ce que je suis ; cette volonté de réussir, je te la dois. Reçois en ce travail, la reconnaissance de tout l'espoir et la confiance que tu as placés en moi. Puisse le Seigneur te bénir et m'accorder la grâce de te faire bénéficier autant que possible des fruits de tes sacrifices.

Amour infini.

A mes Grands-parents paternels et maternels,

Vous m'avez toujours soutenue et accompagnée tout le long de ce parcours. Je vous en serai toujours reconnaissante. Ce travail est également le vôtre. Puisse l'Éternel vous accorder une santé de fer et encore de longues années à vivre.

Amour infini.

A mes frères Michée et Shègun,

Mon souci, mon souhait est de ne pas vous décevoir, que vous soyez fiers de moi. Trouvez dans ce modeste travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel. Merci pour votre soutien inconditionnel.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Directeur de thèse, Maître de Conférences Agrégé François AVAKOUDJO

Nous sommes honorée que vous ayez accepté d'assurer la direction de ce travail. Nous ne pourrions trouver l'expression la plus appropriée pour vous manifester notre reconnaissance. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger notre travail. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre sens clinique ainsi que votre dévouement auprès des malades. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation et votre culture scientifique est une source d'admiration. Nous avons été séduite par votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et l'amabilité avec laquelle vous nous avez toujours reçue. L'une de nos plus grandes joies restera certainement celle de vous avoir comme Maître. Merci d'avoir consacré votre précieux temps à cette thèse. Soyez assuré de toute notre estime et de notre profond respect.

A notre Maître et codirecteur de thèse, Maître de Conférences Agrégé Ulrich VODOUHE

Vous avoir eu comme codirecteur fut un immense honneur pour nous. Par votre sérénité, votre simplicité et votre sens de la rigueur scientifique et du travail bien fait, vous avez forcé notre admiration.

A tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

C'est avec des sentiments d'extrême reconnaissance que nous nous adressons à vous, chers Maîtres, pour vous remercier de tout cœur pour la qualité exceptionnelle de la formation dont vous nous avez gratifié. Veuillez, chers Maîtres, trouver ici, l'expression de notre infinie gratitude.

Au reste de ma famille

Ceux qui sont toujours là pour moi et m'ont soutenu de près ou de loin, je viens par le présent vous témoigner ma profonde reconnaissance. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me porter secours chaque fois que j'en avais besoin. Vos conseils, votre amour et votre soutien ont été indispensables pour moi tout au long de ma formation. Puisse Dieu nous unir davantage.

A mon ami Saïbou RADJI

Tu es le principal témoin de toutes ces années de dur labeur. Ayant entrepris le même parcours, tu as su me guider et m'épauler en tant qu'aîné. J'ai fait mes premiers pas de novice dans ce domaine avec toi et tu as toujours eu les bons mots et les bons gestes pour m'encourager. Tu as pu toucher du doigt les sacrifices et les efforts consentis jusqu'ici. Nous avons vécu des moments pleins d'émotion. Merci pour tes conseils et ton soutien permanent surtout dans les moments décisifs et d'incertitude. Que Le Tout-Puissant exauce nos prières et nous aide à l'accomplissement de nos rêves.

A mon ami Ulrich AKUESON,

Merci pour l'amour et la confiance que tu me témoignes. Tu as toujours été là depuis le début de cette aventure. Ton soutien indéfectible et tes précieux conseils m'ont conduit à ce stade ultime. Je ne pourrai trouver de mots pour témoigner à juste titre ma reconnaissance. C'est le moment de te dire merci. Puisse Dieu renforcer les liens d'amitié qui nous unissent.

A mon groupe de stage interné

A vos côtés, j'ai appris beaucoup et passé de bons moments. Puisse Dieu nous accorder une brillante et fructueuse carrière.

A la 42ème promotion de médecine (FSS)

Sans vous, ces années d'étude n'auraient pas eu la même saveur.

Brillante carrière !

A la Direction du CNHU-HKM et du CHUZ-SL de Cotonou

Merci pour nous avoir ouvert les portes de votre institution et mis à notre disposition les ressources nécessaires pour la réussite de ce travail.

A tout le personnel de chaque service ORL-CCF du CNHU-HKM et du CHUZ-SL

Merci pour votre accueil pendant la préparation de cette thèse !

A tous ceux dont nous oublions de citer les noms, mais qui sauront reconnaître notre gratitude à leur égard à travers ces quelques lignes.

HOMMAGES

Au président du jury

Malgré vos multiples charges, vous nous faîtes un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous restons persuadée que vos conseils et vos recommandations contribueront à parfaire ce travail. Veuillez croire en l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux.

Aux membres du jury

L'opportunité nous est donnée de faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Vous nous faîtes un grand honneur en acceptant de juger ce travail et nous vous en remercions. Vous avez accepté prendre de votre précieux temps pour lire et corriger notre thèse. Vos observations amélioreront la qualité de ce modeste travail. Soyez assurés de notre sincère reconnaissance.

Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

% **:** Pourcentage

AHF **:** Anastomose hypoglosso-faciale

AINS **:** Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ANTS **:** Agence Nationale de la Transfusion Sanguine

ATCD **:** Antécédent

AVC **:** Accident vasculaire cérébral

CHU **:** Centre Hospitalier Universitaire

CHUZ-SL **:** Centre Hospitalier Universitaire de Zone - Suru Léré

CNHU-HKM **:** Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert Koutoukou Maga

CRP **:** C Reactive Protein

EMG **:** Électromyogramme

ENoG **:** Electroneuronographie

HTA **:** Hypertension Artérielle

HSV-1 **:** Herpes Simplex Virus-1

IRM **:** Imagerie par Résonance Magnétique

LCS **:** Liquide Cérébro-Spinal

MAE **:** Méat Acoustique Externe

MCA **:** Maître de Conférences Agrégé

N° **:** Numéro

NFS **:** Numération Formule Sanguine

OMA **:** Otite Moyenne Aigüe

OMC **:** Otite moyenne Chronique

ORL-CCF **:** Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

PF **:** Paralysie Faciale

PFP **:** Paralysie Faciale Périphérique

TDM **:** Tomodensitométrie

TPHA **:** Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

VDRL **:** Venereal Disease Research Laboratory

VIH **:** Virus de l'Immunodéficience Humain

VS **:** Vitesse de Sédimentation

VZV **:** Virus Zona -Varicelle

V **:** 5ème paire de nerfs crâniens

VI **:** 6ème paire de nerfs crâniens

VII **: 7**ème paire de nerfs crâniens

VIII : 8ème paire de nerfs crâniens

IX : 9ème paire de nerfs crâniens

X : 10ème paire de nerfs crâniens

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	**:**	Classification de la PFP selon House et Brackmann	18
Tableau II	**:**	Répartition des cas par Centre Hospitalier Universitaire	46
Tableau III	**:**	Répartition des patients en fonction de l'année de la première consultation	47
Tableau IV	**:**	Répartition des patients en fonction du mois de la première consultation	47
Tableau V	**:**	Répartition des patients en fonction de l'occupation socioprofessionnelle	49
Tableau VI	**:**	Répartition des patients selon le(s) motif(s) de consultation	51
Tableau VII	**:**	Répartition des patients selon les ATCD et le terrain	52
Tableau VIII	**:**	Répartition des patients selon le délai avant consultation	54
Tableau IX	**:**	Répartition des patients selon les signes associés	55
Tableau X	**:**	Répartition des patients selon les signes physiques	58
Tableau XI	**:**	Répartition des patients selon la classification de House et Brackmann	59
Tableau XII	**:**	Répartition des patients selon les examens paracliniques demandés	60

Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats de la biologie 61

Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats du scanner 62

Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu 63

Tableau XVI : Répartition des cas selon le diagnostic retenu et la tranche d'âge des patients 63

Tableau XVII : Répartition des cas selon le diagnostic retenu et les signes associés 64

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement institué 65

Tableau XIX : Répartition des patients selon le traitement médicamenteux institué 65

Tableau XX : Répartition des patients selon l'évolution de la PFP 66

Tableau XXI : Répartition des cas selon le délai avant consultation et l'évolution de la PFP 66

Tableau XXII : Répartition des patients selon le degré de l'atteinte des patients et l'évolution sous traitement 67

Tableau XXIII : Répartition des cas selon le diagnostic retenu et l'évolution de la PFP 67

Tableau XXIV : Répartition des cas selon l'évolution de la PFP et le traitement reçu 68

LISTE DES FIGURES

Figure n° 1 :	Nerf facial : Origine apparente dans le sillon bulbo-pontique	6
Figure n° 2 :	Anatomie du nerf facial (d'après Kahle W. et al, Anatomie du système nerveux)	11
Figure n° 3 :	Systématisation du nerf facial	12
Figure n° 4 :	Paralysie faciale périphérique gauche (d'après Kahle W. et al, Anatomie du système nerveux)	17
Figure n° 5 :	Répartition des patients selon la tranche d'âge	48
Figure n° 6 :	Répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge	49
Figure n° 7 :	Répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction	50
Figure n° 8 :	Répartition des patients selon leur milieu de provenance	51
Figure n° 9 :	Répartition des patients selon les circonstances de survenue	53
Figure n° 10 :	Répartition des patients selon l'état général à l'admission	56
Figure n° 11 :	Répartition des patients selon la latéralité	56
Figure n° 12 :	Répartition des patients selon l'état du tympan	57

PAR DELIBERATION, LA FACULTÉ

DES SCIENCES DE LA SANTE A

ARRETÉ QUE LES OPINIONS

EMISES DANS CETTE THESE

N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1.GENERALITES 4

1.1. DEFINITIONS 5

1.2. RAPPEL ANATOMIQUE DU NERF FACIAL 5

1.3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DU NERF FACIAL 13

1.4. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE 14

1.5. COMPLICATIONS 22

1.6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL 24

1.7. ETIOLOGIES 24

1.8. TRAITEMENT 29

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 35

2.1. CADRE D'ETUDE 36

2.2. METHODE D'ETUDE 41

3. RESULTATS 45

3.1. FREQUENCE 46

3.2. PERIODE DE CONSULTATION 46

3.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 48

3.4. ASPECTS CLINIQUES 51

3.5. ASPECTS PARACLINIQUES 59

3.6. DIAGNOSTIC RETENU 62

3.7. TRAITEMENT 64

3.8. EVOLUTION 65

4. DISCUSSION 69

4.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS 70

4.2. VALIDITE DE LA METHODE ET LIMITES DE L'ETUDE 71

4.3. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE 71

CONCLUSION ET SUGGESTION 82

REFERENCES 86

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES I

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Une paralysie faciale (PF) peut se définir comme un déficit de la fonction motrice du nerf facial, principal nerf moteur des muscles de la face. Les paralysies faciales peuvent être d'origine centrale ou périphérique **[1]**. Lorsqu'elle est périphérique, elle atteint les territoires supérieur (palpébral) et inférieur, contrairement aux paralysies centrales qui ne touchent que l'étage inférieur.

La paralysie faciale périphérique (PFP) est une pathologie fréquente, touchant 20/100000 habitants en France par an. Trop peu explorée aujourd'hui, elle peut avoir de lourdes répercussions aux niveaux fonctionnel, esthétique, socio-professionnel et psychologique **[2]**. La longueur du trajet du nerf facial rend compte du grand nombre de causes possibles **[1]**. La paralysie faciale périphérique peut être due à une infection, un traumatisme, des lésions vasculaires et des tumeurs. La paralysie faciale idiopathique, ou paralysie de Bell, est la cause la plus fréquente de paralysie faciale périphérique, avec une incidence annuelle moyenne de 30 pour 100 000 individus. Elle reste néanmoins un diagnostic d'élimination. Les facteurs de risques identifiés sont la grossesse (spécialement au cours des trois mois pré- et post-partum), le diabète et l'hypertension artérielle, l'immunodépression et la période post-infection virale des voies aériennes supérieures **[3]**.

L'évolution est variable, allant de la récupération complète à la persistance de séquelles importantes **[1]**. Elle dépend non seulement de son étiologie et de sa gravité, mais aussi de la précocité et de la qualité de la prise en charge médicale et paramédicale **[2]**. Le traitement dépend du type de paralysie constaté et de son étiologie. Il se limite parfois à des mesures symptomatiques, qu'il ne faut pas négliger **[1]**. Les cas de paralysies faciales avec séquelles motrices responsables d'un préjudice esthétique important peuvent faire l'objet de multiples techniques de réhabilitation dont la plus couramment utilisée est l'anastomose hypoglosso-faciale.

Au Mali en 2012, une étude prospective menée par Coulibaly retrouvait une fréquence de 0,9% contre 9,1% au Nigéria en 2013 (Gribi et coll.) **[4,5]**. Au Bénin, dans une étude réalisée en 1998, Diby rapporte une fréquence de 0,54%, dénotant de la rareté de la PFP en consultation ORL **[6]**.

Peu de travaux ont été réalisés sur la paralysie faciale périphérique dans notre pays et ce malgré l'existence de nombreux articles internationaux traitant de ce sujet. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mener la présente étude.

OBJECTIFS

✓ Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la paralysie faciale périphérique dans les services d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru-Léré et du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga.

✓ Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence et le profil sociodémographique des patients présentant une paralysie faciale périphérique ;
- Identifier les caractéristiques cliniques des paralysies faciales périphériques ;
- Recenser les principales causes ;
- Exposer les traitements effectués et les résultats obtenus.

1. GENERALITES

1.1. DEFINITIONS [7,8,10]

La paralysie est la perte définitive de la fonction motrice d'un muscle, d'un groupe musculaire ou d'une partie du corps par lésion nerveuse centrale ou périphérique.

Une paralysie faciale peut se définir comme un déficit de la fonction du nerf facial, principal nerf moteur des muscles de la face.

Le nerf facial est le septième nerf crânien (VII). On parle d'atteinte périphérique quand la lésion affecte le deutoneurone du noyau du tronc cérébral, où il naît, jusqu'aux muscles de la face, où il se connecte.

Le VII est un nerf mixte et comprend des fibres à visée motrice, sensitive, sensorielle et végétative. On différencie la paralysie faciale périphérique (PFP) de la paralysie faciale centrale par deux faits cliniques essentiels :

- ✓ Le déficit moteur est homogène, touchant autant le territoire supérieur que le territoire inférieur de la face dans la PFP ;
- ✓ Il n'y a pas de dissociation automatico-volontaire dans la PFP.

1.2.RAPPEL ANATOMIQUE DU NERF FACIAL [9]

Le nerf facial est un nerf mixte comprenant le VII moteur, plus volumineux, le VII sensitif, le VII sensoriel, le VII végétatif. Les fibres sensitives, sensorielles et végétatives constituent le nerf intermédiaire qui présente sur son trajet le ganglion géniculé.

1.2.1. Origine

Il naît par sept racines environ, émergeant du sillon ponto-bulbaire (ou ponto-spinal) au -dessus de l'olive bulbaire. Le nerf intermédiaire est situé entre le VII moteur et le nerf VIII.

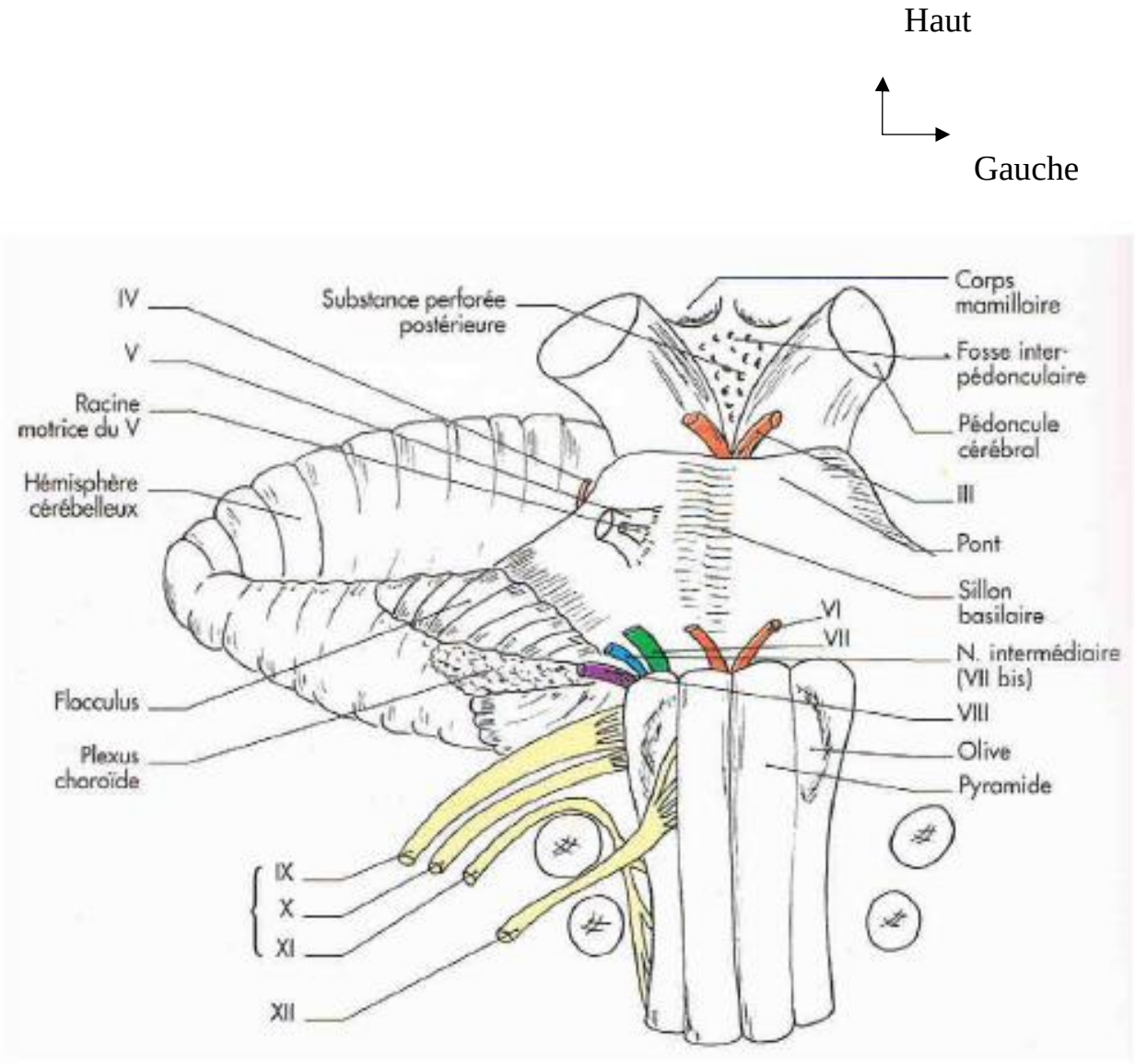


Figure n° 1: Nerf facial : Origine apparente dans le sillon bulbo-pontique **[4]**

1.2.2. Trajet-Rapports

❖ **Dans la fosse crânienne postérieure**

Le nerf facial, solidaire du nerf vestibulo-cochléaire, chemine dans la citerne ponto-cérébelleuse. Il se dirige obliquement en avant, en haut et latéralement, vers le méat acoustique interne. À son origine, il est surcroisé par l'artère cérébelleuse supérieure, puis il surcroise le sinus pétreux inférieur.

❖ **Dans le méat acoustique interne**

Le nerf facial repose sur le nerf vestibulo-cochléaire, le nerf intermédiaire étant situé entre les deux nerfs. Il est accompagné des vaisseaux labyrinthiques.

❖ **Dans le canal facial**

Le canal facial, creusé dans la partie pétreuse de l'os temporal, présente un trajet en zigzag. Le nerf qui le parcourt présente trois parties.

✓ La partie labyrinthique

Elle est horizontale et longue de 4 mm. Elle passe entre la cochlée en avant et le vestibule en arrière. Puis elle se coude en arrière suivant un angle de 60 à 70° pour former le genou du nerf facial. A ce niveau se trouve le ganglion géniculé, qui est triangulaire et grisâtre.

✓ La partie tympanique

Elle est longue de 10 mm et se dirige obliquement, en arrière et latéralement, parallèlement à l'axe de la partie pétreuse du temporal. Puis elle s’infléchit en bas et passe entre le conduit semi-circulaire latéral, en haut, et la fenêtre du vestibule, en bas. Ce canal détermine sur la paroi labyrinthique de la caisse tympanique la proéminence du canal facial. Sa paroi souvent déhiscente dans la cavité tympanique explique la paralysie faciale des otites moyennes.

✓ La partie mastoïdienne

Elle est verticale, longue de 18 mm, et se termine dans le foramen stylo-mastoïdien. Elle est accompagnée de l'artère stylo-mastoïdienne et est entourée de cellules mastoïdiennes. Elle répond en dedans à la fosse jugulaire, en arrière, au sinus transverse, et en avant, aux parois postérieures de la caisse du tympan et du méat acoustique externe.

