



Article Original

Profil Diagnostique et Thérapeutique de la Paralysie Faciale Périphérique dans un Hôpital de Référence de Libreville

Diagnostic and Therapeutic Profile of Peripheral Facial Palsy in a Reference Hospital in Libreville, Gabon

Lekassa P^{1,2}, Andjock Nkouo YC³, Kassa Kassa Anaïs Claude¹, Ngoma Manfoumbi AB¹, Manfoumbi Manfoumbi KD¹, Mouinga Abayi A^{4,2}, M'bi-fani Mavoungou R R¹, Biye NP⁵, Lebiogo O¹, Ngwe D¹, Miloundja J^{1,2}, Nzouba L^{1,2}

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18755080>

RÉSUMÉ

Introduction. La paralysie faciale périphérique (PFP), déficit aigu du nerf facial, est un motif fréquent de consultation en ORL. En Afrique subsaharienne, ses caractéristiques épidémiologiques et évolutives restent peu documentées. Cette étude avait pour but de décrire les aspects diagnostiques, étiologiques et thérapeutiques de la PFP chez les patients hospitalisés à Libreville. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés pour PFP (score de Freyss < 15/30) dans le service d'ORL de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba de Libreville, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées. **Résultats.** Sur 1 935 hospitalisations, 114 cas de PFP ont été inclus (fréquence hospitalière 5,9 %). L'âge moyen était de 38 ± 15,2 ans (extrêmes 4–86 ans), avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,4). L'asymétrie faciale était constante, l'inclusion palpébrale présente dans 81,6 % des cas. Le délai de consultation était inférieur à une semaine pour 75,4 % des patients. Les étiologies étaient dominées par la paralysie a frigore (65,8 %), suivie des causes infectieuses (28,9 %), incluant VIH (4,4 %) et otites. Tous les patients ont reçu une corticothérapie et un traitement antiviral. L'évolution à 6 mois montrait une récupération complète dans 64 % des cas, partielle dans 29 %, et une persistance des symptômes dans 7 % des cas. **Conclusion.** La PFP à Libreville touche préférentiellement l'adulte jeune, avec une nette prédominance des formes a frigore. Le pronostic est favorable dans deux tiers des cas sous traitement médical bien conduit. Ces résultats plaident pour un diagnostic précoce et une prise en charge standardisée, associant corticoïdes, antiviraux et protection oculaire systématique.

ABSTRACT

Introduction. Peripheral facial palsy (PFP), an acute deficit of the facial nerve, is a frequent reason for ENT consultation. In sub-Saharan Africa, its epidemiological and evolutionary characteristics remain poorly documented. This study aimed to describe the diagnostic, etiological, and therapeutic aspects of PFP in patients hospitalized in Libreville. **Methods.** We conducted a retrospective descriptive and analytical study including all patients hospitalized for PFP (Freyss score < 15/30) in the ENT department of the Omar Bongo Ondimba Military Teaching Hospital in Libreville, from January 1, 2018, to December 31, 2022. Sociodemographic, clinical, paraclinical, therapeutic, and outcome data were analyzed. **Results.** Among 1,935 hospitalizations, 114 PFP cases were included (hospital frequency 5.9%). Mean age was 38 ± 15.2 years (range 4–86 years), with male predominance (sex ratio 1.4). Facial asymmetry was constant, eyelid closure impairment present in 81.6% of cases. Consultation delay was less than one week for 75.4% of patients. Etiologies were dominated by Bell's palsy (65.8%), followed by infectious causes (28.9%), including HIV (4.4%) and otitis. All patients received corticosteroids and antiviral therapy. Outcome at 6 months showed complete recovery in 64% of cases, partial recovery in 29%, and persistent symptoms in 7%. **Conclusion.** PFP in Libreville preferentially affects young adults, with a clear predominance of Bell's palsy. Prognosis is favorable in two-thirds of cases under appropriate medical treatment. These findings advocate for early diagnosis and standardized management, combining corticosteroids, antivirals, and systematic eye protection.

