



RAPPELS ANATOMIQUES

LE NERF FACIAL EST LE NERF DE LA MIMIQUE. C'est un **nerf mixte** (moteur, sensitif, végétatif et sensoriel). On parle d'atteinte périphérique lorsque celle-ci est en aval de son noyau dans le tronc cérébral. **La connaissance de l'anatomie de ce nerf est primordiale pour appréhender les paralysies faciales, notamment périphériques.**

Le premier neurone prend son origine dans l'**opercule rolandique, décusse et se termine au niveau des noyaux faciaux supérieur et inférieurs dans le tronc cérébral.**

Une branche du 1er neurone contralatéral se termine dans le noyau facial supérieur. Le 2e neurone avec ses différents troncs nerveux sort du tronc au niveau de la moelle allongée, passe dans l'angle ponto-cérébelleux et pénètre dans le rocher au niveau du méat acoustique interne (avec le VIII) : **il devient alors INTRA-PÉTREUX.**

Dans le rocher il circule au sein du canal de Fallope. On lui décrit **3 PORTIONS** séparées par **2 VIRAGES** :

► La **première portion** est dite **PORTION LABYRINTHIQUE** du fait de son rapport.

► Le **genou** abrite le **GANGLION GÉNICULÉ** d'où émergent les nerfs pétreux, à destination des glandes lacrymales. Il **assure la sécrétion lacrymale par son contingent parasymphatique.**

► La **2ème portion** est dite **PORTION TYMPANIQUE.**

► **En dessous du coude (2ème virage), au niveau de sa 3ème portion (mastôidienne)** émerge le nerf du muscle de l'étrier, responsable du **RÉFLEXE STAPÉDIEN.**

► Juste en dessous émerge **la corde du tympan qui amène des afférences sensorielles provenant des 2/3 antérieurs de la langue (goût) et véhicule les efférences sécrétoires pour les glandes sublinguale et submandibulaire.**

Il sort alors du rocher au niveau du foramen stylo-mastôidien. A ce niveau se détache une branche qui amène les afférences sensitives provenant de la zone de Ramsay Hunt (dans la conque auriculaire).

Puis le nerf facial PÉNÈTRE DANS LA GLANDE PAROTIDE OÙ IL SE DIVISE EN 2 TRONCS TERMINAUX qui vont **assurer la motricité des muscles de la face.**

De ces constatations anatomiques découle le bilan lésionnel topographique expliqué plus bas.

DISTINGUER UNE PARALYSIE FACIALE D'ORIGINE CENTRALE / PÉRIPHÉRIQUE, DIAGNOSTIC DE LOCALISATION LÉSIONNELLE

On parle de **PF PÉRIPHÉRIQUE (PFP)** quand la lésion atteint le **2ème neurone**, c'est-à-dire en aval du noyau du tronc cérébral.

On différencie la PFP de la PFC par 2 faits cliniques essentiels :

► Le **DÉFICIT MOTEUR** est **HOMOGÈNE** au niveau des territoires supérieurs et inférieurs de la face dans la PFP.

► Il n'y a **PAS DE DISSOCIATION AUTOMATICO-VOLONTAIRE** dans la PFP.

Rq : La dissociation automatico-volontaire se traduit par le fait que **l'asymétrie est plus marquée lors des mouvements volontaires exécutés sur consigne que lors des mouvements automatiques**

SIGNES FACIAUX

AU NIVEAU DE LA PARTIE HAUTE DE LA FACE

Effacement des rides du front, sourcil abaissé, diminution du clignement, élargissement de la fente palpébrale.

LORS DE MOUVEMENTS : impossibilité de relever le sourcil et de fermer l'œil (lagophthalmie). **Présence du signe de Charles Bell** (lors des tentatives infructueuses d'occlusion palpébrale, l'œil se porte en haut et en dehors : mécanisme de protection du cornéenne réflexe). Dans les PFP de faible importance, **on peut n'observer que le signe des cils de Souques** (le verrouillage des paupières est moins ferme du côté de la paralysie et ne cache pas les cils qui apparaissent plus longs). **Il n'y a pas de clignement à la menace.**

Abonnez-vous

Abonnez-vous et profitez immédiatement de la totalité de nos contenus !