❖ **Dans la région parotidienne**

Le nerf facial descend en avant, croise la face externe du processus styloïde, et passe entre les muscles digastrique et stylo-hyoïdien pour pénétrer dans la parotide. Dans la parotide, il croise la face externe de la veine jugulaire externe et se divise habituellement en deux branches, temporo-faciale et cervico-faciale, qui partagent la parotide en deux parties, superficielle et profonde. Ces branches sont souvent unies par des anastomoses qui forment le plexus intraparotidien.

1.2.3. Branches collatérales

❖ **Branches intrapétreuses**

✓ Le nerf grand pétreux

Il naît du genou du nerf facial, traverse le ganglion géniculé et chemine dans le canal du nerf grand pétreux, puis sur la face antérieure de la partie pétreuse de l'os temporal. Il croise la face inférieure du ganglion trigéminal pour traverser le foramen déchiré. À ce niveau, il reçoit le nerf pétreux profond, rameau du plexus carotidien, formant ainsi le nerf du canal ptérygoïdien, qui aboutit au ganglion ptérygo-palatin.

✓ Le nerf petit pétreux

Il se détache du ganglion géniculé, sous le nerf grand pétreux et latéralement à celui-ci, puis se dirige en avant, traverse le hiatus du canal du nerf petit pétreux et passe dans une gouttière de la face antéro-supérieure de la partie pétreuse de l’os temporal en dehors du nerf grand pétreux. Il reçoit les fibres du nerf petit pétreux provenant du plexus tympanique de Jacobson (IX). Il sort de la base du crâne par le canal innominé d’Arnold ou par la suture sphéno-pétreuse. Il se jette ensuite dans le ganglion otique.

✓ Le rameau communicant avec le plexus tympanique

Il est parallèle au nerf grand pétreux.

✓ Le nerf stapédien

Il naît de la partie mastoïdienne du nerf facial et monte dans l'éminence pyramidale, pour atteindre le muscle stapédien.

✓ La corde du tympan

Elle naît au-dessus du foramen stylo-mastoïdien et remonte dans le canal facial, puis dans le canal de la corde du tympan creusé dans la paroi postérieure de la cavité tympanique. Elle traverse la cavité tympanique en décrivant une courbe à concavité inférieure. Elle est située dans l'épaisseur des plis malléaires antérieur et postérieur. Elle traverse la fissure pétro-tympanique pour descendre contre la face médiale de l'épine de l'os sphénoïde et s'incorporer au nerf lingual. Elle donne un rameau à trompe auditive.

✓ Le rameau méatique

Il naît au-dessus du foramen stylo - mastoïdien et traverse la paroi cartilagineuse du méat acoustique externe pour innerver les téguments du méat acoustique externe, de l'auricule et de la face externe du tympan.

❖ **Branches extrapétreuses**

✓ Le nerf auriculaire postérieur

Il naît près du foramen stylo-mastoïdien, croise l'artère auriculaire postérieure puis monte sur la face externe du processus mastoïdien pour donner :

• un rameau auriculaire pour les muscles auriculaires postérieur et supérieur

• un rameau occipital pour le muscle occipital.

- ✓ Le rameau digastrique

Il est destiné au ventre postérieur du muscle digastrique.

- ✓ Le rameau stylo-hyoïdien

Il innerve le muscle stylo-hyoïdien.

- ✓ Les rameaux communicants avec les nerfs crâniens IX et X

1.2.4. Branches terminales

Elles naissent dans la parotide.

- ❖ **Branche temporo-faciale**

Elle se divise au niveau du col de la mandibule en trois branches.

- ✓ La branche temporale

Elle donne des rameaux pour le muscle auriculaire antérieur et les muscles de la mimique, situés au-dessus de la fente palpébrale. Ces rameaux temporaux croisent la face externe de l'arcade zygomatique à 1 cm environ, en avant du tragus. Ces rameaux sont menacés lors de l'intervention pour lissage de la face (en anglais lifting).

- ✓ La branche zygomatique

Elle donne des rameaux pour les muscles de la face, situés entre la fente palpébrale et la bouche.

- ✓ La branche buccale

Elle donne des rameaux pour les muscles buccinateur et orbiculaire de la bouche.

❖ **Branche cervico-faciale**

Elle descend derrière la branche de la mandibule et se divise en deux branches, marginale et cervicale.

- ✓ La branche marginale de la mandibule côtoie le bord inférieur de la mandibule et gagne le menton. Elle innerve les muscles de la face situés sous la bouche et le platysma.
- ✓ La branche cervicale innerve le muscle platysma.

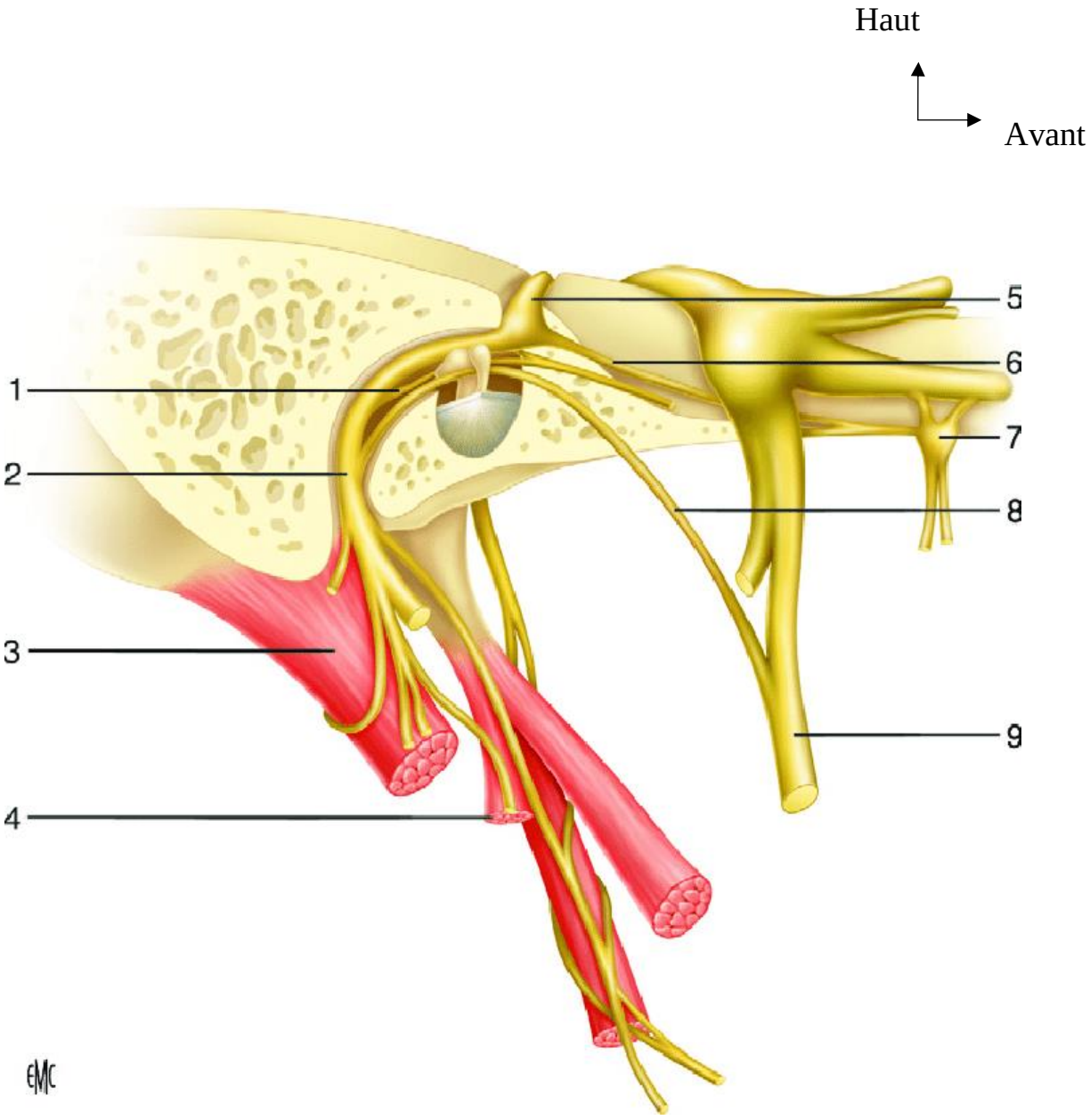


Figure n° 2: Anatomie du nerf facial (d'après Kahle W. et al., Anatomie du

système nerveux). **[1]**

1.Nerf stapédien ; 2. trou stylo-mastoïdien ; 3. Muscle digastrique ; 4. muscle stylo-hyoïdien ; 5. ganglion géniculé ; 6. nerf grand pétreux ; 7. ganglion ptérygo-palatin ; 8. corde du tympan ; 9. nerf lingual.

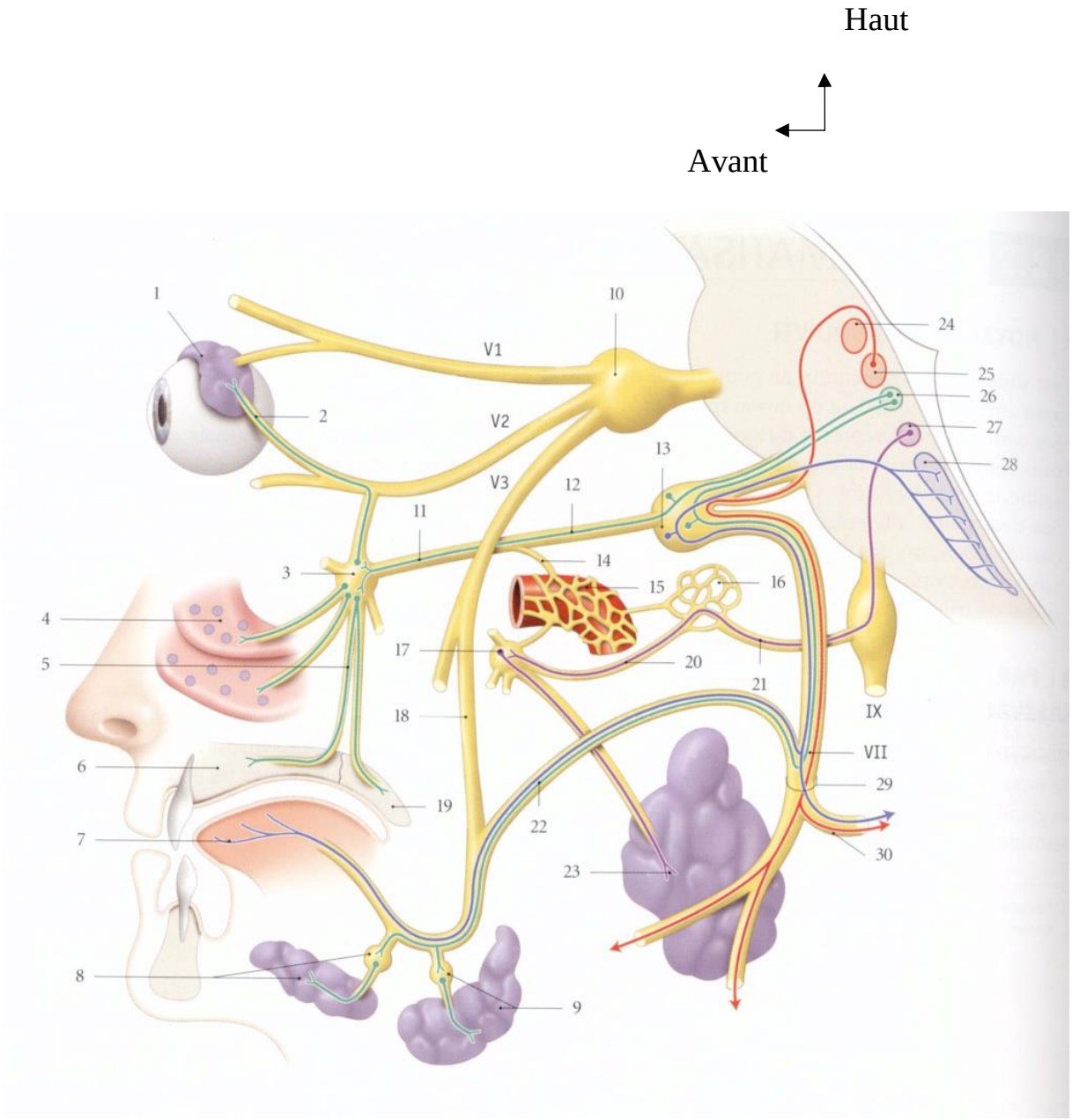


Figure n° 3: Systématisation du nerf facial. **[9]**

1.glande lacrymale ; 2. nerf zygomatico-temporal ; 3. ganglion ptérygo-palatin ;

4. glandes nasales ; 5. nerf grand palatin ; 6. palais dur ; 7. langue ; 8. ganglion et glande sublinguaux ; 9. ganglion et glande submandibulaires ; 10. ganglion trigéminal ; 11. nerf du canal ptérygoïdien ; 12. nerf grand pétreux ; 13. ganglion géniculé ; 14. nerf pétreux profond ; 15. plexus carotidien interne ; 16. plexus tympanique ; 17. ganglion otique ; 18. nerf lingual ; 19. palais mou ; 20. nerf petit pétreux ; 21. nerf tympanique ; 22. corde du tympan ; 23. glande parotide ;
24. noyau du nerf abducens ; 25. noyau moteur du nerf facial ; 26. noyau salivaire supérieur ; 27. noyau salivaire inférieur ; 28. noyau du tractus solitaire ;
29. foramen stylo-mastoïdien ; 30. nerf auriculaire postérieur.

1.3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DU NERF FACIAL

Rappelons que le nerf facial est mixte et possède quatre fonctions.

1.3.1. Fonction motrice [10]

Elle concerne :

- ✓ Les muscles peauciers de la face, du cou et du crâne ;
- ✓ Le muscle stapédien ;
- ✓ Le muscle stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du digastrique.

1.3.2. Fonction sensitive [10]

Le territoire sensitif du nerf facial correspond à la zone de Ramsay-Hunt représentée par :

- ✓ La conque, le tragus, l'antitragus, l'anthélix, la fossette naviculaire et une partie du lobule de l'oreille ;
- ✓ La face postérieure du MAE (méat acoustique externe) ;
- ✓ Et la face externe de la moitié postérieure de la membrane tympanique.

1.3.3. Fonction sensorielle [11]

Il s'agit de la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue et du palais par l'intermédiaire de la corde du tympan.

1.3.4. Fonction végétative parasympathique [11]

Il s'agit, d'une part, de fibres parasympathiques destinées aux glandes lacrymales, à la muqueuse oro-nasale. La traduction clinique est un œil sec. D'autre part, le nerf facial assure l'innervation des glandes salivaires sublinguale et submandibulaire. Une atteinte de cette portion se manifeste donc par une diminution de la sécrétion salivaire, sauf celle issue de la parotide (nerf glosso-pharyngien).

1.4. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

1.4.1. Étude clinique

Le diagnostic de la PFP est clinique, après un examen ORL et neurologique. L'examen ORL comprendra l'étude des oreilles, de la cavité buccale, la palpation de la parotide et d'éventuelles adénopathies. L'examen neurologique vérifiera l'absence d'atteinte d'autres paires crâniennes, des voies longues et de syndrome méningé **[3].**

1.4.1.1. L'interrogatoire [10]

On précise :

- ✓ Les circonstances de découverte (traumatisme, otite, maladie métabolique, chirurgie faciale récente de l'oreille ou de la parotide)
- ✓ Le mode de survenue (brutal ou progressif).

On recherche des signes otologiques associés comme : une hypoacousie, des vertiges, des acouphènes, une otalgie, une otorrhée, une otorragie.

On recherche également des signes neurologiques d'accompagnement, surtout en cas d'atteinte faciale isolée à l'étage inférieur, devant faire redouter une atteinte centrale.

1.4.1.2. L'examen physique

❖ **Type de description : Paralysie faciale périphérique complète**

Elle est due à une atteinte du VII en aval des noyaux moteurs du VII.

➢ **Syndrome de paralysie faciale motrice [10]**

L'hémiface homolatérale à la lésion du VII présente une paralysie totale dans le territoire facial supérieur et inférieur.

- Au repos, la bouche et le nez sont déviés du côté sain et on observe que le côté paralysé :
  - ✓ Est lisse,
  - ✓ Les rides du front sont effacées,
  - ✓ L'œil est ouvert,
  - ✓ Le battement palpébral est aboli,
  - ✓ Le sillon nasogénien est effacé,
  - ✓ La commissure labiale est abaissée ; la bouche est déviée du côté sain ;
- A la mimique, l'asymétrie du visage est encore plus manifeste :
  - ✓ L'occlusion palpébrale est impossible : c'est la lagophtalmie ;
  - ✓ Lors d'une tentative d'occlusion, le globe oculaire se déplace en haut et en dehors (c'est le signe de Charles Bell pathognomonique de la PFP) ;
  - ✓ L'inspiration profonde entraîne un collapsus de la narine du côté paralysé. Lors d'une tentative d'abaissement de la lèvre inférieure, le relief des muscles peauciers du cou n'apparaît que du côté sain (signe du peaucier de Babinski) ;
  - ✓ Le malade ne peut ni siffler, ni souffler, ni montrer les dents ;
  - ✓ La langue dévie du côté sain ;

- ✓ Lors du sourire, la commissure labiale ne s'élève pas ;
- ✓ Au début l'alimentation est très gênée (fuite buccale).

➢ **Syndrome de paralysie faciale sensitive**

Anesthésie de la zone de Ramsay Hunt.

➢ **Syndrome de paralysie faciale sensorielle**

Absence de goût dans les deux tiers antérieurs de la langue du même côté que la paralysie.

➢ **Syndrome de paralysie faciale sécrétoire**

Diminution des sécrétions lacrymales et salivaires.

❖ **Formes cliniques**

➢ **Paralysie faciale périphérique bilatérale**

Ces diplégies faciales réalisent une perte totale de la mimique du sujet qui est particulièrement gêné pour mastiquer ou parler. Il existe un signe de Charles Bell bilatéral.

➢ **Paralysie faciale périphérique frustre [10]**

Parfois on se trouve devant une forme fruste et le diagnostic se fait à l'étage palpébral :

- ✓ La fente palpébrale est légèrement élargie ;
- ✓ Le clignement est retardé par rapport au côté sain (Signe du clignement de Collet) ;
- ✓ La fermeture palpébrale est également retardée lorsque le malade veut fermer les yeux, et le regard part vers le haut (c'est le signe du plafonnement de Froment) ;

- ✓ La fermeture forcée des yeux fait apparaître les cils plus longs du côté paralysé (signe des cils de Souques) ;
- ✓ A la fermeture forcée des yeux la résistance de la paupière supérieure est affaiblie.

➢ **Paralysie faciale périphérique chez un patient comateux [8]**

Chez un malade dans le coma, on doit donner toute son importance au gonflement unilatéral de la joue au cours de l'expiration : « le malade fume la pipe ». La paralysie est affirmée grâce à l'inocclusion palpébrale du côté paralysé.

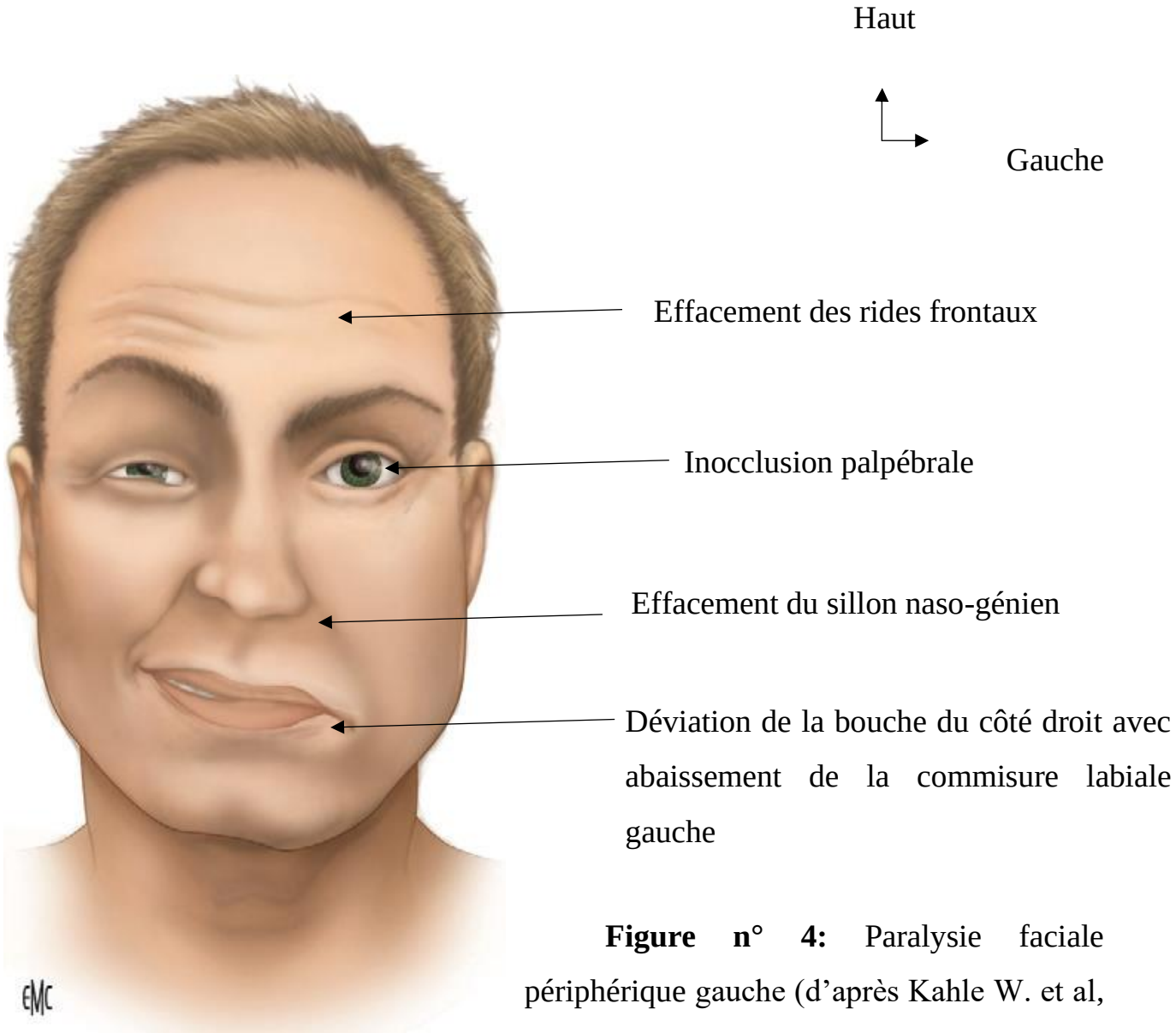


Figure n° 4: Paralysie faciale périphérique gauche (d'après Kahle W. et al, *Anatomie du système nerveux*). **[1]**

1.4.2. Evaluation clinique

Elle se fait avec la classification de House Brackmann et le testing musculaire de Freyss :

❖ **Classification de la PFP selon House et Brackmann**

La classification la plus communément admise pour l'évaluation de la paralysie faciale est celle de House et Brackmann **[12]**, adoptée par l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery.