Affiliations

1-Service d'ORL et CCF, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville. Gabon.
2-Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Université des Sciences de la Santé, Owendo, Gabon.
3-Service d'ORL-CCF, Hôpital Général de Yaoundé. Cameroun.
4- Service d'Ophthalmologie, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville. Gabon.
5- Service de Médecine Interne, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon.

Correspondance :

Dr Lekassa Pierrette
Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale
Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
BP 20404, Libreville, Gabon.
Tel : (00241) 06010066
Email : lekassapierrette@yahoo.fr

Mots clés : Paralysie faciale périphérique, HIA OBO.

Keywords: Peripheral facial paralysis, HIA OBO

Article history

Submitted: 20 November 2025

Accepted: 22 February 2026

Published: 25 February 2026

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. La paralysie faciale périphérique (PFP) est une affection fréquente, dominée dans les séries occidentales par la forme idiopathique (a frigore). Son pronostic dépend de la sévérité initiale et de la rapidité de la prise en charge.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude a analysé rétrospectivement 114 cas de PFP hospitalisés sur 5 ans à Libreville, décrivant leur profil épidémiologique, leurs étiologies et leur évolution sous traitement standardisé.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Elle révèle que 65,8 % des PFP au Gabon sont des formes a frigore, suivies des causes infectieuses (28,9 %), avec une proportion non négligeable de cas associés au VIH (4,4 %). Le délai de consultation est rapide (75 % dans la première semaine). Sous traitement médical (corticoïdes, antiviraux), la récupération complète à 6 mois atteint 64 %, et 29 % des patients gardent des séquelles partielles.

Les implications Ces résultats confirment l'efficacité des protocoles thérapeutiques standardisés en contexte gabonais. Ils appellent à renforcer la formation des médecins de premier recours au diagnostic précoce et à la protection oculaire. La prévalence du VIH chez ces patients justifie un dépistage systématique. Un registre national des PFP permettrait un suivi épidémiologique et thérapeutique à long terme.

INTRODUCTION

La paralysie faciale périphérique (PFP) un déficit de la fonction du nerf facial, principal nerf moteur des muscles de la face, avec atteinte des territoires supérieur et inférieur de la face consécutif à une lésion nucléaire ou infranucléaire et atteint toute l'hémiface [1]. Elle est fréquente et représente un véritable défi médical en raison de son retentissement fonctionnel et émotionnel [2-5]. Elle se caractérise par de multiples déficits fonctionnels affectant la motricité du visage, la lacrymation et le goût [1, 2]. La face, étant un véritable miroir de l'individu, occupe une place centrale dans les interactions sociales et culturelles, joue un rôle primordial dans l'expression des émotions, la communication et l'identité personnelle. Ainsi, toute altération de cette région, en particulier par une paralysie faciale, peut engendrer un impact psychologique et social. La PFP entraîne un déficit moteur, sensitif, sensoriel et végétatif de gravité variable en fonction de l'étiologie. Elle se différencie de la paralysie faciale d'origine centrale qui n'attend généralement que le territoire inférieur et conserve la motricité frontale contrôlée par les deux hémisphères cérébraux [1-3].

Au Gabon, bien que les données épidémiologiques soient rares, une étude portant sur les personnes vivantes avec le VIH a été rapporté [6].

La complexité de l'anatomie du nerf facial explique la diversité des étiologies qui peuvent être traumatiques, infectieuses, tumorales et malformatives. Le diagnostic de la PFP repose sur une expertise clinique, cependant l'identification de l'étiologie constitue souvent un défi pour le praticien [2, 7]. Bien que le succès des traitements ne soit jamais garanti, une prise en charge précoce, permet d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle et de minimiser les complications [9, 10]. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de la PFP dans notre contexte.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type et cadre de l'étude. Nous avons mené une étude transversale rétrospective à visée descriptive et analytique dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville, au Gabon. Cet établissement hospitalier universitaire constitue un centre de référence national pour la prise en charge des affections ORL.

Période et population d'étude. L'étude a porté sur tous les patients hospitalisés dans le service pour une paralysie faciale périphérique (PFP) du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022, soit une période de cinq ans. Ont été inclus tous les dossiers médicaux de patients, quel que soit leur âge, présentant un score de Freyss inférieur à 15/30 à l'admission. N'ont pas été inclus les dossiers des patients hospitalisés pour malformation faciale, ceux présentant une paralysie faciale centrale, ainsi que les dossiers jugés inexploitable (données manquantes sur les variables principales).

