



Cas Clinique

Paralysie Faciale Périphérique Révélée par un Ectropion Total : à propos d'un Cas

Peripheral facial palsy revealed by a complete ectropion : a case report

Mvilongo C¹, Akono E¹, Nanfack C², Nomo A², Nguena B¹, Ebana S³, Dohvoma V¹, Epée E¹, Ombwa A⁴, Bengono G⁵, Ebana Mvogo C¹

1. Hôpital Central de Yaoundé
2. Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
3. Hôpital Gynéco- Obstétrique et pédiatrique de Douala
4. Hôpital de district de Djoungolo
5. Cabinet médical St Luc

Auteur correspondant :

Dr Mvilongo Caroline
 Adresse e-mail : carolinemvilongo@yahoo.fr
 Tél : (+ 237) 699 324 796

Mots-clés : Ectropion, lagophtalmie, paralysie faciale, Yaoundé, Cameroun

Keywords: Ectropion, lagophthalmos, facial palsy, Yaounde, Cameroon

RÉSUMÉ

L'ectropion paralytique fait suite habituellement à une paralysie du septième nerf crânien. Il peut être à l'origine d'un syndrome sec avec larmolement chronique gênant pour le patient. Nous rapportons un cas d'ectropion total droit révélant une paralysie faciale périphérique chez une patiente vue à l'Hôpital Central de Yaoundé

ABSTRACT

Paralytic ectropion usually follows paralysis of the seventh cranial nerve. It can be the cause of a sicca syndrome with chronic tearing which is bothersome for the patient. We report a case of total right ectropion revealing peripheral facial paralysis in a female patient seen at the Yaoundé Central Hospital.

INTRODUCTION

L'ectropion paralytique est une éversion du bord libre de la paupière faisant suite habituellement à une paralysie du septième nerf crânien. Il est le plus souvent accompagné d'une lagophtalmie par inertie du muscle orbiculaire de la paupière supérieure (1). Cette lagophtalmie est source de kératite, d'ulcération cornéenne et d'altération de l'acuité visuelle (2) ; elle est la principale séquelle ophtalmologique dont la prise en charge est fonction du risque d'exposition cornéenne. La paralysie faciale périphérique est de causes diverses, mais demeure idiopathique dans 70 % des cas (3).

OBSERVATION

Patiente de 86 ans, hypertendue et asthmatique connue venu consulter pour éversion de la paupière inférieure droite associée à un larmolement évoluant depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique a permis d'objectiver une acuité visuelle de loin sans correction à 3/10 à droite et à 2/10 à gauche non améliorables au trou sténopéique. L'examen de la statique et de la dynamique palpébrale ont objectivé un ectropion total de la paupière inférieure droite ainsi que du point lacrymal droit avec diastasis oculopalpébral, une lagophtalmie à 9 mm, un signe de Charles Bell modérément conservé, une ptose des cils

palpébraux et une hyperlaxité du bord libre de la paupière inférieure. Par ailleurs, la patiente présentait une disparition du sillon nasogénien à droite, un dermatochalasis bilatéral avec hernie de la graisse orbitaire en nasal et en temporal supérieur. L'examen biomicroscopique du segment antérieur a montré une cataracte bilatérale corticale grade 2 associée à un syndrome sec par altération du break up time de 8 secondes à droite et 14 secondes à gauche. Le diagnostic d'ectropion total de la paupière inférieure droite sur paralysie faciale périphérique associé à un syndrome sec oculaire de forme évaporative et une cataracte bilatérale a été posé. La prise en charge chirurgicale a consisté en une canthopexie latérale de raccourcissement « lateral tarsal strip procedure ». L'évolution postopératoire a été marquée par une correction de la lagophtalmie, une diminution du larmolement et une amélioration des signes de sécheresse oculaire par un break up time évalué à 12 secondes à droite. Elle a également bénéficié d'une consultation cardiologique, otorhinolaryngologique et neurologique à visée étiologique. Aucune étiologie de sa paralysie faciale n'a été retrouvée.

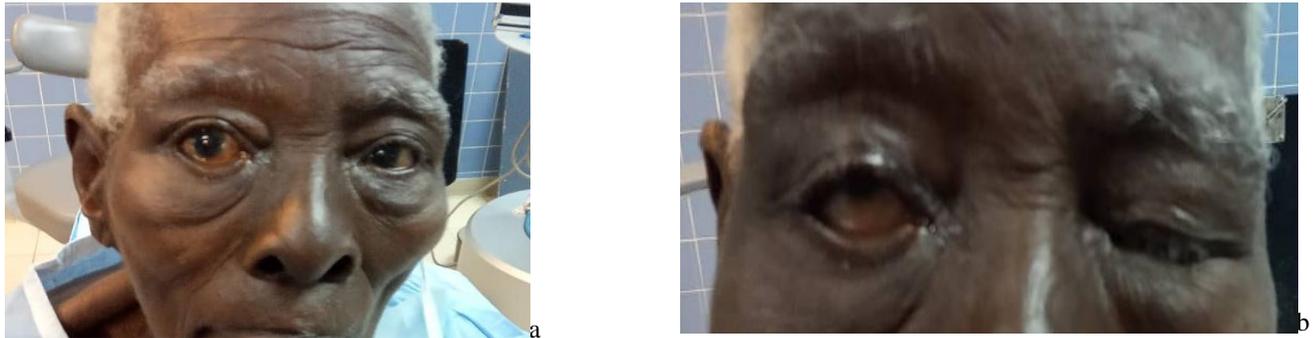


Figure 1 : En préopératoire , 1a) paralysie faciale droite et ectropion de la paupière inférieure ; 1b) Signe de Charle Bell lors de l'occlusion volontaire (lagophtalmie droite)