Tableau I: Classification de la PFP selon House et Brackmann **[12]**

Grade I	100% de mobilité faciale. Mobilité faciale et tonus sont normaux
Grade II	Légère dysfonction : 80% de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus normaux. Aux mouvements, apparition d'une légère asymétrie sans contracture avec absence ou présence de discrètes syncinésies
Grade III	Dysfonction modérée : 60% de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus sont normaux. Diminution globale de la mobilité. La fermeture oculaire est obtenue même si l'effort nécessaire est important. Spasmes et syncinésie sont présents mais ne défigurent pas
Grade IV	La dysfonction est modérément sévère : 40% de mobilité faciale estimée. Au repos, le tonus est normal, la symétrie globalement conservée. Aux mouvements, il n'y a pas ou très peu de mobilité frontale. La fermeture oculaire complète ne peut être obtenue malgré un effort maximal. L'existence de syncinésies sévères ou d'un spasme entravant la mobilité faciale doivent amener à classer dans ce grade
Grade V	Dysfonction sévère : 20% de mobilité faciale estimée. Au repos, l'asymétrie est évidente et le tonus déficient. Seuls quelques mouvements sont perceptibles au niveau de l'œil et de la bouche. À ce stade il ne peut y avoir ni spasme ni syncinésie
Grade VI	Paralysie faciale complète : 0% de mobilité faciale estimée

❖ **Testing musculaire selon Freyss**

Le testing musculaire selon Freyss **[13]** étudie la motricité, le tonus et la coordination. Chaque muscle est coté de 0 à 3 :

• 0 : Aucun mouvement ;

• 1 : Visible à jour frisant ;

• 2 : Ample, mais faible ;

• 3 : Normal, analogue au côté sain.

On distingue le groupe musculaire médian (sourcilier, pyramidal, élévateur commun, orbiculaire labial et mentonnier), susceptible de recevoir une innervation croisée et le groupe latéral (frontal, orbiculaire palpébral, zygomatiques, buccinateur et triangulaire des lèvres).

Le tonus est coté de –3 à 0 pour l'hypotonie et de 1 à 3 pour l'hypertonie.

La coordination musculaire recherche les syncinésies.

1.4.3. Examens paracliniques

Dans le cas des paralysies faciales périphériques, le but des examens complémentaires, outre la recherche étiologique, est de déterminer le siège lésionnel, de prévenir les complications, de fixer un pronostic de récupération et d'apprécier le degré exact de l'atteinte nerveuse, par des méthodes d'évaluation clinique et électrophysiologique.

➢ **Biologie**

Le bilan biologique est au minimum constitué d'une numération formule sanguine (NFS), d'une vitesse de sédimentation (VS) et d'une glycémie ; d'une

sérologie de maladie de Lyme, VZV et VIH si le contexte s'y prête. Les autres examens s'effectuent en fonction de l'orientation clinique (par exemple dosage de l'enzyme de conversion à la recherche d'une sarcoïdose, etc.) **[1]**.

- **Explorations fonctionnelles**
  - **Audiométrie tonale liminaire**

Elle étudie les seuils d'audition des sons purs en conduction aérienne et osseuse pour une gamme de fréquences allant de 125 à 8000 Hz. Elle permet de tester l'intégrité du nerf auditif **[10]**.

- **Étude du réflexe stapédien**

La stimulation auditive d'une oreille provoque une contraction des deux muscles de l'étrier. À partir d'un stimulus sonore, l'arc afférent passe via les noyaux cochléaire et olivaire. L'arc efférent passe via les noyaux faciaux accessoires ipsi et controlatéral vers le muscle de l'étrier. Son altération peut donc être liée au nerf facial, au nerf auditif ou à une atteinte de l'oreille moyenne. Il est aboli en cas de lésion se situant en amont ou sur le nerf stapédien (origine sur la portion mastoïdienne du facial). La présence du réflexe est d'un bon pronostic. De même que sa réapparition dans les 15 premiers jours est d'un bon pronostic. Environ 50 % des patients présentant un spasme de l'hémiface ont des anomalies sur cet arc réflexe, se normalisant après la chirurgie **[11]**.

- **Test de Schirmer**

Il consiste à placer une bandelette de papier buvard dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. On mesure la quantité humidifiée pour quantifier la production de larme. Il teste la diminution ou non des sécrétions lacrymales du côté paralysé par rapport à l'autre. En cas d'hyposécrétion, il signe une lésion supra géniculée, de mauvais pronostic **[10]**.

❖ **Test de Blatt (de reconnaissance des goûts) et électrogustométrie**

Tests de la corde du tympan, ils ne sont presque plus utilisés maintenant. Une anomalie de reconnaissance signe une lésion en amont de la portion mastoïdienne du facial **[10]**.

➢ **Electrophysiologie**

Les techniques électrophysiologiques ne sont pas de réalisation systématique. Elles ont surtout un intérêt dans la surveillance de la récupération à moyen et long terme :

❖ **L'électromyogramme (EMG)**

Il permet d'enregistrer l'activité musculaire électrique au repos (on recherche une fibrillation électrique et des signes de réinnervation) ou lors d'une stimulation volontaire, ou électrique par insertion d'une aiguille en profondeur ou application d'une électrode de surface (il convient de prévenir le patient du caractère désagréable de l'examen) ;

❖ **L'électroneuronographie (ENoG)**

- ✓ **Test de stimulation électrique simple :** Détermination de la latence distale du nerf facial et mesure de l'amplitude du potentiel évoqué musculaire (valeur pronostique). Stimulation au niveau du trou stylomastoïdien et recueil sur deux muscles innervés chacun par une branche du nerf facial (supérieure et inférieure). Les mesures sont comparées au côté opposé,
- ✓ **Test d'excitabilité nerveuse :** Intensité minimale entraînant une contraction musculaire sur les orbiculaires des paupières et des lèvres,
- ✓ **Réflexe de clignement (*blink reflex*) :** Stimulation du nerf supra orbitaire et recueil de la réponse sur l'orbiculaire des paupières.

La valeur pronostique de l'ENoG est reconnue. Il faut qu'elle soit réalisée avant le 21e jour.

- **Imagerie**

Elle est très utile au diagnostic topographique et étiologique.

- **Le scanner du rocher :** Surtout en cas de présence d'une surdité de transmission associée, d'une otorrhée, ou d'une otorragie notamment dans contexte traumatique : à la recherche d'une fracture du rocher ou d'un cholestéatome ou d'une autre pathologie de l'oreille moyenne ou externe.
- **L'IRM :** En cas de présence d'une surdité de perception associée, d'acouphènes ou de vertiges, à la recherche d'une tumeur du rocher, du méat auditif interne ou de l'angle pontocérébelleux.

Aucune imagerie n'est nécessaire s'il s'agit d'une paralysie faciale idiopathique dite « a frigore ». Dans ce contexte, si une IRM est pratiquée, on note une prise de contraste localisée au fond du conduit auditif interne et/ou à la troisième portion du nerf facial, qui peut persister à 3 mois et constitue un facteur de mauvais pronostic de récupération rapide **[10]**.

1.5. COMPLICATIONS

- **Complications oculaires**

Elles sont représentées par les kératites liées à la lagophtalmie (par perte du tonus et de la contraction volontaire du muscle orbiculaire) et à une diminution des sécrétions lacrymales. Ainsi, la pompe lacrymale assurée par le muscle de Duverney-Horner (qui vient comprimer le canalicule inférieur) n'assure plus son rôle et expose la cornée au risque de kératite. Ce risque de kératite s'accroît dès la deuxième semaine de paralysie (dans les cas où la récupération ne s'effectue pas rapidement) car apparaît alors un ectropion paralytique de la paupière inférieure avec un *scleral show*. Leur traitement

doit être essentiellement préventif : collyres, larmes artificielles, pommades antibiotiques ainsi qu'une occlusion palpébrale nocturne et une surveillance régulière. Une tarsorraphie peut être utile si on estime que la récupération va être longue et que le risque de kératite est majeur **[10]**.

- **Complications intrinsèques**
  - ✓ **Les syncinésies**

Les syncinésies correspondent à des mouvements involontaires simultanément à des mouvements volontaires, rapportés à des phénomènes de réinnervation aberrante après une lésion nerveuse. Il peut s'agir dans le cas des PF, d'une fermeture des paupières lors du sourire ou à l'inverse de mouvements des lèvres à la fermeture des paupières correspondant à des « erreurs » de réinnervation entre les axones moteurs faciaux **[3]**.

  - ✓ **Le syndrome des larmes de crocodiles**

C'est une production lacrymale accrue (epiphora) lors de la salivation par « erreur » d'innervation entre les axones destinés aux glandes salivaires et ceux destinés aux glandes lacrymales **[3]**.

  - ✓ **Le spasme hémifacial**

C'est une complication rare mais grave se manifestant par une contracture permanente des muscles de la face associée à des fasciculations et à des syncinésies. Les spasmes correspondent à des contractions involontaires paroxystiques d'un muscle voire de plusieurs muscles, parfois douloureux, ici dans le territoire impliqué par le déficit initial **[3]**.

- **Les séquelles psychologiques**

La PFP est un véritable handicap fonctionnel et esthétique. Outre les conséquences visibles de tous, la paralysie entraîne des répercussions sociales et psychologiques majeures. Le patient doit apprendre à vivre avec son nouveau visage. L'angoisse est forte et les interrogations nombreuses **[14].**

1.6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Paralysies faciales centrales :** Elles sont la conséquence d'une altération des fibres frontonucléaires. Elles affectent l'hémiface controlatérale mais s'accompagnent souvent d'une hémiparésie ou d'une hémiplégie, mais elles peuvent aussi survenir de façon isolée au cours de lésions corticales. Elle prédomine sur le facial inférieur et s'associe à une dissociation automatico volontaire : le malade ne peut exécuter certains mouvements sur ordre mais il les exécute au cours de la mimique émotionnelle ou après stimulation réflexe. L'installation brutale d'une PF centrale, éventuellement associée à d'autres déficits neurologiques, doit faire évoquer un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, un accident ischémique transitoire, une thrombophlébite transitoire, une hypoglycémie, une endocardite, une malformation vasculaire, une encéphalite … Une installation progressive fera évoquer une tumeur, un hématome sous dural chronique, un abcès cérébral …

1.7. ETIOLOGIES

La longueur du trajet du nerf facial rend compte du grand nombre de causes possibles.

- **Paralysies faciales périphériques « a frigore » ou paralysies de Bell**

Elles représentent 50% de l'ensemble des paralysies faciales périphériques et 60% à 75% des paralysies faciales unilatérales mais restent un diagnostic

d'élimination. Souvent précédée de douleurs mastoïdiennes d'intensité variable, la paralysie faciale périphérique « a frigore » s'installe rapidement en moins de 48h et est isolée. Il s'y associe une hyperacousie douloureuse et des troubles du goût. L'étiopathogénie est hypothétique. La seule certitude est l'observation d'un œdème du nerf facial dans son trajet intra pétreux. L'œdème peut être dû à une ischémie, à une atteinte virale (HSV), une réaction immunoallergique. Selon le Copenhagen Facial nerve Study, on a 85% de rétablissement **[1].**

- **Paralysie faciale zostérienne ou maladie de Ramsay Hunt**

Elle représente 15% des paralysies faciales périphériques et survient chez le sujet âgé ou immunodéprimé. La clinique est très proche de celle de la PFP « a frigore ». Une éruption vésiculeuse est présente dans la zone de Ramsay Hunt, mais peut se retrouver aussi au niveau du cou, de la face, de la cavité buccale ou encore passée inaperçue. Une atteinte associée du VIII (surdité de perception ou vertige dans 40% des cas) et du V (douleurs péri auriculaires) est possible. Un syndrome fébrile et des céphalées sont parfois notés. Le pronostic est mauvais en comparaison avec celui de la paralysie de Bell **[1].**

- **Maladie de Lyme**

C'est une méningoradiculite causée par un spirochète, Borrelia burgdorferi faisant suite à une morsure de tique qui peut passer inaperçue. L'atteinte des nerfs crâniens est dominée par l'atteinte périphérique du VII ; celle-ci est bilatérale dans environ 30% des cas. Elle apparaît en moyenne 4 à 6 semaines après le contage. La paralysie faciale peut être associée à d'autres atteintes neurologiques (autres nerfs crâniens ou rachidiens) ou être isolée, se présentant alors comme une paralysie faciale « a frigore », éventualité rare. Tous les autres nerfs crâniens peuvent être atteints, notamment les oculomoteurs. Une histoire clinique d'érythème migrant est fortement évocatrice, de même que des radiculalgies et des myalgies. Une sérologie est à

pratiquer en cas de suspicion diagnostique à renouveler 1 à 2 mois après si elle est négative **[1].**

- **Paralysie faciale liée au VIH**

La paralysie faciale périphérique a été décrite comme une complication précoce ou tardive de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) **[15]**. Elle serait liée à la séroconversion et/ou à une attaque directe du nerf par le virus **[15]**. Elle peut être consécutive à une encéphalite, une infection à Varicelle Zona Virus ou se présenter comme une paralysie « a frigore ».

- **Paralysie faciale otogène**

Le mécanisme le plus fréquemment incriminé est la destruction osseuse du canal de Fallope par le cholestéatome retrouvé chez tous nos patients présentant une paralysie faciale. Cette destruction se situe essentiellement au niveau de la deuxième portion du nerf (portion tympanique). Elle peut être le seul symptôme de l'OMC et donc peut être prise à tort comme paralysie faciale "a frigore", d'où l'intérêt d'une otoscopie systématique devant toute paralysie faciale **[17]**. La paralysie faciale (PF) est une complication rare de l'OMA **[18]**. Son incidence est passée de 0,5 à 0,005 % grâce aux antibiotiques **[19]**.

- **Paralysie faciale traumatique**

Environ 10% des PF ont une cause traumatique, qu'elle soit accidentelle (traumatisme de la région parotidienne) ou iatrogène (chirurgie de l'oreille moyenne, du neurinome de l'acoustique, chirurgie carotidienne, chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire, parotidectomie, tympano-mastoïdectomie accouchement au forceps chez le nouveau-né). En cas de traumatisme crânien et de fracture du rocher, le nerf facial peut être atteint (4% des PF périphériques) **[1, 20,21]**. L'atteinte peut être due à une interruption du nerf lors du déplacement des parois osseuses, du canal de

Fallope ou à une compression par une esquille osseuse. Cette PFP peut s'accompagner d'une surdité de transmission ou de perception, d'une otorragie ou d'une fuite de LCR. L'indication opératoire de principe est portée en cas de paralysie faciale complète d'apparition immédiate et consiste le plus souvent en une décompression des deuxième et troisième portions par voie transmastoïdienne rétroauriculaire. La technique opératoire est bien sûr décidée en fonction des résultats du diagnostic topographique **[1]**.

- **Paralysie faciale tumorale**

Un processus expansif est responsable de 3,1% des PF périphériques **[21]**.

En amont du rocher, la paralysie faciale ne représente qu'un signe tardif du syndrome de l'angle ponto-cérébelleux (neurinome du VIII, méningiome, cholestéatome). Les tumeurs intra-pétreuses sont rares (neurinome du VII, tumeurs glomiques, tumeurs malignes de la base du crâne, plasmocytome, myélome). On peut également noter les méningites carcinomateuses (tumeur solide, hémopathie).

En aval du rocher, les tumeurs de la parotide sont les plus fréquentes **[1]**. Une évolution lentement progressive, une localisation circonscrite à certaines branches du nerf facial, la récidive ou l'absence de récupération, même partielle à 6 mois, sont évocateurs d'une cause tumorale pouvant être bénigne ou maligne. Une altération de l'état général, des signes locaux comme des adénopathies cervicales ou une masse parotidienne doivent être recherchés **[3]**.

- **Autres causes de paralysie faciale périphérique**
  - ✓ **La polyradiculonévrite aigue de type Guillain-Barré :** elle peut donner une PFP qui n'est pas au premier plan du tableau, largement dominée par les troubles sensitivo-moteurs des membres, les troubles vésico-sphinctériens voir les troubles respiratoires ou de déglutition **[1]**.

- ✓ **Les polyneuropathies ou mononeuropathies multiples :** lèpre, porphyrie, maladies systémiques comme le lupus, le Gougerot Sjogren, la sarcoïdose… **[1]** Lorsque la PF périphérique, volontiers bilatérale, est associée à une fièvre, une uvéite antérieure et une parotidite (Syndrome d'Heerfordt), une sarcoïdose doit être recherchée, la PF périphérique restant toutefois un mode d'entrée rare dans la maladie (5 %) **[3]**. On cite également le syndrome de Melkersson Rosenthal qui associe une paralysie faciale récidivante, une langue fissurée, une chéilite et un œdème facial labial et périorbitaire. Il est extrêmement rare et son étiopathogénie reste inconnue **[1]**.
- ✓ **Les maladies infectieuses :** méningite purulente, syphilis, tuberculose…. **[1]**
- ✓ **Cause métabolique:** diabète
- ✓ **Paralysie faciale iatrogène :** secondaire à une injection de toxine botulique en chirurgie esthétique **[1].**

➢ **Causes de PFP chez le nouveau-né et l'enfant [11]**

- ✓ **Nouveau-né**

Il peut s'agir d'une origine traumatique obstétricale ou d'une atteinte congénitale. Pour cette dernière, les principales étiologies sont l'hypoplasie du facial, le syndrome de Moebius (diplégie faciale associée à une atteinte du VI avec sur l'IRM hypoplasie du tronc et absence de nerf visualisé dans la citerne) et l'aplasie de l'oreille (plus souvent une malposition du VII avec rarement une paralysie faciale).

- ✓ **Nourrisson et enfant**

Bien que la 1ere étiologie reste également la paralysie faciale « a frigore », elle est moins fréquente que chez l'adulte. Les atteintes post-otitiques sont fréquentes compte tenu de la prévalence de l'otite dans la population pédiatrique. Les causes virales sont également retrouvées, plus particulièrement devant une diplégie faciale, la maladie de Lyme étant non exceptionnelle comme chez l'adulte. Les causes tumorales les plus fréquentes en pédiatrie sont le rhabdomyosarcome du rocher, l'histiocytose,

les hémopathies. Les schwannomes sont beaucoup plus rares et s'intègrent alors le plus souvent dans le cadre d'une neurofibromatose de type 2.

1.8. TRAITEMENT

1.8.1. Buts

- Rétablir la fonction du nerf facial
- Prévenir les complications
- Améliorer la qualité de vie du patient

1.8.2. Moyens

1.8.2.1. Corticoïdes

L'utilisation des corticoïdes repose sur le mécanisme supposé d'inflammation et d'œdème du nerf facial à l'origine de sa compression au passage de l'aqueduc de Fallope. Par leur effet anti-inflammatoire, ils diminueraient cette compression et amélioreraient la récupération fonctionnelle du nerf **[3]**. En pratique, une corticothérapie par voie orale à la dose de 1 mg/kg par jour pendant sept à dix jours apparaît justifiée. Une réévaluation de la fonction faciale 48 à 72 heures après la mise en route du traitement est conseillée. En cas d'évolution favorable ou au minimum de stagnation du déficit, le traitement peut être poursuivi par voie orale. En cas d'aggravation de PFP initialement sévères ou en présence de pathologies associées sources de complications potentielles (diabète, hypertension artérielle mal contrôlée), une hospitalisation pour un traitement par voie veineuse (1–2 mg/kg par jour de méthylprednisolone) peut être discutée, en sachant que tous les centres n'adhèrent pas à cette proposition thérapeutique et que certains poursuivent quelle que soit l'évolution, un traitement par voie orale **[3]**. Aucun effet secondaire grave n'a été rapporté à leur utilisation mais seulement des insomnies et des phénomènes de dyspepsie **[3]**.