Variables recueillies. Les données ont été extraites des registres d'hospitalisation, des dossiers médicaux et des registres des actes de soins, à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée. Les variables étudiées comprenaient :

- Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence.
- Données cliniques : antécédents, mode d'installation (brutal/progressif), délai de consultation, signes fonctionnels (asymétrie faciale, troubles oculaires, otalgie, acouphènes), signes physiques (côté atteint, scores de Freyss et de House-Brackmann, examen oto-microscopique).
- Examens paracliniques : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, sérologie VIH (Elisa confirmée par Western Blot) avec numération des lymphocytes CD4, audiométrie, tympanogramme avec réflexe stapédien, tomodynamométrie des rochers.
- Données thérapeutiques : traitement médical (corticoïdes, antiviraux, vitamines, protection oculaire) et chirurgical.
- Données évolutives : durée d'hospitalisation, récupération complète ou partielle à 6 et 12 mois, persistance des symptômes, séquelles.

Définitions opérationnelles. La sévérité de l'atteinte a été évaluée par le score de Freyss (0-30, seuil d'inclusion < 15) et la classification de House-Brackmann (grade I à VI). La paralysie a frigore a été retenue après exclusion des autres causes. Les étiologies infectieuses incluaient les otites moyennes aiguës (OMA), les otites moyennes chroniques (OMC), la maladie de Lyme (non recherchée systématiquement) et l'infection par le VIH.

Analyse statistique. Les données ont été saisies dans Excel et analysées avec le logiciel R version 4.3.1. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes \pm écarts-types et médianes avec leurs extrêmes. Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages. Les comparaisons entre groupes ont utilisé le test t de Student ou le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives, et le test du Chi² ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives. Une analyse

multivariée par régression logistique binaire a été réalisée pour identifier les facteurs indépendamment associés à l'absence de récupération complète à 6 mois. Les variables avec $p < 0,20$ en analyse bivariée ont été introduites dans le modèle. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. **Considérations éthiques.** L'étude a été approuvée par la direction de l'HIAOBO et le chef de service d'ORL-CCF. La confidentialité des données a été garantie par l'anonymisation des fiches de collecte. Pour les patients mineurs, le consentement des parents avait été recueilli lors de l'hospitalisation.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude 1935 patients ont été hospitalisés, 114 présentaient une paralysie faciale, soit 22,8% cas de paralysie faciale par an donnant une prévalence annuelle de 20%.

La fréquence hospitalière était de 5,9%. L'évolution annuelle de la prévalence de la PFP a montré que sa fréquence était basse de 2020 à 2021 et élevée en 2022.

Concernant la distribution mensuelle, pendant la période d'étude, le mois d'août avait une fréquence de 18,4% et le mois d'octobre une fréquence de 0,9% ($n=1$).

L'âge moyen de la population était de 38 ans \pm 15,2 ans, avec les extrêmes de 4 ans et 86 ans. La tranche d'âge de [35 - 43] ans représentait 43% de cas (**Tableau I**).

Tableau I : répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
4-19	10	8,8
20-34	35	30,7
35-49	49	43,0
≥ 50	20	17,5
Total	114	100

Il s'agissait de 67 hommes (58,8%) et de 47 femmes (41,2%) avec un sex-ratio de 1,4.

Dans cette série les patients sans emploi représentaient 49,2% des cas ($n=56$), suivi des cadres moyens avec 25,4% des cas ($n=29$) (**Tableau II**).

Tableau II : répartition de selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans emploi	56	49,2
Cadres moyens	29	25,4
Ouvriers	16	14
Elèves / étudiants	12	10,5
Cadres supérieurs	1	0,9
Total	114	100

Les patients résidents à Libreville représentaient 79 cas, soit 69,2%.

Le motif de consultation était l'asymétrie faciale chez tous les patients suivie de et l'inocclusion oculaire dans 92,1% des cas, des acouphènes et de la lagophtalmie dans respectivement 6,1% et 2% des cas.

