

3

Réhabilitation des faces paralysées

D. KRASTINOVA, G. FRANCIU,

B. BAUJAT, M. JASISKI, F. CHABOLLE

La paralysie faciale est une disgrâce intolérable pour le patient et pour son entourage. Le patient en souffre physiquement et psychologiquement. Le but du chirurgien est de redonner au patient un visage harmonieux. Protéger l'œil doit être notre obsession. La destruction irrémédiable de l'œil est le corollaire d'une paralysie faciale insuffisamment traitée. La paralysie faciale nécessite une prise en charge globale du visage : le chirurgien qui réanime l'hémiface paralysée doit s'attacher à rétablir l'équilibre musculaire en corrigeant l'aspect crispé de l'hémiface non paralysée (celle-ci n'est pas «saine»).

Nous exposerons successivement, pour chaque région du visage (front, sourcils, nez, région orbito-palpébrale et région labio jugale) les signes de cette séquelle et les traitements que nous réalisons (en dehors des réhabilitations du nerf facial : suture nerveuse directe avec ou sans greffon ; anastomose VII-XII).

Description des procédés utilisés par région anatomique

Les signes décrits correspondent à une paralysie faciale unilatérale complète et totale. Les traitements chirurgicaux décrits sont (sauf indication contraire) destinés à traiter une paralysie qui n'a pas de potentiel de récupération : soit le nerf a été détruit avec certitude, soit une période de 18 mois - pendant laquelle une récupération partielle ou totale est possible - est écoulée, soit une tentative de réhabilitation nerveuse n'a pas donné le résultat escompté.

Front

La résection asymétrique du cuir chevelu (lors de la fermeture de la voie coronale) remonte le sourcil mais crée un front asymétrique très inesthétique, surtout lorsque le patient est jeune. Chez les hommes qui ont des golfes frontopariétaux marqués (calvitie stade II ou III de HAMILTON), nous réalisons une incision précapillaire, avec une technique de rotation des lambeaux chevelus temporaux pour combler partiellement les golfes.

Du côté non paralysé, les myotomies ne suffisent pas à corriger l'hyperfonctionnement du muscle frontal ; la myectomie (totale ou subtotale) du frontal risque de créer des adhérences entre le derme et le périoste - donnant un front très inesthétique - et nous la déconseillons particulièrement lorsque la peau est fine. Ainsi, le traitement de choix du muscle frontal du côté non paralysé est l'injection intramusculaire de toxine botulinique.

Sourcils

La paralysie du muscle frontal entraîne la ptose du sourcil, apportant un excès cutané à la paupière supérieure. Cet excès cutané palpébral est très différent d'un blépharochalasis et peut masquer une ascension de la paupière supérieure (rétraction du muscle releveur palpébral). L'intervention la plus adaptée est, selon notre expérience, la résection cutanée suprasourcilière en ligne brisée. Le tracé est fait de sorte que la future cicatrice se trouve à la jonction entre la peau glabre et le sourcil. L'excision de peau glabre a la largeur du sourcil et une hauteur de 5 à 15 mm selon le besoin (Fig. 1). Aucun bulbe pileux n'est enlevé. La cicatrice, lorsqu'elle est arrivée à maturité, est quasiment invisible, y compris chez les patients jeunes.