1.8.2.2. Antiviraux

Leur utilisation dans la PF « a frigore » est basée sur l'hypothèse de la réactivation du virus HSV-1 dans sa physiopathologie. Cependant, aucune des études

précédentes n'a montré de bénéfice significatif à l'adjonction d'une thérapie antivirale (Valaciclovir 3000 mg/j pendant 7 jours ou Acyclovir 2000 mg/j pendant 10 jours) au traitement par corticoïdes **[22,23]**. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté à leur utilisation. À la lumière de ces différentes données, les dernières recommandations américaines **[24]** préconisent l'instauration précoce (dans les 72 heures) d'une corticothérapie orale sur une durée de 10 jours (schéma de 50 mg/j ou de 60 mg/j les 5 premiers jours suivi d'une décroissance progressive les cinq derniers jours), éventuellement associé à un traitement antiviral (selon les schémas décrits plus haut). Le bénéfice de ce dernier, s'il existe, est faible, et concernerait les PF sévères. Leur bonne sécurité d'emploi et leur efficacité sur l'un des diagnostics différentiels de la PF « a frigore », le syndrome de Ramsay–Hunt dû au virus VZV, où l'éruption cutanée peut manquer à la phase initiale, justifie aussi leur utilisation dans cette indication **[3]**.

1.8.2.3. Soins oculaires

Le clignement comme l'occlusion palpébrale complète sont indispensables au phénomène de lacrymation qui joue un rôle majeur dans la protection oculaire. En son absence en cas de PF, la cornée est vulnérable et exposée aux complications telles que la kératite, les ulcérations cornéennes, qui peuvent menacer le pronostic visuel. Des mesures de protection oculaire doivent être proposées dès la première consultation et le patient doit être adressé à un ophtalmologiste en cas de douleurs et/ou démangeaisons et/ou baisse d'acuité visuelle. Les mesures comportent le port de lunettes de soleil, la lubrification oculaire (larmes artificielles diurnes et pommade à base de vitamine A nocturne) ainsi que l'occlusion palpébrale complète (nocturne avec une compresse occlusive voire diurne avec un monocle) **[3,25]**.

1.8.2.4. Traitement chirurgical [13]

Trois situations se présentent :

• le facial est réparable ;

• l’effecteur musculaire est utilisable, mais le facial est hors d’usage ;

• l’effecteur musculaire est hors d’usage

- **Facial réparable**

Le rétablissement de la continuité nerveuse et de l’alignement des fascicules par suture ou par greffe est un concept ancien, initialement mécanique ; le nerf étant assimilé à un conduit, structure guide de la repousse axonale.

- ✓ **Décompression nerveuse [12]**

La décompression du nerf facial est indiquée en cas de fracture du rocher avec embarrure du canal facial. Cette situation est plus souvent rencontrée dans les fractures longitudinales de la pyramide pétreuse. Dans ce cas, le canal osseux du nerf est largement ouvert, permettant la diminution de la pression consécutive à l’œdème et la reprise d’une circulation capillaire dans le périnèvre. Les tumeurs adjacentes (cholestéatomes pseudomembraneuses, paragangliomes, etc.) comprimant le nerf sans l’envahir constituent l’autre indication de cette technique.

- ✓ **Greffe du nerf facial [12]**

Une interruption du nerf facial récente (< 1 an) associée à une perte de substance importante (> 1 cm) constitue l’indication d’une greffe du nerf facial. Le greffon est prélevé aux dépens du nerf grand auriculaire par une petite incision cervicale ou du nerf saphène externe prélevé en arrière de la malléole externe. Par sa longueur importante, ce dernier type de greffon permet des reconstructions nerveuses complexes allant du rocher jusqu’aux branches du nerf facial dans la parotide. Cette technique permet d’obtenir des résultats fonctionnels comparables à l’anastomose termino-terminale.

- **Facial irréparable : effecteur musculaire en état**

Il faut substituer au nerf facial un autre moteur par une anastomose nerveuse, déroutant un nerf voisin sur le bout distal du facial ou dérivant l'influx par un branchement latéro-terminal.

- ✓ **Anastomose termino-terminale du nerf [12]**

L'anastomose termino-terminale doit être la première option thérapeutique proposée devant une interruption du nerf facial, car cette chirurgie est la seule à restituer une mimique spontanée en plus de la symétrie au repos et la fermeture oculaire. Cette technique peut être proposée en cas d'interruption du nerf de moins de un an. Le délai entre l'interruption et la réparation est le facteur pronostic majeur. Pour les interruptions plus anciennes, d'autres techniques de réhabilitation, notamment l'anastomose hypoglosso-faciale (AHF), doivent être envisagées.

- ✓ **Anastomose hypoglosso-faciale [12]**

L'anastomose hypoglosso-faciale permet de réinnerver la partie distale du nerf facial et l'hémiface paralysée par le nerf hypoglosse homolatéral par une voie d'abord cervicale. La technique classique nécessite le sacrifice du nerf hypoglosse homolatéral. Une variante technique consiste à anastomoser une partie du nerf hypoglosse au nerf facial. Elle donnerait des résultats similaires sur la motricité faciale sans entraîner de paralysie linguale. Une fermeture oculaire efficace avec une symétrisation du visage au repos est obtenue dans environ 50 % des cas.

- **Muscles hors d'usage :** Greffes musculaires

Les lambeaux musculaires locaux (muscle masséter et temporal) peuvent être utilisés quand les muscles faciaux ne sont plus fonctionnels après une atrophie prolongée où il n'existe aucune possibilité de réinnervation. Ils peuvent également être

utilisés comme traitement adjuvant pour fournir une nouvelle musculature et une myoneurotisation.

1.8.2.5. Rééducation

Un traitement précoce par kinésithérapie, comprenant des massages et un programme d'exercices faciaux, reste recommandé **[25]**. Dans la méta-analyse de la revue Cochrane, cependant, seules quelques études de faible puissance montraient un bénéfice de cette pratique **[26]**.

1.8.2.6. Autres moyens

Le traitement par vitamine B12 et vitamine B1 ne bénéficie pas de données suffisantes dans la littérature pour faire partie du traitement systématique de la paralysie faciale idiopathique. L'électrostimulation n'a pas fait la preuve d'effets bénéfiques et n'est plus recommandée **[25]**.

D'autres thérapies, telles que l'acupuncture, le biofeedback, sont parfois utilisées dans la prise en charge de la PF périphérique. Leur efficacité est difficile à évaluer du fait de l'hétérogénéité des pratiques. Elles pourraient toutefois être utiles chez certains patients ainsi que dans la prise en charge des complications à type de syncinésies **[27]**.

1.8.3. Indications [28]

- **Paralysie faciale a frigore**

Le traitement est essentiellement médical. La corticothérapie précoce et intense paraît hâter la récupération. Le traitement antiviral n'a d'intérêt que prescrit précocement (dans les premiers jours), il est discuté mais largement utilisé aujourd'hui. La décompression chirurgicale du VII intrapétreux est réservée aux formes graves.

Comme pour toute paralysie faciale, il faut en outre protéger l'œil (soins oculaires) et associer une kinésithérapie pour maintenir le tonus musculaire.

- **Paralysie faciale périphérique zostérienne**

Le traitement associe : une corticothérapie précoce et intense en l'absence de lésion cornéenne et des antiviraux si le patient est vu précocement

- **Maladie de Lyme**

Les macrolides, cyclines ou bêtalactamines sont efficaces dans ce cas.

- **Paralysies faciales otogènes**

Elles sont traitées avec les complications des otites.

Lorsqu'elle complique une otite moyenne aigue, elle régresse habituellement après le traitement de l'otite. Lorsqu'elle complique une otite moyenne chronique (cholestéatomateuse), elle impose une intervention otologique d'urgence. Quand il ne s'agit pas d'un cholestéatome, il faudra rechercher une tuberculose de l'oreille.

- **Paralysies faciales traumatiques**

Une paralysie traumatique, d'origine inflammatoire, guérit généralement sans séquelle, à la condition d'un traitement corticoïde précoce. Lorsqu'elle est immédiate et complète, il faut craindre une section ou un écrasement du nerf, une intervention chirurgicale exploratrice (simple décompression du nerf, suture ou greffe) est à programmer dès que l'état neurologique du patient le permet. Les plaies de la région parotidienne peuvent également léser le tronc ou les branches du nerf facial. La constatation d'une paralysie faciale impose une réparation chirurgicale immédiate.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. CADRE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans les services d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) des centres hospitaliers universitaires de Cotonou (CHUZ- SL et CNHU- HKM).

❖ **Présentation du CHUZ – SL**

✓ Description du CHUZ-SL

Le CHUZ-SL est une structure sanitaire publique à caractère social. Il a pour mission la dispensation des soins curatifs, préventifs et promotionnels aux populations de la zone sanitaire Cotonou II-III et environs. Il dispense des soins de bonne qualité et à coût réduit.

✓ Situation géographique

Situé à Akpakpa, à la limite des quartiers Suru Léré et Kowegbo, au bord de la voie pavée allant de Saint-Martin au quartier Yénawa, il couvre une superficie de 8000 m^2. Il a été construit sur le site de l'ancien centre de santé de commune III avec l'appui du Fonds Européen de Développement. Il a démarré ses activités en 2004. Il est devenu un CHUZ par le décret N°2014-530 du 25 Août 2014.

✓ Composition de son infrastructure

Il est structuré en services :

- Service d'ORL-CCF
- Service d'ophtalmologie
- Service de pédiatrie
- Service de chirurgie
- Service de gynécologie et d'obstétrique
- Service de médecine interne

- Service d'odontostomatologie
- Service des urgences
- Service de rééducation fonctionnelle
- Un bloc opératoire
- Service de réanimation
- Centre de Traitement Ambulatoire des PV/VIH (CTA)
- Les services médicotechniques qui regroupent : un laboratoire, un service de radiologie
- Un département administratif qui regroupe les différents services administratifs.
- Une morgue
- Un service de maintenance

Après de nombreux travaux, sa capacité d'accueil est de 124 lits.

✓ Mission : Il est régi depuis sa création par le décret N°2002-0113 du 12 Mars 2002 portant approbation des statuts des centres de zone. Sa mission découle de la politique sanitaire du pays qui est entre autres d'assurer l'accessibilité géographique et financière aux soins de qualité. Il concourt également à l'hygiène et à la salubrité de la zone sanitaire. Depuis son intégration dans l'espace hospitalo-universitaire, il a pour mission la formation des étudiants et la recherche.

❖ **Description du service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale**

Le service d'ORL et CCF est dirigé par le professeur Agrégé François AVAKOUDJO, professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. C'est un service spécialisé qui reçoit les patients présentant des affections ORL venant de divers horizons. Il est situé au côté sud de l'hôpital. Il comporte :

- ✓ Une salle d'accueil partagée avec le service de stomatologie ;
- ✓ Un cabinet de consultation ;
- ✓ Une salle d'hospitalisation partagée avec la médecine interne, la chirurgie viscérale ou la pédiatrie selon l'âge du patient et le type de pathologie ;
- ✓ Une salle des soins ;
- ✓ Des bureaux ;
- ✓ Une cabine d'audiométrie

Ce service est animé par un personnel composé comme suit :

- ✓ **Personnel médical**
  - Deux (2) Maîtres de Conférence Agrégés d'ORL et CCF à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Praticiens hospitalo-universitaires) ;
  - Un (1) Médecin ORL et CCF (Praticien hospitalier).
- ✓ **Personnel paramédical**
  - Deux (2) infirmières diplômées d'état dont une technicienne supérieure en ORL ;
  - Un (1) aide-soignant.

On y retrouve également des étudiants de Sseptième année préparant leur thèse en ORL et CCF, et les étudiants en Cinquième année de médecine qui passent pour leur stage pratique.

Les activités pratiquées dans ce service sont les suivantes :

- ✓ **Consultations ORL**
- ✓ **Interventions chirurgicales**

- ✓ **Explorations fonctionnelles des oreilles**
- ✓ **Activités de soins**

    - Soins médicaux ;
    - Soins infirmiers ;
    - Hospitalisations ;

- ✓ **Activités de formation**

    - Médecins généralistes

- ✓ **Activités de recherche**

    - Travaux de thèse et des publications**.**

❖ **Présentation du CNHU-HKM de Cotonou**

Il fut créé en 1962 sous le nom de " Hôpital 350 lits", par la loi n° 62-32 du 30 Octobre 1962. Il devint en 1963 "l'hôpital autonome de Cotonou", puis en 1966 le " Centre National Hospitalier". En 1973, par décret N° 73/008 il devient "Centre National Hospitalier et Universitaire" afin de permettre aux étudiants en médecine d'y faire les stages. En 2001, il prendra le nom de " Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)".

Le CNHU-HKM, hôpital public de référence du BENIN, est localisé dans le département du Littoral, précisément dans le 12éme arrondissement de la ville de Cotonou. Il est situé au sommet de la pyramide du système hospitalier du Bénin. C'est un centre médical, d'enseignement, de recherche et de formation pratique pour les agents de santé de toutes les catégories. Il est organisé en cinq départements :

- Un département de médecine et spécialités médicales,
- Un département de santé maternelle et infantile,
- Un département de chirurgie et de spécialités chirurgicales,

- Un département des services médico-techniques,
- Un département administratif.

En plus des départements suscités, on retrouve une Pharmacie, une Banque de sang, l'Antenne Départementale Atlantique/Littoral de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS), un Service de maintenance, un Service de Rééducation et de Réadaptation fonctionnelle, une cuisine et une morgue.

❖ **Description de la clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL et CCF)**

Dirigée actuellement par le Professeur VIGNIKIN YEHOUESSI Bernadette, la clinique d'ORL et CCF accueille les malades provenant non seulement de différentes régions du Bénin mais aussi des pays voisins et comprend les secteurs suivants :

- Un bloc opératoire commun aux cliniques d'ORL et d'Ophtalmologie ;

- Le cabinet de consultation ORL et le secrétariat administratif du service ;

- Un pavillon d'hospitalisation, commun aux cliniques d'ORL et d'Ophtalmologie mis en fonction depuis le 6 Avril 1987. Ce bâtiment abrite le bureau du chef Service d'ORL et dispose d'une salle d'Audiométrie non opérationnelle et d'une salle de cours.

✓ Organisation du service

La clinique fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec des permanences et des gardes assurées par l'ensemble du personnel. En plus de son personnel, le service d'ORL et CCF reçoit pour les stages des médecins stagiaires pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES), des étudiants en 5ème année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et les étudiants de la 3éme année de l'Ecole

Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'Etat de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMES) de Cotonou.

2.2. METHODE D'ETUDE

2.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, comparative et analytique.

2.2.2. Période d'étude

Nous avons réalisé la collecte des données sur une période de 10 ans allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019.

2.2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des patients ayant consulté dans les services ORL-CCF du CHUZ Suru Léré et du CNHU-HKM pendant la période d'étude.

2.2.4. Critères d'éligibilité

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude les dossiers des patients ayant consulté dans les services ORL-CCF du CHUZ Suru Léré et du CNHU-HKM dans la période d'étude chez qui le diagnostic de paralysie faciale périphérique a été posé.

- **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude, tout dossier de patient reçu en consultation pour autre type de paralysie faciale : la paralysie faciale centrale.

- **Critères d'exclusion**

  Ont été exclus les dossiers incomplets et ceux qui n'ont pas été retrouvés ou ne comportaient pas les informations essentielles à notre étude.

2.2.5. Échantillonnage

La technique d'échantillonnage utilisée était le recrutement exhaustif des dossiers obéissant aux critères d'éligibilité.

2.2.6. Variables étudiées

- **Variable dépendante :** Paralysie faciale périphérique
- **Variables indépendantes :**
  - **Date de consultation**
  - **Données sociodémographiques :** sexe, profession, âge, niveau d'instruction, provenance
  - **Données cliniques :** motif(s) de consultation, circonstances de survenue, mode d'installation, délai avant consultation, antécédents, signes associés, latéralité, état du tympan
  - **Données paracliniques :** biologie, audiométrie tonale**,** scanner
  - **Evolution**

2.2.7. Technique et outil de collecte

2.2.7.1. Outil de collecte

Pour réaliser la collecte, nous nous sommes servis :

- Des registres de consultation de la période d'étude ;
- Des dossiers des patients au cours de la période d'étude ;

- D’une fiche de dépouillement (annexe), composée sur la base des données de la littérature prenant en compte les différentes variables énumérées plus haut, corrigée et validée par les encadreurs.

2.2.7.2. Technique de collecte

La collecte des données a été réalisée par nous-même. Pour recueillir les données, nous avons procédé à :

- Un recensement des numéros des dossiers dans les registres de la consultation ;
- Un retrait des dossiers aux archives et un dépouillement minutieux de ces derniers ;
- Un tri des dossiers complets selon nos critères d’inclusion ;
- Un remplissage de la fiche de collecte
- Une vérification des fiches remplies et une saisie au fur et à mesure des données dans la maquette conçue à cet effet.

2.2.8. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été saisies et traitées à l’aide du logiciel **EPI Data version 3.1.**

L’analyse des données a été effectuée à l’aide du logiciel **Epi Info 7**. La présentation des données sous forme de tableaux et de figures a été réalisée à l’aide des logiciels **Microsoft Word et Microsoft Excel 2016**.

Les fréquences ont été calculées pour les variables qualitatives. La moyenne et l’écart-type ont servi à décrire les variables quantitatives. Le test de **Chi² de Pearson** a servi à la compréhension des proportions dans le cas des croisements avec un seuil de significativité p= 0,05. Pour tout degré de significativité $p < 0,05$, nous avons conclu à une influence statistiquement significative de la variable indépendante testée sur la variable dépendante.

2.2.9. Aspect éthique

Une demande d'autorisation a été soumise aux autorités administratives du CNHU-HKM et du CHUZ-SL qui ont donné leur avis favorable. L'identification des dossiers a été codifiée lors de la collecte des données. Ainsi, la confidentialité de l'identité et des informations obtenues a été préservée.

2.2.10. Difficultés rencontrées

Des difficultés ont été rencontrées au cours de cette enquête et méritent d'être signalées. Il s'agit notamment du manque de certaines informations importantes rendant les dossiers incomplets et inexploitables et du nombre important de patients qui ont été perdus de vue.

3. RESULTATS

3.1. FREQUENCE

Pendant la période d'étude allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019, nous avons dénombré dans le service ORL-CCF du CHUZ-SL 42 cas de paralysie faciale périphérique sur un total de 21138 consultations soit 0,20%. Dans celui du CNHU-HKM, nous avons compté 146 cas sur un total de 25866 consultations soit 0,56%. Les cas de PFP représentaient 92,61% des cas de paralysie faciale reçus au cours de la période d'étude (188 sur 203). Le tableau II présente la répartition des cas de PFP selon le centre d'étude.

Tableau II: Répartition des cas par Centre Hospitalier Universitaire

CENTRE	Effectif	Fréquence (%)
CHUZ-SL	42	22
CNHU-HKM	146	78
Total	**188**	**100**

3.2. PERIODE DE CONSULTATION

Des cas de paralysie faciale périphérique ont été observés pendant tous les mois de la période d'étude**.** Le tableau III présente les fréquences annuelles des consultations pour PFP.

Tableau III: Répartition des patients en fonction de l'année de la première consultation.

Année de consultation	Nombre de consultations	Nombre de cas	Fréquence %
2010	3398	14	0,41
2011	4013	12	0,30
2012	4267	21	0,49
2013	4008	19	0,47
2014	**3713**	**30**	**0,81**
2015	10622	10	0,09
2016	4239	25	0,59
2017	3730	14	0,38
2018	4256	22	0,52
2019	4758	21	0,44
Total	47004	188	0,40

La saison sèche au Bénin comprend les mois suivants : Août, Septembre, Décembre et Janvier. En saison sèche, nous comptons 97 cas de PFP soit un pourcentage de 51,6%. Le tableau IV présente les fréquences des cas de PFP répartis selon le mois de la première consultation.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du mois de la première consultation.

Mois	Effectif	Fréquence %
Janvier	18	9,60
Février	12	6,40
Mars	12	6,40
Avril	17	9,00
Mai	18	9,60
Juin	17	9,00
Juillet	11	5,90
Août	**27**	**14,40**
Septembre	13	6,90
Octobre	16	8,50
Novembre	12	6,40
Décembre	15	7,90
Total	188	100

3.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

3.3.1. Age

La moyenne d'âge des patients était de **34,95 ±17,76 ans** avec des extrêmes de **0 et 78 ans**. La figure n°5 illustre la répartition des patients par tranche d'âge.