Le contexte d'apparition était un épisode infectieux chez 84,2% des cas ($n=26$) et la morsure d'insecte dans 0,9% des cas ($n=1$).

La cause était infectieuse dans 84,2% des cas suivie de 10,5% des cas de paralysie faciale sans cause.

Le mode d'installation de la symptomatologie était brutal concernant 95,6% des cas ($n=109$).

Le délai de consultation durant la première semaine entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour, représentait 46,5% de cas soit ($n=53$) suivi de ceux ayant consulté dans un délai supérieur à 8 jours soit 28,9% des cas.

Les antécédents étaient médicaux dans 36% des cas et 59,6% des cas étaient sans antécédents.

Les signes cliniques étaient l'asymétrie faciale unilatérale, l'effacement des rides du front, l'impossibilité de gonfler les joues ou de siffler dans 100% des cas (**Figure A**). L'ouverture de la fente palpébrale était notée dans 81,6% des cas (**Figure B**).



Figure A : asymétrie du visage + effacement des rides du front à gauche

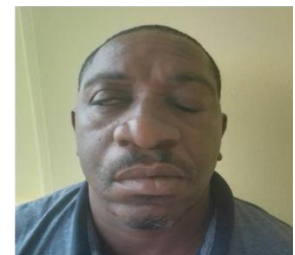


Figure B : Inocclusion palpébrale à droite

L'atteinte était du côté gauche dans 52,6% des cas, à droite dans 45,6% des cas et bilatérale dans 1,8% des cas. Les Signes associés étaient céphalées avec 39,5% des cas ($n=45$) suivies de l'otalgie avec 22,8% des cas ($n=26$) et de l'otorrhée avec 6,1% des cas ($n=7$) (**Tableau III**).

Tableau III : répartition de selon l'étiologie

Étiologie probable	Effectif	Pourcentage
PF afrigore	75	65,8
Infectieuse	33	28,9
OMA	19	16,7
OMC simple en poussée	5	4,4
VIH	5	4,4
OMC cholestéatomateuse	2	1,8
PFP post zostérienne	2	1,8
Post traumatique	2	1,8
Total	114	100

Le score de Freyss moyen était de $8,7 \pm 3,0$ avec des extrêmes allant de 2 et 15. Et un dysfonctionnement moyen était retrouvé dans 77 cas (67,5%) et sévère dans 37 cas chez 32,5% des cas.

L'examen oto-microscopique était normal dans 95 cas (83,3%) et dans 19 cas (16,7%) le tympan était pathologique.

Sur le plan paraclinique, l'audiométrie montrait une surdité dans 17,5% des cas, le reflexe stapédien absent dans 10 cas (30,3%) et la tomodynamométrie réalisée dans 75 cas était pathologique dans 21 cas (28%) avec : fracture du rocher (7 cas), OMCC (6 cas), Mastoïdite (6 cas), OMC simple (3 cas).

Sur le plan étiologique, la paralysie faciale a frigore était retrouvée dans 65,8% des cas suivie des infections avec 28,9% des cas.

Concernant la topographie lésionnelle, l'atteinte totale du nerf était retrouvée chez 71,9% des cas.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical de réanimation du nerf en hospitalisation dans 100% des cas pendant 10 jours. Ceci

comprenait le methyl- prednisolone à la dose de 1mg/kg/j (corticothérapie cure courte), le complexe vitaminique B à la dose d'1 comprimé 3 fois /j chez l'adulte. La vitamine A pommade 1 application le soir au coucher dans l'œil. Des vasodilatateurs, les larmes artificielles 1 goutte 6-8 fois/j, l'occlusion palpébrale à l'aide d'une compresse oblitérante, la kinésithérapie faciale et un traitement antiviral : valaciclovir (zelitrex) comprimé 500 mg à la dose d'1 comprimé 3 fois/j/10 jours dans 100% des cas.

La prise en charge des patients porteurs du VIH a été assurée par les médecins infectiologues.