Figure 2 : a) J1 post opératoire d'une canthopexie latérale de raccourcissement droit (lateral tarsal strip) 2b : absence de lagophtalmie

DISCUSSION

Les patients présentant une paralysie faciale sont adressés en ophtalmologie pour le dépistage des anomalies cornéennes associées aux atteintes du VII. Celui-ci est responsable de la motricité palpébrale au niveau du muscle orbiculaire des paupières et innerve la glande lacrymale (4).

La faiblesse du clignement et de la fermeture des yeux dans la paralysie faciale périphérique conduit à une irritation chronique de la surface oculaire. Le réflexe de sécrétion lacrymale stimulé de façon chronique, ainsi qu'une paupière atone et une pompe lacrymale déficiente favorisent le larmoiement chez ces patients (1). Au niveau de la paupière inférieure, l'atonie de l'orbiculaire est responsable du relâchement de la paupière qui peut s'affaisser sous le poids de la joue paralysée, il en résulte dans la majorité des cas un scléral show. Chez des patients présentant une hyperlaxité de la paupière inférieure, un ectropion peut apparaître (5) tel que chez notre patiente.

La perte de contact entre la conjonctive et le globe oculaire est responsable d'une sécheresse oculaire pouvant entraîner une kératite sèche, un abcès cornéen, une kératite neurotrophique avec altération visuelle possible (2, 3)

Les principales causes de paralysie faciale sont les processus infectieux, les traumatismes tels que les fractures du rocher, les néoplasies tels que les tumeurs du rocher, de la parotide ou de l'angle ponto cérébelleux, les maladies auto-immunes et plus couramment la paralysie faciale à frigore, mais aussi une origine iatrogène après

une chirurgie otologique ou une parotidectomie (2). Chez notre patiente, aucune cause n'a pas été retrouvée et semble être une paralysie faciale à frigore.

La prise en charge ophtalmologique consiste en l'administration de larmes artificielles, de pommades ophtalmiques ou de gels lubrifiants, de lentilles de contact souples, et d'occlusion nocturne à l'aide de pansements adhésifs (6,7). L'American Academy of Neurology recommande fortement l'utilisation de corticostéroïdes oraux chez les adultes de plus de 16 ans dans les 72 heures après le début de la paralysie faciale car ceci augmenterait la récupération de la fonction du nerf facial (8). La prise en charge chirurgicale peut se faire par tarsorrhaphie, par alourdissement de la paupière supérieure par plaque d'or, par stabilisation du canthus externe par canthopexie latérale de raccourcissement (lateral tarsal strip) tel que réalisée chez notre patiente. Cette technique est indiquée en cas de rétraction, d'hyperlaxité et d'ectropion de la paupière inférieure. Le suivi des patients doit être fréquent afin d'évaluer l'efficacité du traitement. A distance d'une paralysie faciale périphérique, il peut apparaître un spasme hémifacial post-paralytique. Des injections de toxine botulique à faible dose seront proposées afin de réduire le spasme de l'orbiculaire des paupières (4).

CONCLUSION

L'ectropion paralytique est une pathologie du regard, qu'il faut savoir diagnostiquer et par ailleurs rechercher les altérations cornéennes associées, afin d'en faire une prise en charge complète évitant un handicap fonctionnel visuel.

Conflit d'intérêt

Néant

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de façon équitable à l'élaboration du manuscrit

RÉFÉRENCES

1. Elmaleh C. Orbite, paupière et système lacrymal in American Academy of Ophthalmology. Elsevier Masson 2014 ; 214-215.
2. Luz Maria Vasquez, Ramon Medel. Lagophthalmos after facial palsy : current therapeutic options. Ophthalmic Res 2014 ; 52 : 165-169.
3. Peitersen : Bell's palsy : the spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002 ; 549 :4-30.
4. Guépratte N, Lebuissou D. Prise en charge ophtalmologique d'une paralysie faciale. J Fr. Ophtalmol 2001 ; 24,6, 677-678.
5. Alliez A, Mallet T, Bertrand B, Degardin N, Benichou L, Bardot J, Labbé D. Prises en charge des atteintes orbito-palpébrales secondaire à une paralysie faciale. Annale de chirurgie plastique esthétique 2015 ; 60 : 403—419.
6. Alsuhaibani AH: Facial nerve palsy: providing eye comfort and cosmesis. Middle East Afr J Ophthalmol 2010 ; 17 : 142-147.
7. Seiff SR, Boerner M, Carter SR : Treatment of facial palsies with external eyelid weights. Am J ophthalmol 1995 ; 120 : 652-657.
8. Gronseth GS, Paduga R : Evidence –based guideline update : steroid and antiviralsfor Bell palsy : report of the guideline development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2012 ; 79 :2209-2213.