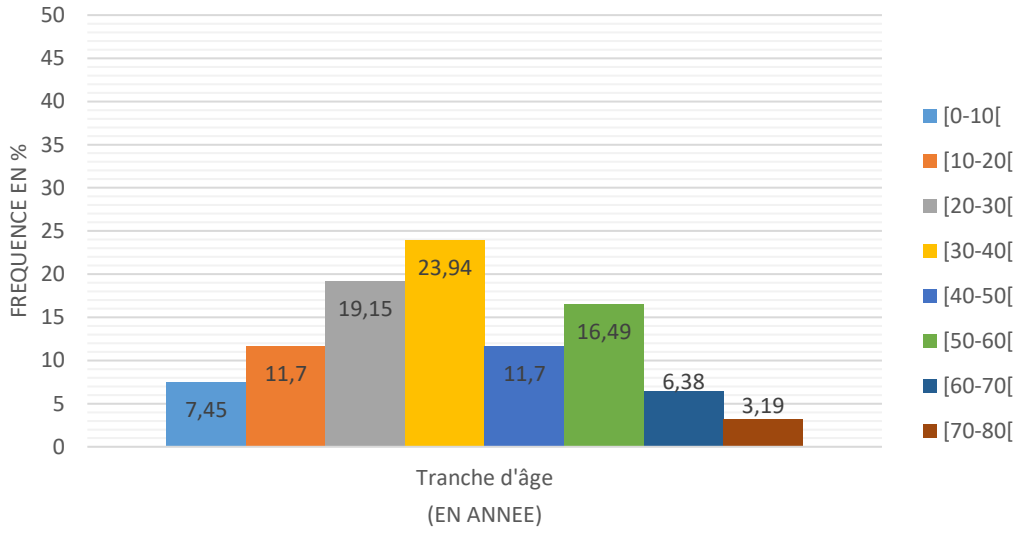


Figure n° 5: Répartition des patients selon la tranche d'âge

3.3.2. Sexe

Dans cette étude, une atteinte des deux sexes a été observée avec une prédominance masculine à 56%. Le sexe féminin représentait 44% des cas de paralysie faciale périphérique. La figure n°6 montre la répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge.

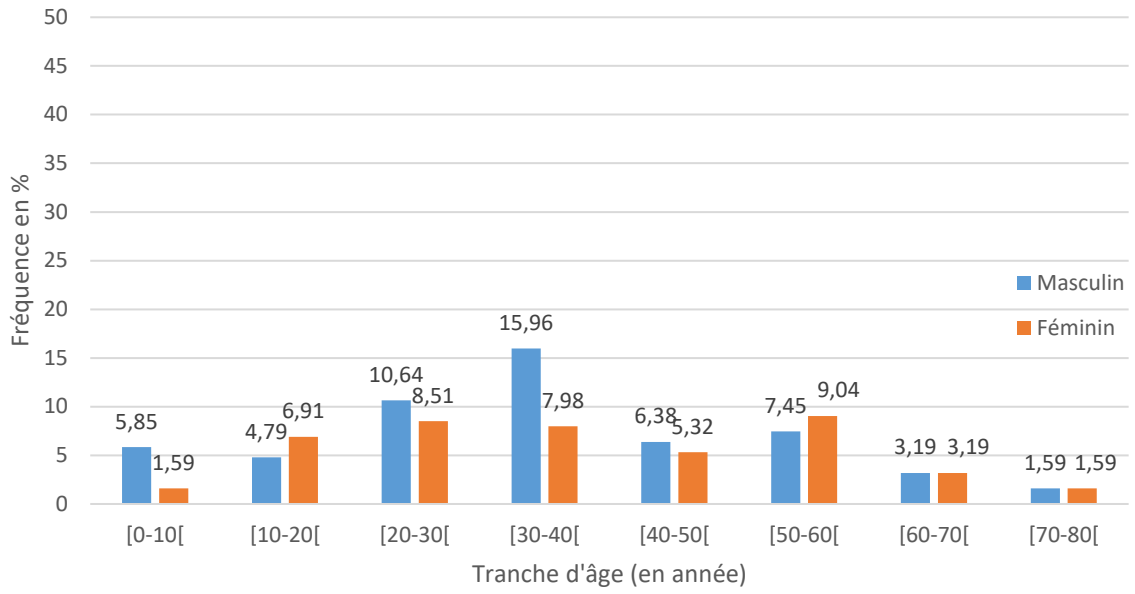


Figure n° 6: Répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge.

3.3.3. Occupation socioprofessionnelle

Plusieurs groupes socio-professionnels ont été représentés. Le tableau V présente la répartition des patients selon l'occupation socioprofessionnelle.

Tableau V: Répartition des patients en fonction de l'occupation socioprofessionnelle

Occupation socioprofessionnelle	Effectif	Fréquence %
Fonctionnaire	**59**	**31,30**
Elève/Étudiant(e)	36	19,20
Artisan(e)	25	13,30
Commerçant(e)	25	13,30
Ménagère	14	7,40
Retraité(e)	9	4,80
Sans profession	8	4,30
Non disponible	7	3,70
Autres	5	2,70
Total	**188**	**100**

Sans profession : Nourrissons et enfants de moins 4 ans (8)

Autres professions : Cultivateur (1), Imam (1), Pasteur (1) et Tradipraticien (2)

3.3.4. Niveau d'instruction

Un grand nombre des patients de cette série étaient instruits (65%) comme le présente la figure n°7.

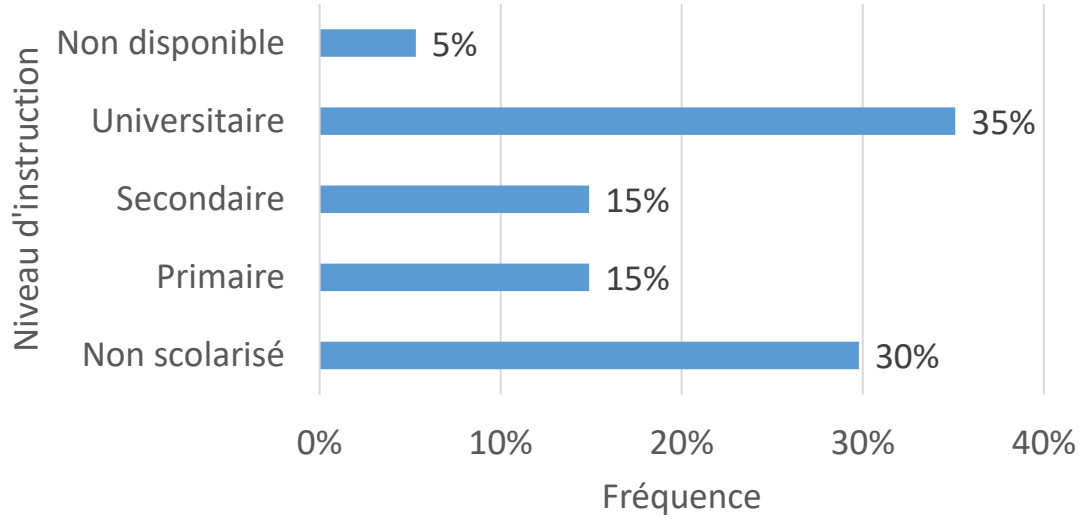


Figure n° 7: Répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction

3.3.5. Provenance

Dans cette série, 143 patients résidaient en milieu urbain contre 37 qui résidaient en milieu rural. La provenance des 8 restants n'avaient pas été précisée. La figure n°8 montre la répartition des cas en fonction de leur provenance.

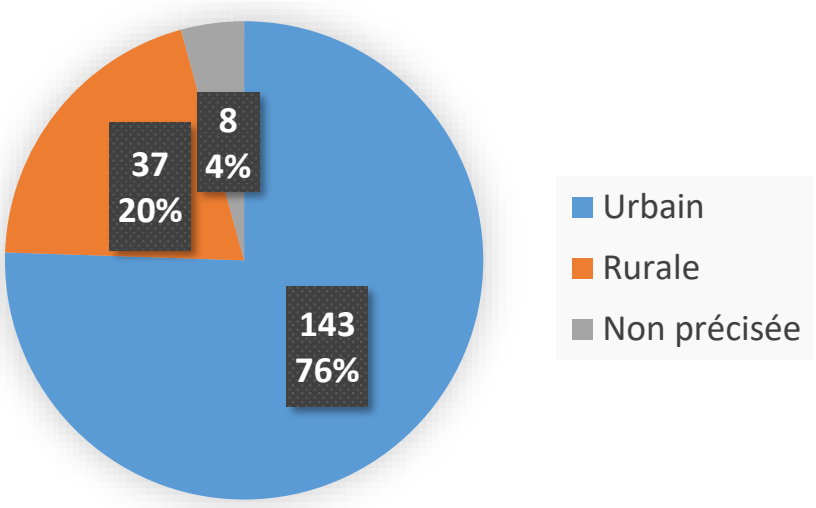


Figure n° 8: Répartition des patients selon leur milieu de provenance

3.4. ASPECTS CLINIQUES

3.4.1. Motif de consultation

Certains patients de la série avaient consulté pour des signes isolés et d'autres pour des associations de signes fonctionnels. Le tableau VI montre la répartition des patients selon leur(s) motif(s) de consultation.

Tableau VI: Répartition des patients selon le(s) motif(s) de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Fréquence %
Asymétrie faciale	75	39,90
Déviation buccale	28	14,90
Inocclusion palpébrale	23	12,20
Asymétrie faciale +Inocclusion palpébrale	12	6,40
Déviation buccale + Inocclusion palpébrale	12	6,40
Asymétrie faciale + Déviation buccale	9	4,80
Autres	29	15,40
Total	188	100

Autres : Otalgie (14), Otorragie (2), Hypoacousie (2), Otorrhée (1), Vertige (1), Dysgueusie (2), Hyperacousie douloureuse (1) et autres motifs rares.

3.4.2. Antécédents et terrain

Quatre-vingt-trois patients n'avaient aucun antécédent soit un pourcentage de 44,15%. Le tableau VII présente la répartition des patients selon les antécédents et le terrain.

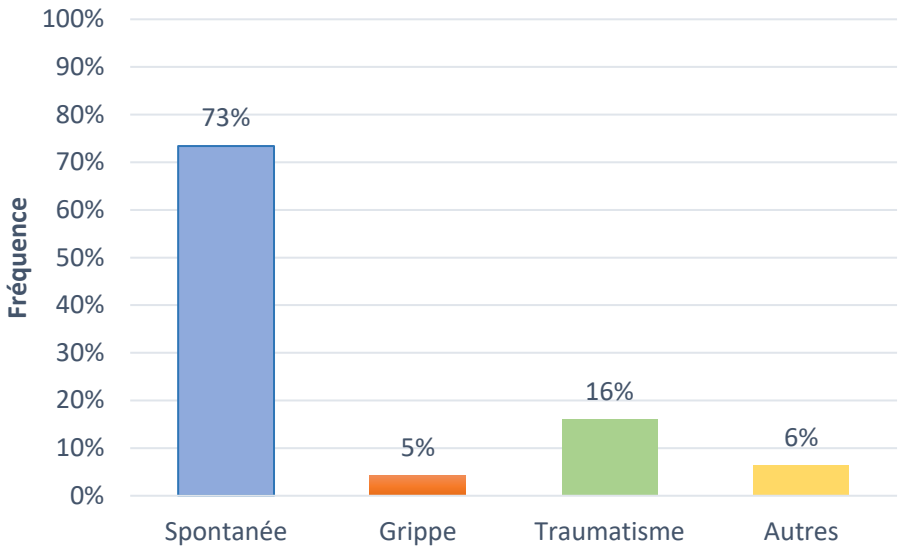
Tableau VII: Répartition des patients selon les ATCD et le terrain

	Effectif	**Fréquence %**
Infection HIV	4	2,13
Diabète	11	5,85
HTA	47	25,00
Otite moyenne chronique	1	0,53
Otite moyenne aigue	4	2,13
Grossesse	5	2,66
Traumatisme	32	17,02
Zona	1	0,53
Tumeur de la parotide ou intracrânienne	1	0,53
ATCD de PFP	6	3,19
Asthme	9	4,79
ATCD d'AVC	4	2,13
Autres*	19	10,11

*Terrain rare : Hémoglobinopathie, Agénésie du MAE et du pavillon, Tuberculose, Toxoplasmose, Hépatite B et C, Glaucome et autres.

3.4.3. Circonstances de survenue

Soixante-treize pour cent (73%) des cas de paralysie faciale périphérique étaient survenus de façon spontanée. La figure n°9 illustre la répartition des patients selon les circonstances de survenue de la PFP.



Autres : Poussée HTA (4%), Exposition au froid (1%) et Otite (1%)

Figure n° 9: Répartition des patients selon les circonstances de survenue

3.4.4. Mode d'installation

Le mode d'installation de la paralysie faciale était brutal (le matin au réveil) dans 83% des cas et progressif dans 17% des cas.

3.4.5. Délai avant consultation

Dans cette étude, 54,26% des patients ont consulté les premiers jours suivants l'apparition des signes (1 à 7 jours). Le tableau VIII présente la répartition des patients selon le délai avant la première consultation.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le délai avant consultation

Délai de consultation	Effectif	Fréquence (%)
1 à 7 jours	102	54,26
8 à 14 jours	40	21,28
15 à 22 jours	11	5,85
23 à 30 jours	12	6,38
Plus de 30 jours	23	12,23
Total	188	100,00

3.4.6. Signes associés

Dans cette série, 39,72% des patients avaient comme signe associé une otalgie et 25% des patients ne présentaient aucun signe associé. Le tableau IX présente la répartition des patients selon les signes associés.

Tableau IX: Répartition des patients selon les signes associés

Signes associés	Effectif	Fréquence %
Hypoacousie	29	20,57
Vertiges	12	8,51
Otorrhée	9	6,38
Otorragie	16	11,35
Otalgie	56	39,72
Acouphènes	22	15,60
Eruptions vésiculeuses	4	2,84
Troubles du goût	1	0,71
Douleurs péri-auriculaires	11	7,80
Adénopathies	14	9,93
Tuméfaction de la parotide	1	0,71
Autres*	45	23,93

*Céphalées (30), Fièvre (5), Larmoiement (8), Prurit auriculaire (1), Dysarthrie (1)

3.4.7. Examen physique

3.4.7.1. Etat général

L'état général de 166 patients étaient bon soit un pourcentage de 88,30%. Un seul patient de notre série avait une altération de l'état général comme le montre la figure n°10 ci-dessous.

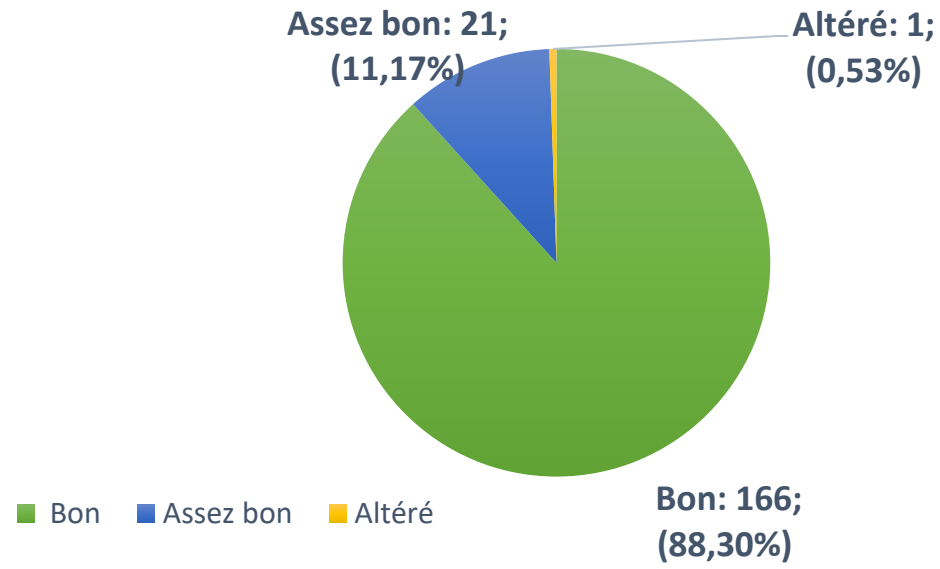


Figure n° 10: Répartition des patients selon l'état général à l'admission

3.4.7.2. Latéralité

Dans cette étude, 99,5% des patients avaient une paralysie faciale unilatérale. Un seul des patients a présenté une paralysie faciale bilatérale. La figure n°11 montre la répartition des patients selon la latéralité.

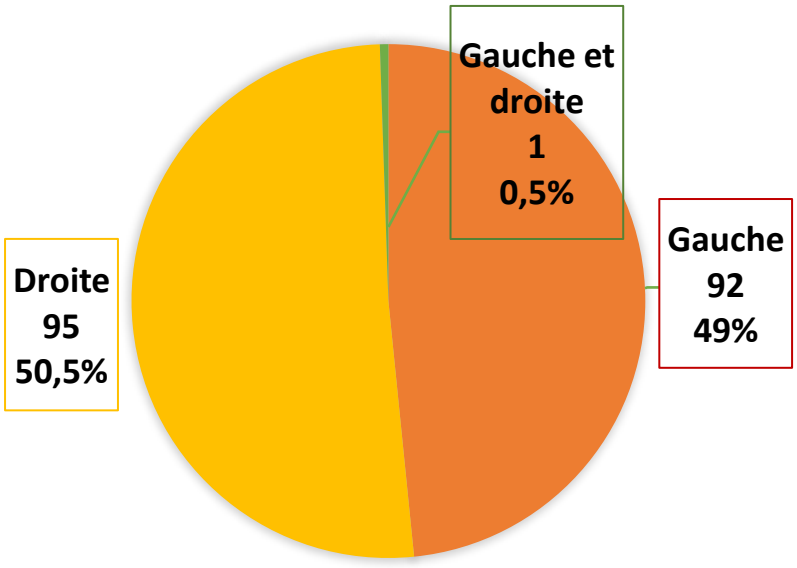


Figure n° 11: Répartition des patients selon la latéralité

3.4.7.3. Etat du tympan

L'otoscopie était normale chez 82% des patients de la série. Les tympans de certains malades n'ont pu être appréciés du fait de la présence de bouchons de cérumen ou de caillots de sang. Comme anomalie à l'otoscopie, il y avait des tympans inflammatoires, des hémotympans et des perforations tympaniques. La figure n°12 présente la répartition des patients selon l'état du tympan.

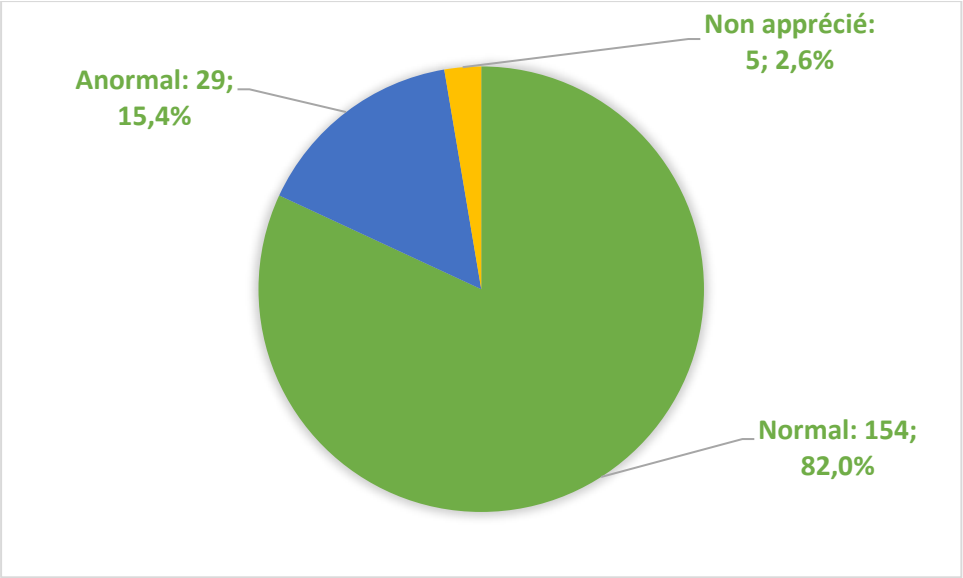


Figure n° 12: Répartition des patients selon l'état du tympan

Anormal : Inflammatoires (17), Hémotympan (5), Perforé (7)

3.4.7.4. Examen de la face

À l'examen de la face, les patients de la série présentaient des signes typiques de PFP : un effacement des plis frontaux, une déviation de la bouche, un effacement du sillon naso-génien, un signe de Charles Bell, une inocclusion palpébrale selon le degré de l'atteinte.

Le tableau X présente la répartition des patients en fonction des signes observés à l'examen de la face.