L'évolution était favorable dans 73 cas (82,3%) avec une récupération complète après 6 à 12 mois et partielle dans 33 cas (29%) de suivi sous traitement médical et 1 cas après le traitement chirurgical à type de « Lateral Tarsal Strip » (bande latérale d'Anderson) était réalisé dans 1 cas par l'ophtalmologiste pour fermer l'œil afin d'éviter les infections après 12 mois d'évolution sans amélioration.

Une persistance de l'asymétrie faciale et de la fente palpébrale ont été notées dans 8 cas.

DISCUSSION

Cette étude a présenté des limites d'ordre méthodologique du fait du caractère mono centrique d'une part et d'autre part de la faible taille de l'échantillon due à la période de crise sanitaire COVID-19. Durant la période d'étude, le service d'ORL- CCF de l'HIAOBO a enregistré 1935 patients hospitalisés dont 114 présentaient une paralysie faciale périphérique réalisant une fréquence de 5,9%. Cette fréquence se rapproche de celle retrouvée par Lekassa et al au Gabon [6] qui rapportent 5,5%. Cependant, elle est largement supérieure à celle rapportée par Coulibaly et al, ainsi que Diallo et al au Mali [10, 11] avec respectivement 0,9 % et 2,54 % des cas. La taille de l'échantillonnage pourrait être à l'origine de cette disparité.

L'âge moyen des patients de cette étude était de 38±15 ans avec des extrêmes de 4 et 86 ans. Cette moyenne d'âge se rapproche de celle retrouvée dans l'étude de Tiaho et al au Burkina Faso [12] qui est de 38,14± 12,8 ans. Par contre Menif et al [13] ainsi que Carvalho VF [7] rapportent une moyenne d'âge légèrement plus élevée avec respectivement 44 ans et 47,87 ans. Doumbia-Sangaré et al au Mali [14] retrouvent une moyenne d'âge inférieure de 29,47 ans avec des extrêmes de 4 mois à 80 ans.

Ces différents travaux confirment les résultats de cette étude que la paralysie faciale périphérique est une pathologie du sujet jeune [12, 13, 15].

Dans cette série, la prédominance masculine était de 58% des cas, avec un sex- ratio de 1,4. Cette prédominance est également rapportée par Lekassa et al [6] qui ont rapporté une prédominance du sexe masculin avec 58,8% des cas. Alignide et al au Bénin [15] notent également une prédominance masculine avec 67,6% des cas. Cependant, d'autres études rapportent une prédominance féminine [12, 15, 16]. Il convient donc de retenir que la PFP n'est pas une affection spécifique à un genre donné.

Les patients sans emploi représentaient 49,2 % des cas étaient les plus représentés dans cette étude et les cadres moyens avec 25,4 % des cas. Ce résultat diffère de celui de Alagnide et al [15] où les fonctionnaires représentent la population la plus touchée avec 64,8% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette catégorie socio-professionnelle soit exposée à un stress et à un surmenage permanent.

Dans cette série la majorité des patients résidait dans la ville de Libreville avec 69,2% de cas, la capitale lieu de l'étude où il y a plus de spécialiste ORL et CCF. Les patients habitant en province (intérieur du pays), ont des difficultés pour se rendre en ville. Concernant les saisons, dans cette étude, la PFP présente un pic en saison sèche notamment au mois d'août avec une fréquence de 18,4 % des cas. Eddoughri et al au Maroc [18] trouvent un pic pendant la période hivernale avec une fréquence de 40% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que le froid serait un facteur favorisante, permettant la recrudescence des affections virales.

Le motif de consultation dans cette étude était une asymétrie faciale avec 81,6 % (100%) de cas. Ces résultats concordent avec ceux de Saheb A et al [17] et Eddoughry au Maroc [18] qui rapportent respectivement 86,5% et 70% des cas. Ceci est lié au fait qu'une asymétrie faciale engendre un impact esthétique. Le délai de consultation dans cette série pendant les 7 premiers jours de 46,5% des cas était inférieur de celui rapporté par Lekassa et al avec 53% des cas à 4 jours [6]. Eddoughry et al [18] rapporte 30% des cas avec un délai de 3 jours. Dans notre contexte, ceci peut s'expliquer par le manque d'information des patients sur la pathologie. A cela s'ajoute aussi un argument d'origine culturelle attribuant la survenue de la PFP à des pratiques mystiques.

Le mode de début est le plus souvent brutal représenté comme dans cette série avec un taux de 95,6% des cas. Ceci concorde avec les résultats de Doumbia Sangaré au Mali [14] et Eddoughry au Maroc [18] qui retrouvent une PFP d'installation brutale dans respectivement 86,15% et 85% des cas. L'explication pourrait être le fait que la maladie est le plus souvent découverte au réveil par le patient en se regardant dans un miroir ou par son entourage.

Les patients ne présentant aucun antécédent ont été majoritairement représentés avec un taux de 68 % de cas. L'hypertension artérielle est la comorbidité qui domine l'effectif avec 23,7 % de cas ; suivie du diabète avec 4,4 % des cas. Ces comorbidités sont également retrouvées dans l'étude de Tiaho et al [12] avec des fréquences très élevées à 33,33 % des cas et 36,84% des cas. L'étude de Coulibaly et al montre que 70,77% des cas n'ont pas d'antécédents particuliers. Cependant 6,5 % des cas sont diabétiques et 7,69 % des cas sont hypertendus [11]. Dans cette étude la paralysie faciale était associée aux céphalées dans 39 % des cas, à l'otalgie dans 22,8 % des cas et à la dysgueusie dans 14,0 % des cas.

Tiaho et al [12] retrouvent des signes associés différents ; l'incontinence labiale dans 89,47 % la dysarthrie dans 84,2 % ; les larmoiements dans 82,46 %, l'hyperacousie dans 50,88 % et la dysgueusie dans 10,83 %.

L'atteinte était unilatérale chez 112 patients (98,2%) avec une nette prédominance gauche chez 60 patients (52,6%) et bilatérale dans 2 cas 1,8% des cas. Sathirapanya et al [20] retrouvaient sur 16 cas de PFP dont 14 unilatérales et 2 bilatérales. Selon [17] l'atteinte unilatérale est l'une des caractéristiques de la paralysie faciale périphérique.

Concernant les étiologies, la paralysie faciale a frigore était la plus fréquente avec 65,8% des cas dans cette étude. Ceci concorde avec les données de la littérature, en effet Tiaho, Doumbia Sangaré et Eddoughry et al [12, 14, 18] rapportent respectivement 53,5, 44,6% et 68% des cas et viennent ensuite les causes infectieuses avec un taux de 28,6% des cas. Cela s'explique par la fréquence élevée des infections dans notre contexte notamment les otites moyennes aiguës.

L'attitude thérapeutique adoptée repose sur la corticothérapie, la vitaminothérapie, les larmes artificielles et les antiviraux. La

même attitude est rapportée par les études de Lekassa, Coulibaly et Diallo et al [6, 10] avec respectivement 100% et 87,69 % des cas ayant eu la corticothérapie.

En ce qui concerne la corrélation entre la paralysie faciale périphérique et le climat, selon cette étude, le refroidissement climatique (baisse de la température) pendant une certaine période de l'année pourrait favoriser des conditions propices à la survenue de la paralysie faciale périphérique, par une exposition accrue au froid ou des phénomènes associés comme les infections virales. Cependant, Vasilis et al [21] n'ont obtenu aucun résultat statistiquement significatif qui pourrait indiquer une distribution saisonnière de la paralysie faciale.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective menée à Libreville dresse le premier profil de la paralysie faciale périphérique au Gabon. Avec 114 cas en cinq ans, la PFP représente 5,9 % des hospitalisations ORL, touchant surtout l'adulte jeune (âge moyen 38 ans) et davantage les hommes. La forme a frigore domine largement (65,8 %), mais les causes infectieuses, notamment dans un contexte de VIH (4,4 %), imposent un dépistage systématique. Le pronostic est favorable dans deux tiers des cas sous traitement médical bien conduit (corticoïdes, antiviraux, protection oculaire). La récupération complète à 6 mois (64 %) et les séquelles partielles (29 %) soulignent l'importance d'une prise en charge précoce et standardisée. Ces résultats appellent à élaborer des recommandations nationales, à former les médecins au diagnostic rapide, et à créer un registre pour le suivi à long terme des patients.