Tableau X: Répartition des patients selon les signes physiques

Signes		Effectif	Fréquence %
Effacement des plis frontaux		178	94,7
Chute de la paupière supérieure		46	24,5
Déviation de la bouche		184	97,9
Élargissement de la fente palpébrale		56	29,9
Absence du réflexe de clignement		107	56,9
Effacement du sillon naso-génien		184	97,9
Abaissement de la commissure labiale		165	87,7
Occlusion palpébrale	**Sans effort**	26	13,8
	Avec effort	34	18,1
	Incomplète	58	30,9
	Absente	70	37,2
Signe de Charles Bell		109	57,9
Signe des cils de Souques		34	18,1
Asymétrie de la bouche		180	95,7

3.4.8. Classification de House et Brackmann

Les degrés d'atteinte observés au cours de cette étude variaient entre les grades I et V de House et Brackmann. Le tableau XI présente la répartition des patients en fonction du degré de l'atteinte.

Tableau XI: Répartition des patients selon la classification de House et Brackmann.

Classification de House-Brackmann avant traitement	Effectif	Fréquence %
Grade I	24	12,77
Grade II	40	21,28
Grade III	**78**	**41,49**
Grade IV	45	23,93
Grade V	1	0,53
Grade VI	0	0
Total	188	100,00

3.4.9. Association d'atteinte d'autres nerfs crâniens

Nous avons observé dans cette série deux cas de paralysie faciale périphérique avec atteinte du nerf V, un cas associé à une atteinte du nerf VIII et un cas associé à une atteinte du VI. L'atteinte faciale était isolée dans les autres cas.

3.5. ASPECTS PARACLINIQUES

Les examens paracliniques les plus demandés étaient biologiques. La sérologie VIH avait été demandée à 45,21% des patients.

Le tableau XII montre la répartition des patients selon les examens paracliniques demandés.

Tableau XII: Répartition des patients selon les examens paracliniques demandés

	Effectif	Fréquence %
Sérologie VIH	85	45,21
Numération formule sanguine	53	28,19
Glycémie à jeun	47	25,00
Scanner du rocher	40	21,27
Audiométrie tonale	22	11,70
TPHA/VDRL	8	4,25
Réflexe stapédien	5	2,65
Tympanométrie	5	2,65
Vitesse de sedimentation	4	2,12
Aucun	62	32,97
Autres examens biologiques	17	9,04

Autres examens biologiques : CRP (5), Bilan rénal (8), Ionogramme (3), IDR (1)

3.5.1. Données biologiques

Certains patients n'ont pu réaliser les examens qui leur avaient été demandés, faute de moyens financiers ou parce qu'ils avaient été perdus de vus. Le tableau XIII présente la répartition des patients selon les résultats de la biologie.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats de la biologie

Examens biologiques	Effectif	Fréquence %
Glycémie à jeun		
Hyperglycémie	3	1,60
Normale	21	11,20
Sérologie HIV		
Positive	2	1,10
Négative	41	21,80
NFS		
Normale	23	12,20
Anémie	4	2,10
Hyperleucocytose	7	3,70
Vitesse de sédimentation		
Accélérée	3	1,60
Normale	1	0,50
TPHA-VDRL		
Négatif	5	2,70
Positif	0	0,00

3.5.2. Audiométrie

L'audiométrie tonale a été demandée chez 22 patients. Douze patients l'ont faite. Les audiométries étaient revenues toutes anormales avec 3,7% de déficiences auditives de transmission. On comptait 5 déficiences auditives mixtes soit un pourcentage de 2,7%.

3.5.3. Reflexe stapédien

Le réflexe stapédien a été demandé chez 5 patients. Quatre patients l'ont fait. Il était présent chez un seul patient.

3.5.4. Scanner

Le scanner avait été réalisé chez 26 patients. Il est revenu pathologique chez 17 patients. Le tableau XIV présente la répartition des patients selon les résultats obtenus au scanner.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les résultats du scanner

Résultats du scanner		Effectif	Fréquence %
Normal		9	4,79
Fracture	**Rocher**	7	3,72
	Mastoïde	3	1,60
Hématome intra-parenchymateux		4	2,13
Tumeur de la base du crâne		2	1,06
Hypodensité du sinus maxillaire		1	0,53
Total		26	13,83

3.6. DIAGNOSTIC RETENU

Les paralysies faciales "a frigore" représentaient 55,85% de cette série. Le tableau XV présente la répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Tableau XV: Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	Fréquence %
PFP “a frigore”	105	55,86
Traumatisme crânio-facial	27	14,36
Zona auriculaire	7	3,72
Autres	49	26,06
Total	188	100,00

Autres : Tumeur de la base du crâne (4), Otite moyenne aigue (14), Otite moyenne chronique (4), Hypertension artérielle (15), VIH (2), Grossesse (3), Malformation congénitale (1), Diabète (2), Sinusite (3), Tumeur parotidienne (1)

Le tableau XVI montre la répartition des patients en fonction du diagnostic retenu et de la tranche d’âge.

Tableau XVI: Répartition des cas selon le diagnostic retenu et la tranche d’âge des patients

	PFP “a frigore”		Zona auriculaire		Traumatisme crânio-facial		Autres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
[0-10[	8	4,30	0	0,00	2	1,10	4	2,10	14	7,40
[10-20[	16	8,50	1	0,50	0	0,00	5	2,70	22	11,70
[20-30[	17	9,00	0	0,00	9	4,80	10	5,30	36	19,10
[30-40[	26	13,80	4	2,10	9	4,80	6	3,20	45	23,90
[40-50[	14	7,40	1	0,50	2	1,10	5	2,70	22	11,70
[50-60[	16	8,50	1	0,50	4	2,10	10	5,30	31	16,50
[60-70[	4	2,10	0	0,00	1	0,50	7	3,70	12	6,40
[70-80[	4	2,10	0	0,00	0	0,00	2	1,10	6	3,20

***p**=0,202

Le tableau XVII montre la répartition des patients en fonction du diagnostic retenu et des signes associés.

Tableau XVII: Répartition des cas selon le diagnostic retenu et les signes associés

Signes associés	Diagnostic retenu				
	PFP "a frigore"	Zona auriculaire	Traumatisme crânio-facial	Autres	Total
Hypoacousie	10	0	9	10	29
Vertiges	7	0	3	2	12
Otorrhée	0	1	2	6	9
Otorragie	0	0	15	1	16
Otalgie	25	7	3	21	56
Acouphènes	14	1	1	6	22
Eruption vésiculeuse	0	4	0	0	4
Troubles de goût	1	0	0	0	1
Douleurs péri-auriculaires	7	0	2	2	11
Adénopathies	7	1	0	6	14
Tuméfaction de la parotide	0	0	0	1	1
Autres	23	4	9	9	45
Aucun	35	0	5	7	47

***p=** 0,009

3.7. TRAITEMENT

Le traitement des malades était médicamenteux et parfois associé à un traitement physique (Kinésithérapie). Certains cas d'abstention thérapeutique ont été observés chez des patients présentant des tares contre-indiquant le traitement

recommandé. Le tableau XVIII montre la répartition des patients en fonction du traitement institué.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le traitement institué

Traitement	Effectif	Fréquence %
Traitement médicamenteux	183	97,34
Aucun traitement	5	2,66
Kinésithérapie	145	77,13

Le tableau XIX présente la répartition des patients selon le traitement médicamenteux institué.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le traitement médicamenteux institué

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Anti-inflammatoires	171	90,96
Corticoïdes	128	68,09
AINS	43	22,87
Antibiotiques	119	63,30
Antalgiques	42	22,34
Vitamines	130	69,15
Antiviraux	28	14,89
Soins oculaires	132	70,21
Autres	25	13,29

Autres : Vasodilatateurs périphériques (13), Neurotropes (12)

3.8. EVOLUTION

Les patients ayant récupéré totalement représentaient 12,20% des patients avec suivis inscrits aux dossiers. Aucun des patients n'a présenté de complications ou

de séquelles. Le tableau XX présente la répartition des patients selon l'évolution de la PFP.

Tableau XX: Répartition des patients selon l'évolution de la PFP

Evolution	**Effectif**	**Fréquence en %**
Récupération totale	15	7,98
Récupération Partielle	54	28,72
Absence de récupération	54	28,72
Perdus de vue	65	34,57
Total	188	100,00

Le tableau XXI montre la répartition des patients selon le délai avant consultation et l'évolution de la PFP.

Tableau XXI: Répartition des cas selon le délai avant consultation et l'évolution de la PFP

Délai avant consultation	**Evolution**				**Total**
	Récupération totale	Récupération partielle	Absence de récupération	Perdus de vue	
0 à 7 jours	10	28	28	36	102
10 à 14 jours	3	17	7	13	40
15 à 22 jours	1	1	4	5	11
23 à 30 jours	0	3	4	5	12
Plus de 30 jours	1	5	11	6	23
Total	15	54	54	65	188

P= 0,33

Le tableau XXII présente la répartition des patients selon le degré de l'atteinte des patients et l'évolution sous traitement.

Tableau XXII: Répartition des patients selon le degré de l'atteinte des patients et l'évolution sous traitement

	Evolution				**Total**
	Récupération totale	Récupération partielle	Absence de récupération	Perdus de vue	
Grade I	5	4	5	10	24
Grade II	1	8	16	15	40
Grade III	4	26	24	24	78
Grade IV	5	15	9	16	45
Grade V	0	1	0	0	1
Total	15	54	54	65	188

P=0,31

Le tableau XXIII présente la répartition des patients selon le diagnostic retenu et l'évolution sous traitement.

Tableau XXIII: Répartition des cas selon le diagnostic retenu et l'évolution de la PFP

	PFP "a frigore"		Zona auriculaire		Traumatisme crânio-facial		Autres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Récupération totale	12	6,4	0	0,0	3	1,6	0	0,0	15	8,0
Récupération partielle	30	16,0	3	1,6	9	4,8	12	6,4	54	28,7
Absence de récupération	29	15,4	3	1,6	6	3,2	16	8,5	54	28,7
Perdus de vue	34	18,1	1	0,5	9	4,8	21	11,1	65	34,6

***p=** 0,215

Le tableau XXIV montre la répartition des patients en fonction de l'évolution de la PFP et du traitement reçu.

Tableau XXIV: Répartition des cas selon l'évolution de la PFP et le traitement reçu

	Evolution					
Traitement	Récupération totale	Récupération partielle	Absence de récupération	Perdus de vue	Total	Valeur de p
Corticoïdes	11	42	33	42	128	0,42
AINS	2	7	11	10	30	0,76
Soins Oculaires	10	45	36	41	132	0,17
Vitamines B	12	41	42	35	130	**0,03**
Antibiotiques	10	41	33	35	119	0,17
Antalgiques	3	14	11	14	42	0,92
Kinésithérapie	14	42	45	44	145	1
Autres	6	10	3	6	25	0,23

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude se fera en 3 étapes :

- L'atteinte des objectifs
- La validité de la méthode d'étude et les limites de l'étude
- La comparaison des résultats avec les données de la littérature

4.1. Atteinte des objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence et le profil sociodémographique des patients présentant une PFP dans les services ORL-CCF du CNHU-HKM et du CHUZ-SL, d'identifier les caractéristiques cliniques de la PFP, de recenser ses principales causes et d'exposer les traitements effectués et les résultats obtenus. Au vu des résultats auxquels nous sommes parvenue, nous pouvons dire que les objectifs fixés par l'étude ont été atteints :

- La PFP a représenté 0,40% des cas reçus en consultation dans les services ORL des CHU de Cotonou.
- L'âge des patients variait de **0 à 78 ans**, avec une moyenne de **34,95 ± 17,76 ans.** Le groupe professionnel le plus représenté était **les fonctionnaires 31,3%**. Le sexe masculin a été prédominant avec une sex-ratio de 1,27.
- Le principal motif de consultation des patients était l'asymétrie faciale avec 39,9%.
- Au plan étiologique, les paralysies faciales « a frigore » ont été les plus fréquentes (55,85 %) suivies des paralysies faciales d'origine traumatique (14,36%), de celles d'origine infectieuses (9,57%) et de celles d'origine hypertensive (7,99%).
- Au plan thérapeutique, 183 patients (97,34%) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux avec association d'une kinésithérapie chez 145 cas. Le traitement médicamenteux comprenait essentiellement des corticoïdes, de la vitamine B, des antiviraux, des soins oculaires.

- Au plan évolutif, 12,20% des patients avec suivis inscrits aux dossiers ont récupéré totalement de leurs paralysies.

4.2. Validité de la méthode et limites de l'étude

Il n'existe à notre connaissance qu'une étude hospitalière sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la PFP dans notre pays. Il s'agissait de celle de Diby qui s'est déroulée au CNHU-HKM en 1998. De même sur le plan continental, peu d'études similaires ont été effectuées. Nous avons réalisé une étude à collecte de données rétrospective et à visée descriptive basée sur l'exploitation des documents. Les dossiers des consultants ont été sélectionnés par exhaustivité. La rigueur dont nous avons fait preuve lors de la collecte des données nous ont permis de limiter les biais.

Toutefois, au cours de notre travail nous avons rencontré un certain nombre de difficultés à savoir : le mauvais état de certains dossiers, la non disponibilité de certaines données sociodémographiques, l'absence de suivi des patients.

4.3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature

4.3.1. Fréquence

Pendant la période l'étude, nous avons dénombré respectivement dans le service ORL-CCF du CHUZ-SL 42 cas de paralysie faciale périphérique soit **0,20%** sur un total de 21138 consultations, et dans celui du CNHU-HKM 146 cas soit **0,56%** sur un total de 25866 consultations.

Globalement du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019, 188 cas de paralysie faciale périphérique ont été enregistrés sur 47004 consultations dans les services ORL des CHU de Cotonou. Soit un pourcentage de **0,40%**. Ce résultat est comparable à celui de Diby **[6]** qui avait noté 39 cas de PFP pour 8148 patients soit 0,48% des cas au CNHU-HKM de Cotonou. Coulibaly **[4]** en 2012 a signalé 0,9% des cas soit moins de 1% au CHU Gabriel Touré du Mali tout comme Ibekwe **[29]** (0,95%) au Nigéria.

Cette basse fréquence observée pourrait s'expliquer par le fait que les médecins généralistes et neurologues interviennent dans la prise en charge de la PFP.

Les valeurs de la présente étude sont nettement inférieures à celle de Traoré **[30]** qui a relevé en Guinée dans le service ORL de la clinique Ambroise Paré, une fréquence de 2,72% comme Diallo et al **[15]** en Guinée Conakry (2,54%). Alors que Gribi et al **[5]** au Nigéria ont trouvé une fréquence de 9,1% en 2013.

Rowlands et al **[31]** ont noté une incidence de 20,2 cas sur 100000 par an au Royaume Uni.

En saison sèche, nous comptons 97 cas de PFP (Août, Septembre, Décembre, Janvier, Février, Mars) soit un pourcentage de 51,6% contre 48,4% en saison pluvieuse. Ce résultat concorde avec celui de Diby **[6]** qui explique cette prédominance par la poussière qui assèche la muqueuse nasale, favorisant l'accumulation de particules étrangères. Nous expliquons ce résultat par l'exposition au froid lors de cette saison, notamment au cours de l'harmattan.

4.3.2. Profil sociodémographique

- **Age**

La moyenne d'âge des patients était de **34,95 ±17,76 ans** avec des extrêmes de **2 mois et 78 ans**. Ce résultat est proche de ceux de Diby **[6]** et Khedr et al **[32]** d'Égypte qui ont observé des moyennes d'âge respectives de 30,39 ans et 32,4±16,2 ans. Coulibaly **[4]**, quant à lui, note une moyenne d'âge de 29,47 ans.

La tranche d'âge de **30 à 39 ans** était prédominante avec une fréquence de **23,94%**. Coulibaly **[4]** a noté que la tranche d'âge [21-30] ans a été la plus représentée dans 26,15% des cas. L'étude de Diby **[6]** a objectivé que les sujets entre 20 et 29 ans étaient les plus atteints. Khedr et al **[32]** ont remarqué que la tranche d'âge prédominante était celle entre 40 et 49 ans. Ces valeurs sont superposables aux nôtres.

La PFP touche plus l'adulte jeune. L'atteinte de cette population pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge, les sujets sont plus exposés aux infections, aux traumatismes et aux maladies générales telles que le diabète et l'hypertension artérielle.

- **Sexe**

Dans cette étude, on observe une **prédominance masculine** de **56 %** avec une sex-ratio de **1,27**. Ces résultats sont proches de ceux de Diby **[6]** et Coulibaly **[4]** qui ont trouvé que le sexe masculin a été le plus représenté avec des pourcentages respectifs de 59% et de 53,85%. Nos résultats concordent également avec ceux de El Harrad B **[33]** qui a trouvé une prédominance masculine de 52,9% au Maroc. Amusa et al **[34]** au Nigéria, observent aussi une prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,4.

Certaines études s'accordent à dire que la PFP est plus fréquente chez la femme. C'est le cas des études nigérianes de Ibekwe **[29]** et Tallawy et al **[35]** qui ont constaté une prédominance féminine avec un sex-ratio M/F respectivement à 0,71 et 0,57. Volk et al **[36]** ont également trouvé en Allemagne une prédominance féminine avec un pourcentage de 52,5%.

D'autres études ont noté une distribution égale des 2 sexes. C'est le cas de José Ferreira et al **[37]** au Portugal.

Chez les hommes, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 à 39 ans avec un pourcentage de 15,96% et chez les femmes celle de 50 à 59 ans avec 9,04%.

- **Occupation socioprofessionnelle**

Les groupes socio-professionnels les plus représentés étaient les **fonctionnaires** dans **31,3%** des cas suivis des élèves/étudiants(es) dans 19,2%. Ce résultat s'explique par le fait que la plupart des fonctionnaires faisaient partie de la tranche d'âge prédominante [30-39 ans] et par le fait que tout comme les étudiants, ils sont exposés aux accidents de la voie publique, causes de PFP d'origine traumatique. Diby **[6]** a noté

une prédominance des ménagères avec un pourcentage de 15,4%. Les Elèves/Etudiants et les Ménagères ont été les plus représentés avec 23,09% dans l'étude de Coulibaly **[4]** au Mali.

- **Niveau d'instruction**

Un grand nombre des patients de la série étaient instruits et **35%** ont atteint le niveau d'étude **universitaire**. Ce fait s'explique par le taux d'instruction assez élevé dans notre pays si l'on se réfère aux chiffres du RGPH-4 en 2013 (51,7%) **[38].**

- **Provenance**

Cette étude retrouve que **76%** de nos patients résidaient en milieu **urbain**. Contrairement à Khedr et al **[32]** qui ont relevé que 53,33% des patients vivaient en milieu rural. Ce résultat s'explique par la situation géographique des CHU de Cotonou et par le fait que la plupart des personnes vivant en milieu rural ont tendance à avoir recours dans un premier temps à l'automédication **[39]**.

4.3.3. Les antécédents

La connaissance des antécédents aide le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Plusieurs patients n'avaient aucun antécédent particulier notable (83 patients soit 44,15%). Coulibaly **[4]** et Khedr et al **[32]** avaient également fait cette remarque avec des pourcentage respectifs de 70,77% et 53,3%.

Dans cette étude, l'antécédent le plus retrouvé était l'**HTA** avec un pourcentage de **25 %.** Comme l'ont également constaté Ferreira-Penêda et al **[37]** et Coulibaly **[4]** dans respectivement 36,1% et 7,69% des cas.

Nous avons relevé que 17,02% des patients avaient un antécédent de **traumatisme**.

Onze patients étaient **diabétiques** soit **5,85%** des cas, résultat concordant avec celui de Coulibaly **[4]**. Par contre, Ferreira-Penêda et al **[37]** ont relevé 17,2% de patients souffrant de diabète.

Cinq cas de PFP sont survenus sur une grossesse soit 2,66%. Résultat similaire à celui de Ferreira-Penêda et al **[37]** qui ont rapporté un pourcentage de 1,8%. Khedr et al **[32]** quant à eux, ils ont observé 6,7% de cas de PFP sur grossesse.

La sérologie VIH était positive chez **2,13%** de nos patients. Et **3,19%** des patients faisaient une **récidive de PFP.** Ces cas de PFP récidivante sont observés chez des patients hypertendus, diabétiques ou séropositifs comme l'ont remarqué Baloglu et al **[40]** en Turquie.

4.3.4. Aspects cliniques

Dans cette étude, **73%** des cas de paralysie faciale périphérique étaient survenus de façon **spontanée**, puis **16%** au décours d'un **traumatisme**.

Le mode d'installation de la paralysie faciale était **brutal** (le matin au réveil) dans **83%** des cas. Ce résultat concorde avec l'étude de Coulibaly **[4]**, qui a constaté le mode brutal dans 86,15%. Diby **[6]** également note que l'installation est brutale chez la majorité des cas. Le mode progressif doit faire craindre une étiologie tumorale.

Le principal motif de consultation de cette étude était l'**asymétrie faciale** (**39,9%**). Ce résultat rejoint celui de Coulibaly **[4]** qui a fait la même observation avec 55,38% des cas. Ce constat est dû au fait qu'une asymétrie faciale est avant tout disgracieuse et fortement gênante.

Dans cette étude, plus de la moitié des patients (**54,26%**) ont consulté les premiers jours suivants l'apparition des signes (**1 à 7 jours**). Le délai médian a été de 3,5 mois (extrêmes de quelques heures à 12 ans).