RÉFÉRENCES

- Maire R, Meylan P. Paralysie faciale : mise à jour pour le praticien. *Revue Médical Suisse* 2011 ; 7 : 1901-7.
- Cavoy R. Les paralysies faciales. *Rev Med Brux.* 2013 ; 34 : 221-5.
- Peitersen E. Bell's palsy: The spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol* 2002; 549 (Suppl): 4-30.
- Pons Y. Peripheral facial nerve palsy. *J. Fr Ophtalmol.* 2013; 36: 548-553.
- Kawashi FN, Longo-Mbenza B, Matanda NR, Nge-Okwe A, Fuele SM. Caractéristiques Socio-démographiques et sémiologiques de la sphère ORL des patients avec infection par le VIH /SIDA à Kinshasa, RD Congo. *Pan Afr Med J* 2010; 7 :15.
- Lekassa Pierrette, Andjock Nkouo Yves Christian, Mouinga Abayi Alex Davy, Assoumou Ada Prudence, BiyeNgoghe Prudence, Ngoma Manfoumbi Albert Brice et al. Peripheral Facial Paralysis in People Living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* , 2024.13:168-177
- Bonfils P et Chevallier J M. Anatomie ORL. Médecine-Sciences-Flammarion.2001 : 352- 384p.
- Boudjenah F, Dehl H, Ouazar B, Arbaoui M, Djebbar C, Hasbellaoui M. La paralysie faciale périphérique : expérience du service. Hôpital Tizi Ouzou Algérie 2012 ; P 65.
- Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical practice Guideline: Bell's Palsy. *Otolaryngol Neck Surg.*2013; 149 :1-27.
- Coulibaly Demba. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des paralysies faciales au CHU Gabriel Touré Bamako. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie, Bamako 2012 ; 73p.
- Diallo O, Kanikomo D, Guindo C O, Touré M, Dama M, Coulibaly O et al. La paralysie faciale périphérique peut être une manifestation neurologique révélatrice de l'infection à VIH. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2014 ; 2 :54-61
- Tiaho Y, Kyelem JAW, Gandema S, Sebgo B, Napon C. Paralysie faciale périphérique : impact de la rééducation sur la qualité de vie des patients vus en service de Médecine Physique et de Réadaptation au CHU-Bogodogo. *Ann Afr Med* 2024 ; 17 (2) : 5528-5534.
- Menif E, Babay N, Azaiz O, Mizouni H, Messaoud BM, Turki et al. Apport de l'imagerie dans l'exploration des paralysies faciales *Ann Chir Plast Esthet.*2015 ; 60 : 448-53.
- Doumbia-Sangare K, Timbo K, Coulibaly D, Guindo B, Soumaoro S, Traoré I et al. Paralysie faciale périphérique. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques au CHU Gabriel Touré. *Méd Afr Noire* 6203 ; 2015 : 129-133.
- ALagnide HE, Gandema S, Olouka J, Niama natta D, Azanmasso H, Houngbedji et al. Qualité de vie et vécu psycho-socio-professionnel des patients atteints de paralysie faciale périphérique. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin*, 2020 ; 033 ; 1-4.
- Diallo AO, Diallo, 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 :9-13.
- Saheb A, Ouabab K, Kabore J, Kabre M, Dao M, Ouedraogo I. Les paralysies faciales périphériques : Approches diagnostiques et thérapeutiques à propos de 104 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1995,42(6):326-331
- Eddoughri H. Paralysies faciales périphériques : Intérêt de la prise en charge précoce. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech 2022 ;153 : 130p.
- Lahiani R, Mahfoudhi M. Paralysie faciale zostérienne. *Pan Afr Med J* 2015; 22.
- Sathirapanya P, Fujitnirun C, Sethawatcharawanich S, Phabphal K, Limapichat K, Chayakul P, et al. Paralysie faciale périphérique associée à l'infection par le VIH : une série de cas et une revue de la littérature. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2018 172, 124-129.
- Danielides V, Patrikakos G, Nousia C et al. Weather conditions and Bell's palsy: Five-year study and review of the literature, *BMC Neurology* 2001, 1:7