Selon l'étude de Ferreira-Penêda et al **[37]**, un grand nombre de patients ont sollicité des soins médicaux aux premiers stades de la présentation : 69,8% dans les premières 24 heures, 16,6% à 24 à 48 heures, 8,4% à 48 à 72 heures et seulement 5,2% après 72 heures d'évolution. Du point de vue des auteurs, ce fait est dû à la dysmorphie faciale liée à la PFP, ainsi qu'à la crainte des patients face aux événements vasculaires centraux plus connus **[37]**.

Les patients de cette série avaient comme signes associés une **otalgie** avec un pourcentage de **39,72%**, suivie de l'**hypoacousie** dans **20,57%** des cas. Les patients ne présentant aucun signe associé représentaient 25% de la série. Ces résultats concordent avec ceux de Diby **[6]** et Khedr et al **[32]** qui avaient relevé que l'otalgie était le principal signe associé avec respectivement un pourcentage de 35,9% et 93,3%. Coulibaly **[4]** a remarqué que la paralysie faciale était associée à la dysgueusie dans 20% des cas suivie de l'hyperacousie douloureuse dans 18,46%.

Dans cette étude, 99,5% des patients avaient une paralysie faciale unilatérale avec prédominance de l'atteinte du côté **droit** (**50,5%**). Un seul des patients a présenté une paralysie faciale bilatérale. Coulibaly **[4]** a observé une atteinte unilatérale dans 100% des cas, dont 61,54% à droite. Diby **[6]** a constaté une prédominance gauche avec 51,3% tout comme Ibekwe **[29]** (57,9%).

L'otoscopie était normale chez 82% des patients. Ce résultat est en accord avec celui de Coulibaly **[4]** qui a relevé un tympan normal dans 67,69% des cas. Les tympans pathologiques étaient retrouvés essentiellement dans les cas de PFP infectieuses et traumatiques.

Le degré d'atteinte le plus fréquent était le **grade III** de House et Brackmann avec un pourcentage de **41,49%** en accord avec Ferreira-Penêda et al **[37]** qui ont constaté également plus de PFP de grade III (23,6%). Par contre, Coulibaly **[4]** a signalé une prédominance du grade VI de House et Brackmann dans 41,54%.

Nous avons observé dans cette série que 2,13% des cas de PFP étaient associés à une autre atteinte nerveuse à l'opposé de Coulibaly **[4]** qui a constaté un pourcentage de 13,85%. Il s'agissait de cas de PFP d'origine tumorale et hypertensive.

4.3.5. Aspects paracliniques

Les examens paracliniques les plus demandés étaient biologiques. La sérologie VIH était l'examen le plus demandé avec un pourcentage de 45,21%. Des 85 sérologies HIV demandées, 43 ont été faites. Deux sérologies sont revenues positives soit un pourcentage de 1,06%. Trois glycémies à jeun ont objectivé une hyperglycémie sur 24 réalisées soit un pourcentage de 1,6%. Coulibaly **[4]** constate 22,86% de diabète et une sérologie HIV positive dans 8,57%.

La sérologie syphilitique a été négative dans cette série concordant ainsi avec le résultat de Diby **[6]**. Selon Alvarez et al **[20]** en Suisse, le VIH et la syphilis causent moins de 1% des PFP. Durant la phase tertiaire de la syphilis, il existe une atteinte du SNC. Une étude réalisée sur 160 cas de neurosyphilis a montré que 8% avaient comme expression clinique une atteinte isolée au tronc cérébral ou d'un nerf crânien **[41]**. La PFP due à la syphilis est peu fréquente mais existe. Donc en cas de comportement à risque, d'antécédents de chancre mou ou autres symptômes suggestifs, des sérologies seront réalisées **[41]**.

L'audiométrie tonale a été demandée chez des patients ayant signalé une hypoacousie, 12 patients l'ont faite. Elle est revenue anormale chez tous ces cas avec une prédominance des déficiences auditives de transmission (3,7%). On comptait 5 déficiences auditives mixtes soit un pourcentage de 2,7%. Le réflexe stapédien a été demandé chez 5 patients. Quatre patients l'ont fait. Il était présent chez un seul patient.

Nous avons noté parmi les résultats pathologiques du scanner une prédominance des fractures du rocher avec un pourcentage de 3,72%. Nos résultats diffèrent de ceux des auteurs suivants :

- Kallel et al **[42]** en Tunisie ont noté une audition normale dans 18,8% des cas, une surdité de transmission dans 25% des cas, une surdité mixte dans 25% des cas, une surdité de perception dans 6,3% des cas et une cophose dans 25%. Le réflexe stapédien était absent dans tous les cas.
- Dans l'étude de Coulibaly **[4]**, un scanner du rocher ou du massif facial a été demandé dans 26,15% sur contexte traumatique et dans les otites moyennes chroniques, il était pathologique dans 78,57% des cas. L'audiométrie a été demandée dans 10,77%. Elle a révélé une surdité dans 71,43%.

4.3.6. Principaux diagnostics retenus

Au plan étiologique, les paralysies faciales « a frigore » ont été les plus fréquentes (55,85 %). La paralysie faciale "a frigore" reste néanmoins un diagnostic d'élimination.

Ensuite nous avons eu les paralysies faciales d'origine traumatique (14,36%) Ce pourcentage de PFP d'origine traumatique s'explique par la fréquence de survenue des AVP qui constituent 70% des étiologies de traumatismes crâniens **[43]**. Certaines de ces PFP s'accompagnaient de fracture du rocher (3,72%), et d'autres non.

En troisième position, nous avions les PFP d'origine infectieuse (9,57%). Ce résultat s'explique par la fréquence élevée des otites dans notre contexte et par la prise en charge tardive des otites liée au retard dans le délai de consultation. Abada et al **[17]** ont estimé que la PFP est la deuxième complication extracrânienne des OMC au Maroc avec un taux de 25%. Le mécanisme le plus fréquemment incriminé était la destruction osseuse du canal de Fallope par le cholestéatome **[17]**.

Les PFP d'origine hypertensive représentaient 7,99% des cas. Ce résultat concorde avec celui de Afolabi et al **[44]** qui ont noté au Nigéria que 8% des PFP étaient causées par un AVC.

Ces résultats concordent avec ceux de nombreux auteurs :

- Coulibaly **[4]** a noté dans son étude que la paralysie faciale a frigore était la plus rencontrée avec 44,60%, suivie des otites moyennes aigues ou chroniques avec ou sans mastoïdite avec 23,08% ; les paralysies faciales post traumatiques ont représenté 16,92% avec fracture du rocher dans la majorité des cas. Le VIH a été retrouvé chez 03 patients soit 4,62%.
- Diby **[6]** a observé comme principales causes 59% de PFP "a frigore", 20,5% de traumatisme, 12,8% d'infection virale, 5,1% de PFP hypertensive, 5,1% de VIH.
- Peitersen E **[21]** au Danemark, a noté 66,2% de PFP "a frigore", 6,6% de PFP d'origine malformative, 4,5% de PFP due à un herpès, 3,8% de PFP d'origine traumatique 3,0% de PFP d'origine diabétique.
- Pour Toulgoat et al **[11]**, la principale étiologie a été la paralysie faciale « a frigore » (60 %) suivie de l'origine traumatique (17 %), de causes inflammatoires ou infectieuses (10 %), et tumorales (6 %).
- Pour Volk et al **[36]**, les origines prédominantes de PFP sont idiopathiques (59%) et traumatiques (21%).

Dans cette étude, nous avons relevé 2 cas de PFP sur VIH soit un pourcentage de 1,1%. Ondzotto et al **[45]** au Congo Brazzaville et N'gattia et al **[46]** en Côte d'Ivoire, dans leurs études sur les manifestations ORL au cours du VIH ont remarqué respectivement la PFP chez 15,4% et 1,54% des patients. Au Togo, Boko et al **[47]** dans une étude similaire ont observé une PFP chez 28,12% des patients. La PFP dans ce cas serait liée à la séroconversion et/ou à une attaque directe du nerf par le virus **[16]**. La sérologie VIH doit être demandée systématiquement devant toute paralysie faciale périphérique sans cause apparente. La paralysie faciale constituerait un indicateur précoce de l'infection par le VIH dans le contexte africain **[28]**.

Nous avons relevé un cas de PFP qui présentait une malformation congénitale à type d'agénésie du MAE et du tympan. Une TDM avait été réalisée et l'objectivait.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic retenu et l'âge. Il existe par contre une relation entre le diagnostic retenu et les signes associés (p=0,009).

4.3.7. Aspects thérapeutiques

Dans cette série, le traitement médicamenteux a été le moyen le plus sollicité pour la prise en charge des patients avec **97,34%,** le traitement fonctionnel représentait **77,13%.**

Les soins oculaires, la vitaminothérapie B, la corticothérapie et l'antibiothérapie ont été les traitements médicamenteux les plus utilisés avec respectivement des pourcentages de **70,21%, 69,15%, 68,09% et 63,30%.**

Certains patients ont également bénéficié de vasodilatateurs périphériques avec un pourcentage de 6,91%. D'autres ont bénéficié de neurotropes (cytidine + uridine) (6,38%). Makhoul et al **[48]** avaient relevé un cas de paralysie ayant régressé en 3 mois après prescription de cytidine et d'uridine (famille des nucléosides, Nucleo®).

Dans son étude, Coulibaly **[4]** a remarqué que l'attitude thérapeutique adoptée était l'administration d'un traitement médicamenteux dans 87,69% à base de corticoïdes, de vitamines B, de vasodilatateurs, d'antiviraux, d'antibiotiques. Les soins oculaires et la kinésithérapie faciale étaient associés dans 83, 07%. Un traitement chirurgical avait été adopté dans 1,54% des cas et il s'agissait d'une tumeur de la parotide. Pour certains auteurs, la prise de corticoïdes augmente significativement la probabilité de guérison complète, l'efficacité des antiviraux serait plus aléatoire ; pour d'autres, c'est l'inverse. Les corticoïdes augmenteraient la probabilité de récupération totale et assureraient un meilleur résultat à 6 mois **[49, 50]**. Ils seraient également plus efficaces chez les personnes de plus 40 ans **[48]**. La posologie recommandée est de 60

mg/j de prednisolone pendant 5 jours, puis elle est diminuée de 10 mg/j **[51]**. L'efficacité des antiviraux serait plus aléatoire **[50]**. Seuls, ils seraient moins efficaces que les corticoïdes, mais ils potentialiseraient l'effet de la prednisolone lorsqu'ils sont associés. L'American Association of Neurology recommande un traitement combinant prednisolone (1 mg/kg/j) et aciclovir (400 mg 5 x/j) pendant 10 jours **[52]**. Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il faut commencer le traitement le plus tôt possible **[53]** ; il doit être instauré dans les 72 heures après l'apparition de la paralysie, sinon ses effets diminuent.

Au plan évolutif, 12,20% des patients avec suivis inscrits aux dossiers ont récupéré totalement de leurs paralysies. Et 43,90% des patients de ce même groupe n'ont récupéré que partiellement. Ces taux relativement bas pourraient s'expliquer par la non observance des traitements ou le non respect des rendez vous de suivi par les patients, probablement liés à des problèmes de moyens financiers.

Ces résultats diffèrent de ceux de Coulibaly **[4]** et El Harrad **[33]** qui ont noté comme pourcentage de récupération complète respectivement 33,84% et 76,4%.

Cette étude a révélé que les PFP "a frigore" sont celles qui récupèrent complètement le plus souvent (6,4%). Mais il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'étiologie et l'évolution. Concernant le délai avant consultation et l'évolution, 5,3% des patients ayant récupéré totalement étaient ceux ayant consulté les premiers jours après l'apparition des signes mais il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

D'après la présente étude, les patients ayant bénéficié d'une corticothérapie, d'une vitaminothérapie B, d'une antibiothérapie de couverture, de soins oculaires ou d'une kinésithérapie représentent la plus grande partie des patients ayant récupéré totalement. Néanmoins, excepté avec la vitaminothérapie, l'étude n'objective pas de lien statistiquement significatif entre l'évolution de la PFP et ces traitements.

CONCLUSION ET SUGGESTION

CONCLUSION

L'étude rétrospective à visée descriptive et analytique que nous avons réalisée portait sur les aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques de la paralysie faciale périphérique dans les CHU de Cotonou du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2019.

Nous retenons que les services ORL-CCF du CHUZ-SL et du CNHU-HKM ont reçu 188 cas de paralysie faciale périphérique soit 0,40% des consultations ORL. La moyenne d'âge des patients était de 34,95 ±17,76 ans avec des extrêmes de 0 et 78 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans était plus concernée avec une fréquence de 23,94%. Le sexe masculin a été prédominant avec une sex-ratio de 1,27. Les groupes socio-professionnels les plus représentés étaient les fonctionnaires (31,30 %) suivis des élèves et étudiants (19,20 %). Dans cette série, 76% des patients provenaient de milieu urbain.

Le principal motif de consultation des patients était l'asymétrie faciale avec 39,9%. Les antécédents retrouvés étaient surtout l'HTA (25 %) et le traumatisme crânio-facial (17,02%). Le mode d'installation de la paralysie faciale a été brutal (le matin au réveil) dans 83% des cas. Plus de la moitié des patients avaient consulté les premiers jours suivant l'apparition des signes (1 à 7 jours). Le principal signe associé a été l'otalgie. Une paralysie faciale unilatérale a été observée chez 99,5% des patients avec prédominance de l'atteinte du côté droit. Le degré d'atteinte le plus fréquent était le grade III de House et Brackmann.

Au plan étiologique, les paralysies faciales « a frigore » ont été les plus fréquentes (55,85 %) suivies des paralysies faciales d'origine traumatique, de celles d'origine infectieuse et de celles d'origine hypertensive.

Au plan thérapeutique, 183 patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux avec association d'une kinésithérapie chez 145 cas. Le traitement médicamenteux était fonction de l'étiologie. Il comprenait entre autres : la corticothérapie, l'antibiothérapie, la vitaminothérapie B, les soins oculaires.

Au plan évolutif, 12,20% des patients, avec suivis inscrits aux dossiers, ont récupéré totalement de leurs paralysies.

SUGGESTIONS

Sur la base des résultats obtenus, nos suggestions vont à l'endroit :

Des autorités :

- Le renforcement de la formation des Spécialistes en ORL notamment en Oto-neurochirurgie,
- La création d'une unité d'électrophysiologie en ORL,
- L'amélioration du plateau technique par l'apport de l'IRM, du matériel de monitoring du nerf facial.

Des praticiens :

- Le diagnostic et la prise en charge précoce des cas de paralysie faciale,
- La prise en charge précoce et adéquate des otites,
- La référence des malades vers les structures spécialisées ORL.

De la population

- La consultation dès l'apparition des premiers signes de la maladie.
- La souscription à des mutuelles santé pour faciliter la réalisation des examens complémentaires et l'achat des médicaments.
- Le respect du code de la route.

REFERENCES

1. **Lagarde J, Améri A.**
Paralysie faciale. EMC - Traité de médecine AKOS.2012;7(2):1-7.
2. **Sarrazin F, Lafoucrière A, Lannadère E, Robert M, Tankéré F, Lamas G et al.**
Evaluation des pratiques professionnelles : le cas des prises en charge de paralysies faciales périphériques. Glossa.2014;115(22):59-80.
3. **Prud'hon S, Kubis N.**
La paralysie faciale périphérique « a frigore ». La Revue de Médecine Interne.2019;40(1):28-37.
4. **Coulibaly MD.**
Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des paralysies faciales au CHU Gabriel Toure [Thèse n°2098]. Mali : Université des sciences, des techniques et des Technologies de Bamako ; 2012.94p.
5. **Gbiri CA, Sumaila FG, Usman JS.**
Prevalence and aetiological profiles of facial nerve paralysis: a five-year review of tertiary health institutions in Kano State, Northwestern Nigeria. Journal of Community and Health sciences. 2013;8(1):32-40.
6. **Diby OD.**
Les paralysies faciales et périphériques [Thèse n°2098]. Bénin : Faculté des Sciences de la Santé ;1998.116p.
7. **Quevauvilliers J, Somogyl A, Fingerhut A.**
Dictionnaire médical avec atlas anatomique. 3ème éd. Poissy:Elsevier Masson; 2009.
8. **Debry C, Mondain M, Reyt É.**
Abrégés ORL. 2è éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson;2011.

9. **Kamina P.**
Anatomie clinique : Neuroanatomie. 2è éd. Poitiers : Maloine ; 2006.
10. **Pons Y, Ukkola-Pons E.**
Paralysie faciale périphérique. EMC - Ophtalmologie.2013;10(1):1-9.
11. **Toulgoat F, Sarrazin J-L, Benoudiba F, Pereon Y, Auffray-Calvier E, Daumas-Duport B et al.**
Nerf facial : de l'anatomie à la pathologie. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle.2013;94(10):1039-48.
12. **Bozorg-Grayeli A, Bouccara D, Sterkers O**.
Traitement chirurgical de la paralysie faciale. La Lettre du Neurologue.2003;7(7):235-9.
13. **Stricker M, Simon E, Coffinet L, Sellal S, Duroure F.**
Paralysie faciale. EMC - Dentisterie.2004;1(4):382-416.
14. **Lebrun L.**
La paralysie faciale périphérique et sa prise en charge orthophonique en libéral [Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste]. France : Université de Nantes ; 2012.223p.
15. **Diallo AO, Diallo LL, Kéita A, Barry S, Diallo MM, Baldé R et al.**
Paralysie faciale périphérique révélatrice d'une infection par le VIH chez le noir africain. Mali médical. 2017;32(2):7-11.
16. **Komolafe MA, Fatusi OA, Alatise OI, Komolafe EO, Amusa YB, Adeolu AA et al.**
The Role of Human Immunodeficiency Virus Infection in Infranuclear Facial Paralysis. Journal of the National Medical Association. 2009;101(4):361-6.
17. **Abada RL, Mansouri I, Maamri M, Kadiri F.**
Complications des otites moyennes chroniques. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale.2009;126(1):1-5.

18. **Chahed H, Dhaouadi A, Mediouni A, Kedous S, Bachraoui R, Zainine R et al.**

Paralysie faciale périphérique suite à une otite moyenne aiguë. La Presse Médicale.2014;43(6):e135-9.

19. **Gaio E, Marioni G, Filippis C, Tregnaghi A, Caltran S, Staffieri A.**

Facial nerve paralysis secondary to acute otitis media in infants and children. J Paediatr Child Health.2004;40(8):483-6.

20. **Alvarez V, Dussoix P, Gaspoz JM.**

Paralysie faciale : diagnostic et prise en charge par le médecin de premier recours. Revue Méd Suisse.2009;5(188):258-62.

21. **Peitersen E.**

Bell's Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies. Acta Otolaryngol. 2002;122(549):4-30.

22. **Sullivan FM, Morrison JM, Davenport RJ, Hammersley V, Hayavi S, Stewart K.**

Early Treatment with Prednisolone or Acyclovir in Bell's Palsy. N Engl J Med. 2007;357(10):1598-607.

23. **Engström M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, Axelsson S, Pitkäranta A, Hultcrantz M et al.**

Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. The Lancet Neurology.2008;7(11):993-1000.

24. **Gronseth GS, Paduga R.**

Evidence-based guideline update: Steroids and antivirals for Bell palsy: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.2012;79(22):2209-13.

25. **Tabarki B.**

Prise en charge de la paralysie faciale périphérique chez l'enfant. Archives de Pédiatrie.2014;21(10):1145-8.

26. **Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF.**
Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Syst Rev.2011;(12):CD006283.

27. **Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R et al.**
Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. Otolaryngol Head Neck Surg.2013;149(5):656-63.

28. **Attifi H, Hmidi M, Boukhari A, Touihem N, Kettani M, Zalagh M et al.**
Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. Pan African Medical Journal. 2014; 19(40):1-8.

29. **Ibekwe UM.**
Facial Nerve Palsy: A Report on the Prevalence, Intervention and Outcome in a Tertiary Hospital in the South- South Region of Nigeria. JAMMR.2019;30(10):1-9.

30. **Traoré M.**
Paralysie faciale périphérique d'origine otogène : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au service d'Otorhinolaryngologie de la clinique Ambroise Paré. Journal de neurologie-neurochirurgie-psychiatrie.2019;2(19):42-6.

31. **Rowlands S, Hooper R, Hughes R, Burney P.**
The epidemiology and treatment of Bell's palsy in the UK. Eur J Neurol.2002;9(1):63-7.

32. **Khedr EM, Fawi G, Abbas MAA, El-Fetoh NA, Zaki AF, Gamea A.**
Prevalence of Bell's palsy in Qena Governorate, Egypt. Neurological Research.2016;38(8):663-8.

33. **El Harrad B.**
La paralysie faciale périphérique idiopathique (A propos de 17 cas avec revue de la littérature) [Thèse]. Maroc: Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2004.122p.

34. **Amusa YB, Akinpelu OV, Alabi GH, Komolafe MA, Lasisi OA, Komolafe EO et al.**
Facial Nerve palsy: the Experience at a Nigerian Teaching Hospital. Nigerian Journal of Otorhinolaryngology.2006;3(2):72-6.

35. **Tallawy NH, Farghaly WM, Abo-Elfetoh N, Rageh TA, Metwaly NA, Shehata GA.**
Epidemiology of Bell's palsy in Al-Kharga district, New Valley, Egypt. Neurological Research.2013;35(7):663-70.

36. **Volk GF, Klingner C, Finkensieper M, Witte OW, Guntinas-Lichius O.**
Prognostication of recovery time after acute peripheral facial palsy: a prospective cohort study. BMJ Open. 2013;3(6):1-9.

37. **Ferreira-Penêda J, Robles R, Gomes-Pinto I, Valente P, Barros-Lima N, Condé A.**
Peripheral Facial Palsy in Emergency Department. Iranian Journal of Otorhinolaryngology.2018;30(98):145-52.

38. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.**
Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-4). 2013;3:33p.

39. **Hounkpatin S, Avakoudjo F, Lawson S, Vodouhè U, Dossou K, Njouokep K et al.**
L'automédication en ORL au Centre Hospitalier et Départemental du Borgou à Parakou dans le Nord-Bénin. La revue africaine d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. 2015;15(1):20-5.

40. **Baloglu HH, Savas S, Suslu FE, Tuz M.**
Recurrent idiopathic facial paralysis: a case report. Turk J Rheumatol.2010;25(3):162-4.

41. **Timmermans M, Carr J.**
Neurosyphilis in the modern era. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004;75(12):1727-30.

42. **Kallel S, Mnejja M, Moudi FM, Said AB, Hammami B, Chakroun A et al.**
Paralysie faciale périphérique par fracture de l'os temporal: à propos de 16 cas. JIM Sfax. 2017;1(26):43-8.

43. **Hodé L, Sogbo DHO, Hounnou MG, Houessou GF, Voyèmè AKA, Chobli M.**
Prise en charge des traumatismes crânio-encéphaliques chez les enfants à Cotonou. AJNS. 2016;35(1):55-65.

44. **Afolabi OA, Alab BS, Lasisi OA.**
Aetiological Profile of Facial Nerve Palsy in North Central Nigeria. East and Central African Journal of Surgery. 2008; 13(1):101-3.

45. **Ondzotto G, Ibara JR, Mowondabeka P, Galiba J.**
Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale. À propos de 253 cas congolais. Bull Soc Pathol Exot.2004;97**(**1):59-63.

46. **N'gattia KV, Tea ZB, Zouzou KG, N'gouan JM, Koffi-N'guessan L, Adjoua RP.**
Les manifestations ORL au cours du VIH/ SIDA. Rev Int Sc Méd. 2013;15(3):132-6.

47. **Boko E, David M, Kpemissi E, Beutter P, Lescanne E.**
Manifestations ORL de l'infection par le VIH : étude clinique de 110 patients. Lettr Otolaryngol - chirur cervic - fac. 2006;303:22-4.

48. **Makhoul R, Even J, Sudrat Y, Devoize L, Huard C.**
Paralysie faciale périphérique et soins dentaires : lien ou coïncidence, pour quelle prise en charge. Med Buccale Chir Buccale.2014;20(2): 103-6.

49. **Monini S, lazzarino AI, Iacolucci C, Buffoni A, Barbara M.**
Epidemiology of Bell's palsy in an Italian Health District: incidence and case-control study. Acta otorhinolaryngologica italica. 2010;30(4):198-204.

50. **Quant EC, Jeste SS, Muni RH, Cape AV, Bhussar MK, Peleg AY.**
The benefit of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. BMJ. 2009;339:b3354.

51. **Murthy JMK, Saxena AB.**
Bell's palsy: treatment guidelines.Ann Indian Acad Neurol.2011;14(5):70-2.

52. **Tzempos FH, Cocos A, Kleftogiannis M, Zarakas M, Iatrou I.**
Transient delayed facial nerve palsy after inferior alveolar block anesthesia. Anesth Prog. 2012;59(1):22-7.

53. **Gronseth GS, Paduga R.**
Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy. Report of the guideline development subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2012;79(22):2209-13.

ANNEXES

FICHE DE DEPOUILLEMENT

1. IDENTIFICATION

N° de fiche
N° d'anonymat
Date de consultation

2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1	Age	
Q2	Sexe	1 = Masculin 2 = Féminin
Q3	Nationalité	1 = Béninoise 99 = Autre, préciser
Q4	Ethnie	1 = Fon 2 = Adja
		3 = Mina 4 = Yoruba
		5 = Peulh 88 = N/D 99 = Autre, préciser
Q5	Niveau d'instruction	1 = Primaire 2 = Secondaire
		3 = Universitaire 4 = Aucun
Q6	Profession	0 = Sans profession 1 = Ménagère
		2 = Commerçant(e)
		3 = Fonctionnaire 4 = Elève
		5 = Etudiant(e)
		6 = Artisan(e) 88 = N/D
		99 = Autre, préciser
Q7	Situation matrimoniale	1 = Célibataire 2 = Marié(e)
		3 = Concubinage
		4 = Veuve 88 = N/D
Q8	Provenance	1 = Urbaine 2 = Rurale
		88 = N/D

Q9 Religion 1 = Christianisme 2 = Islam

3 = Animisme

88 = N/D 99 = Autre, préciser

3. ANTECEDENTS

Q10	Infection VIH	1 = Oui 2 = Non
Q11	HTA	1 = Oui 2 = Non
Q12	Diabète	1 = Oui 2 = Non
Q13	Otite moyenne chronique	1 = Oui 2 = Non
Q14	Otite moyenne aigue	1 = Oui 2 = Non
Q15	Grossesse	1 = Oui 2 = Non
Q16	Traumatisme	1 = Oui 2 = Non
Q17	Chirurgie récente de l'oreille ou de la parotide	1 = Oui 2 = Non
Q18	Varicelle	1 = Oui 2 = Non
Q19	Zona	1 = Oui 2 = Non
Q20	Herpès	1 = Oui 2 = Non
Q21	Tumeur de la parotide ou intracrânienne	1 = Oui 2 = Non
Q22	Autres ATCD ou terrain	1 = Oui, préciser 2 = Non

4. DONNEES CLINIQUES

Q23 **Motif de consultation** 1 = Asymétrie faciale

2 = Inocclusion palpébrale

3 = Déviation buccale

4 = Autres, préciser

Q24 **Circonstances de survenue** 1 = Spontanée 2 = Grippe

3 = Traumatisme

		4 = Chirurgie récente de l'oreille ou parotide
		5 = Autres préciser
Q25	**Mode d'installation**	1 = Brutal 2 = Progressif
Q26	**Délai de consultation** : préciser (jours)	
Q27	**Signes associés**	**1 = Oui 2 = Non**
Q27a	Hypoacousie	1 = Oui 2 = Non
Q27b	Hyperacousie douloureuse	1 = Oui 2 = Non
Q27c	Vertiges	1 = Oui 2 = Non
Q27d	Otorrhée	1 = Oui 2 = Non
Q27e	Otorragie	1 = Oui 2 = Non
Q27f	Otalgie	1 = Oui 2 = Non
Q27g	Acouphènes	1 = Oui 2 = Non
Q27h	Eruption vésiculeuse	1 = Oui 2 = Non
Q27i	Troubles du gout	1 = Oui 2 = Non
Q27j	Douleurs péri-auriculaires	1 = Oui 2 = Non
Q27k	Adénopathies	1 = Oui 2 = Non
Q27l	Tuméfaction de la parotide	1 = Oui 2 = Non
Q27m	Autres, préciser	1 = Oui 2 = Non

5. EXAMEN PHYSIQUE

Q28	***Etat général***	1 = Bon 2 = Assez bon 3 = Altéré
Q29	***Côté atteint***	1 = Gauche 2 = Droit
		3 = Droit et gauche
Q30	***Au repos***	
Q30a	Effacement des plis frontaux	1 = Oui 2 = Non
Q30b	Chute de la paupière supérieure	1 = Oui 2 = Non
Q30c	Déviation de la bouche du côté sain	1 = Oui 2 = Non
Q30d	Fente palpébrale élargie	1 = Oui 2 = Non

Q30e	Absence de clignement reflexe	1 = Oui 2 = Non
Q30f	Effacement du sillon naso-génien	1 = Oui 2 = Non
Q30g	Abaissement de la commissure labiale	1 = Oui 2 = Non
Q31	***A la mimique***	
Q31a	Occlusion palpébrale	1 = Complète sans effort 2 = Complète avec effort 3 = Incomplète 4 = Absente
Q31b	Signe de Charles Bell	1 = Oui 2 = Non
Q31c	Signe du peaucier de Babinski	1 = Oui 2 = Non
Q31d	Signe des cils de Souques	1 = Oui 2 = Non
Q31e	Mobilité du front	1 = Oui 2 = Non
Q31f	Asymétrie de la bouche	1 = Oui 2 = Non
Q32	***Autres signes***	**1 = Oui 2 = Non**
Q32a	Hypo/Anesthésie de la zone de Ramsay Hunt	1 = Oui 2 = Non
Q32b	Agueusie dans les 2/3 antérieurs de la langue	1 = Oui 2 = Non
Q32c	Diminution des sécrétions lacrymales salivaires	1 = Oui 2 = Non
Q33	**Etat du tympan**	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non apprécié
Q34	***Classification de House-Brackmann avant traitement***	1= I 2 = II 3 = III 4 = IV 5 = V 6 = VI

6.	**EXAMENS PARACLINIQUES DEMANDES**	1 = Oui 2 = Non
Q35	***Données biologiques***	**1 = Oui 2 = Non**
Q35a	Glycémie à jeun	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite

Q35b	Sérologie VIH	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q35c	Numération Formule Sanguine	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q35d	Vitesse de Sédimentation	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q35e	Sérologie TPHA/VDRL	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q35f	Autres	1 = Oui, préciser 2 = Non
Q36	***Explorations fonctionnelles***	**1 = Oui 2 = Non**
Q36a	Audiométrie tonale	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q36b	Reflexe stapédien	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non fait
Q36c	Tympanométrie	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite
Q36d	Test de Schirmer	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non fait
Q36e	Test de Blatt et Electrogustométrie	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non fait
Q37	***Explorations électrophysiologiques***	**1 = Oui 2 = Non**
Q37a	Electromyogramme (EMG)	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non fait
Q37b	Electroneuronographie (ENoG)	1 = Normale 2 = Anormale, préciser

		3= Non faite
Q38	***Explorations radiologiques***	**1 = Oui 2 = Non**
Q38a	Scanner du rocher	1 = Normal 2 = Anormal, préciser 3= Non fait
Q38b	IRM	1 = Normale 2 = Anormale, préciser 3= Non faite

7. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE 1 = Oui 2 = Non

Si oui, préciser
1 = A Frigore
2 = Zona
3 = Traumatisme

4 = Autres, préciser

8. TRAITEMENT

Q39	***Médicamenteux***	**1 = Oui 2 = Non**
Q39a	Corticoïdes	1 = Oui 2 = Non
Q39b	Antiviraux	1 = Oui 2 = Non
Q39c	Soins oculaires	1 = Oui 2 = Non
Q39d	Vitamines B	1 = Oui 2 = Non
Q39e	Antibiotiques	1 = Oui 2 = Non
Q39f	Anti-inflammatoires	1 = Oui 2 = Non
Q39g	Antalgiques	1 = Oui 2 = Non
Q39h	Autres, préciser	1 = Oui 2 = Non
Q40	***Chirurgical***	**1 = Oui 2 = Non**
Q40a	Décompression nerveuse	1 = Oui 2 = Non
Q40b	Greffe du nerf facial	1 = Oui 2 = Non
Q40c	Anastomose termino-terminale du nerf	1 = Oui 2 = Non
Q40d	Anastomose hypoglossofaciale	1 = Oui 2 = Non
Q40e	Greffes musculaires	1 = Oui 2 = Non
Q40f	Autres, préciser	1 = Oui 2 = Non

Q41	***Traitement fonctionnel***	**1 = Oui**	**2 = Non**
Q41a	Kinésithérapie	1 = Oui	2 = Non
Q41b	Electrostimulation	1 = Oui	2 = Non
Q41c	Acupuncture	1 = Oui	2 = Non
Q41d	Autres, préciser	1 = Oui	2 = Non

9. EVOLUTION

	1er Mois	**2eme Mois**	**3eme Mois**	**4eme Mois**	**5eme Mois**	**6eme Mois**	**7eme Mois**	**8eme Mois**
Q42 Récupération totale								
Q43 Récupération partielle								
Q44 Absence de récupération								
Q45 Complications								

10.	**COMPLICATIONS**	**1 = Oui**	**2 = Non**
Q45a	Complications oculaires	1 = Oui	2 = Non
Q45b	Syncinésies	1 = Oui	2 = Non
Q45c	Syndrome des larmes de crocodile	1 = Oui	2 = Non
Q45d	Spasme hémifacial	1 = Oui	2 = Non
Q45e	Séquelles psychologiques	1 = Oui	2 = Non

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

DEDICACES I

REMERCIEMENTS V

HOMMAGES IX

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS XI

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES XIV

SOMMAIRE XIX

INTRODUCTION 1

1.GENERALITES 4

1.1. DEFINITIONS 5

1.2. RAPPEL ANATOMIQUE DU NERF FACIAL 5

1.2.1. Origine 5

1.2.2. Trajet-Rapports 6

1.2.3. Branches collatérales 8

1.2.4. Branches terminales 10

1.3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DU NERF FACIAL 13

1.3.1. Fonction motrice 13

1.3.2. Fonction sensitive 13

1.3.3. Fonction sensorielle 14

1.3.4. Fonction végétative parasympathique 14

1.4. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE..... 14

1.4.1. Étude clinique 14

1.4.1.1. L'interrogatoire 14

1.4.1.2. L'examen physique 15

1.4.2. Evaluation clinique..... 18

1.4.3. Examens paracliniques 19

1.5. COMPLICATIONS 22

1.6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL 24

1.7. ETIOLOGIES..... 24

1.8. TRAITEMENT..... 29

1.8.1. Buts 29

1.8.2. Moyens..... 29

1.8.2.1. Corticoïdes 29

1.8.2.2. Antiviraux 29

1.8.2.3. Soins oculaires 30

1.8.2.4. Traitement chirurgical..... 30

1.8.2.5. Rééducation 33

1.8.2.6. Autres moyens 33

1.8.3. Indications 33

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 35

2.1. CADRE D'ETUDE 36

2.2. METHODE D'ETUDE 41

2.2.1. Type d'étude 41

2.2.2. Période d'étude 41

2.2.3. Population d'étude 41

2.2.4. Critères d'éligibilité 41

2.2.5. Échantillonnage 42

2.2.6. Variables étudiées 42

2.2.7. Technique et outil de collecte 42

2.2.7.1. Outil de collecte 42

2.2.7.2. Technique de collecte 43

2.2.8. Traitement et analyse des données 43

2.2.9. Aspect éthique 44

2.2.10. Difficultés rencontrées 44

3. RESULTATS 45

3.1. FREQUENCE 46

3.2. PERIODE DE CONSULTATION 46

3.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 48

3.3.1. Age 48

3.3.2. Sexe 48

3.3.3. Occupation socioprofessionnelle 49

3.3.4. Niveau d'instruction 50

3.3.5. Provenance 50

3.4. ASPECTS CLINIQUES 51

3.4.1. Motif de consultation 51

3.4.2. Antécédents et terrain 52

3.4.3. Circonstances de survenue 52

3.4.4. Mode d'installation 53

3.4.5. Délai avant consultation 53

3.4.6. Signes associés 54

3.4.7. Examen physique 55

3.4.7.1. Etat général 55

3.4.7.2. Latéralité 56

3.4.7.3. Etat du tympan 57

3.4.7.4. Examen de la face 57

3.4.8. Classification de House et Brackmann 58

3.4.9. Association d'atteinte d'autres nerfs crâniens 59

3.5. ASPECTS PARACLINIQUES 59

3.5.1. Données biologiques 60

3.5.2. Audiométrie 61

3.5.3. Reflexe stapédien 62

3.5.4. Scanner 62

3.6. DIAGNOSTIC RETENU 62

3.7. TRAITEMENT 64

3.8. EVOLUTION 65

4. DISCUSSION 69

4.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS 70

4.2. VALIDITE DE LA METHODE ET LIMITES DE L'ETUDE 71

4.3. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE 71

N

4.3.1. Fréquence 71

4.3.2. Profil sociodémographique 72

4.3.3. Les antécédents 74

4.3.4. Aspects cliniques 75

4.3.5. Aspects paracliniques 77

4.3.6. Principaux diagnostics retenus 78

4.3.7. Aspects thérapeutiques 80

CONCLUSION ET SUGGESTION 82

REFERENCES 86

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES I

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

- Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

INTRODUCTION : La paralysie faciale périphérique (PFP) est une pathologie fréquente, touchant 20/100000 habitants par an. Peu de travaux ont été réalisés sur cette pathologie dans notre pays. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mener la présente étude.

OBJECTIFS : Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la PFP des patients vus dans les services ORL-CCF du CNHU-HKM et du CHUZ-SL de 2010 à 2019.

CADRE ET METHODE D'ETUDE : Il s'agissait d'une étude analytique, descriptive et comparative, dans les CHU de Cotonou, à collecte rétrospective basée sur un recrutement exhaustif des dossiers des patients vus en consultation en ORL-CCF pour PFP au cours de la période allant de 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019. Les données collectées à partir des dossiers répondants aux critères d'inclusion ont été saisies, traitées et analysées à l'aide des logiciels EpiData version 3.1 et Epi info version 7.

RESULTATS : Nous avons dénombré 188 cas de PFP représentant 0,40% des consultations ORL. La tranche d'âge de 30 à 39 ans était plus concernée avec une fréquence de 23,94%. Le sexe masculin a été prédominant avec une sex-ratio de 1,27. Les groupes socio-professionnels les plus représentés étaient les fonctionnaires (31,30 %) suivis des élèves et étudiants (19,20 %). La plupart des patients résidaient en milieu urbain (76 %). Le principal motif de consultation des patients était l'asymétrie faciale avec 39,9%. Et le principal signe associé a été l'otalgie (39,72%). Le degré d'atteinte le plus fréquent était le grade III de House et Brackmann avec un pourcentage de 41,49%. Au plan étiologique, les paralysies faciales « a frigore » ont été les plus fréquentes (55,85 %) suivies des paralysies faciales d'origine traumatique (14,36%). Au plan thérapeutique, 183 patients (97,34%) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux (corticoïdes, vitamines B, antiviraux, soins oculaires) avec association d'une kinésithérapie chez 145 cas. Au plan évolutif, 12,20% des patients avec suivis inscrits aux dossiers, ont récupéré totalement de leurs paralysies.

CONCLUSION : Cette étude nous a permis de connaître la fréquence des PFP dans les services ORL du CNHU-HKM et du CHUZ-SL de Cotonou, le profil sociodémographique des patients, les principales étiologies des PFP et leurs prises en charge.

MOTS CLES : Paralysie faciale périphérique, PFP a frigore, Sociodémographie, Cotonou, CNHU-HKM, CHUZ-SL.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Peripheral facial palsy (PFP) is a common pathology, affecting 20/100000 inhabitants per year. Little work has been done on this pathology in our country. It is in this context that we decided to conduct this study.

OBJECTIVES: Study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of PFP in patients seen in the ORL-CCF departments of the CNHU-HKM and CHUZ-SL from 2010 to 2019.

FRAMEWORK AND METHOD: It was an analytical, descriptive and comparative study in the Cotonou University Hospital, with retrospective collection based on an exhaustive recruitment of the files of the patients seen in consultation in ORL-CCF for PFP during the period going from January 1, 2010 to December 31, 2019. Data collected from files meeting the inclusion criteria were entered, processed and analyzed using the software EpiData version 3.1 and Epi info version 7.

RESULTS: We counted 188 cases of PFP representing 0.40% of ORL consultations. The 30 to 39 age group was more affected with a frequency of 23.94%. The male sex was predominant with a sex ratio of 1.27. The most represented socio-professional groups were civil servants (31.30%) followed by pupils and students (19.20%). Most of the patients resided in urban areas (76%). The main reason for visiting patients was facial asymmetry at 39.9%. And the main associated sign was earache (39.72%). The most common degree of involvement was House and Brackmann grade III with a percentage of 41.49%. Etiologically, Bell's paralysis was the most frequent (55.85%) followed by traumatic facial paralysis (14.36%). Therapeutically, 183 patients (97.34%) received drug treatment (corticoïds, vitamins B, antivirals, eye care) with a combination of physiotherapy in 145 cases. Evolutionarily, 12.20% of patients with follow-ups recorded in the files, have fully recovered from their paralysis.

CONCLUSION: This study allowed us to know the frequency of PFP in the ORL departments of the CNHU-HKM and CHUZ-SL, the socio-demographic profiles of the patients, the PFP's main etiologies and their treatment.

KEY WORDS: Peripheral facial paralysis, Bell's Palsy, Sociodemography, Cotonou, CNHU-HKM, CHUZ-SL.