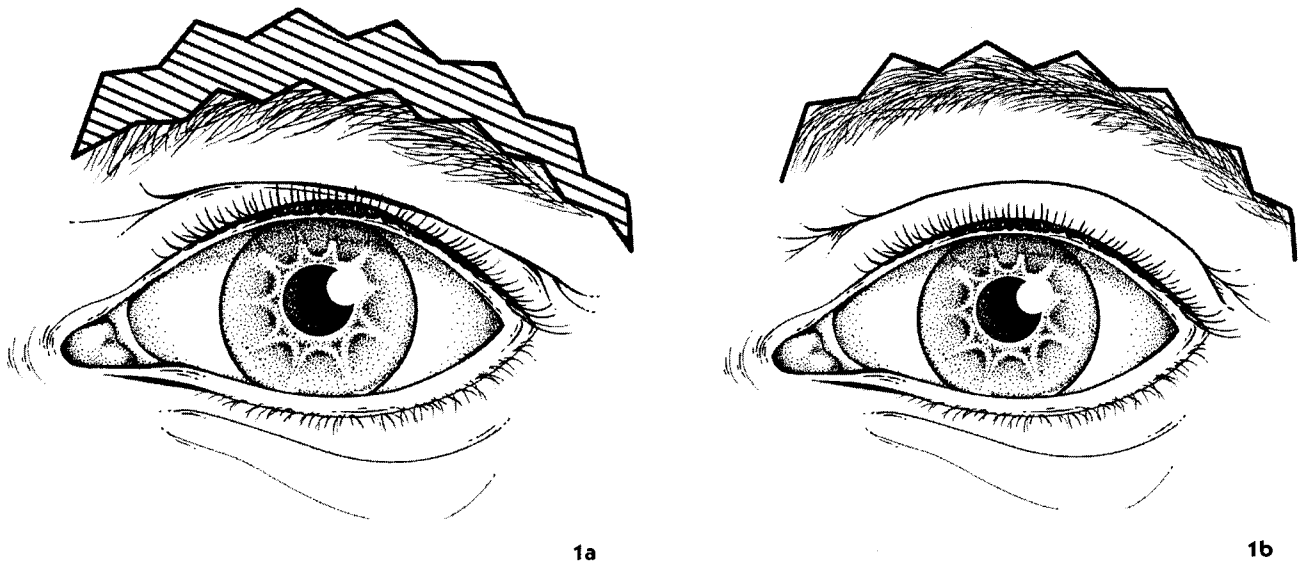


Figure 1 - La ptose du sourcil est corrigée par une résection cutanée suprasourcilière, réalisant une cicatrice en ligne brisée, (qui est plus discrète qu'une cicatrice linéaire).

1a - Tracé de l'excision : la hauteur est de 5 à 15 mm selon le besoin.

1b - Le tracé est réalisé de façon à ce que la cicatrice se trouve à la jonction entre la peau glabre et le sourcil.

Nez

L'hémiface paralysée semble «s'enrouler» autour de l'autre hémiface (par hyperfonctionnement musculaire), entraînant la déviation des structures médianes (pointe du nez, philtrum, tissus mous du menton) vers le côté hyperactif, selon un arc de cercle ; le pied de l'aile du nez est ptosé (fig. 2).

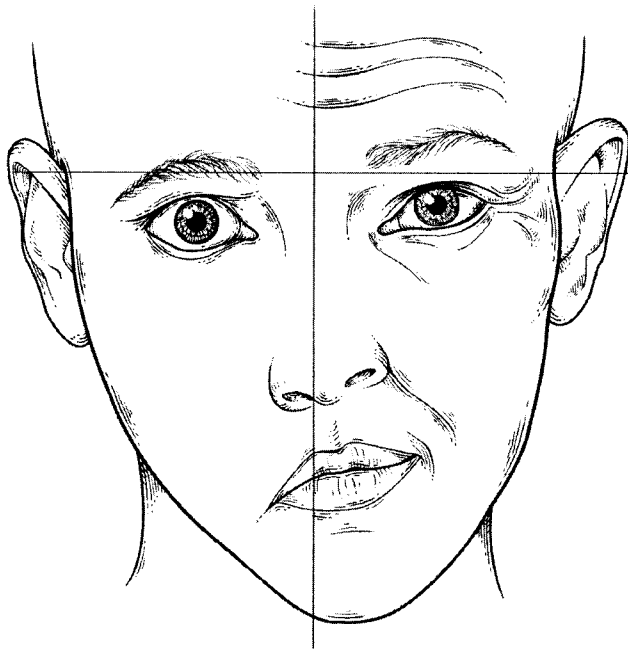


Figure 2 : Les anomalies morphologiques caractéristiques sont :

du côté paralysé :

- absence de rides frontales,
- ptose du sourcil,
- ascension de la paupière supérieure avec exposition du limbe supérieur de la cornée (le muscle releveur palpébral n'a plus d'antagoniste orbiculaire),
- abaissement du bord libre de la paupière inférieure avec «scleral show» puis ectropion à un stade ultérieur,
- effacement du sillon naso-génien,
- déviation de la base du nez (pointe et ailes) avec collapsus inspiratoire de la valve nasale,
- déviation du philtrum,
- abaissement de la commissure buccale,
- déviation des tissus mous du menton,

du côté non paralysé :

- accentuation des rides (front, pattes d'oie) et des plis naturels (sillon nasogénien et sillon paracommissural) par hyperfonctionnement des muscles peauciers.

Ce phénomène est d'autant plus marqué que la paralysie est ancienne. Lorsque la paralysie est récente, la réhabilitation active (utilisant le muscle temporal) suffit à corriger la déviation nasale. En revanche, si la paralysie est ancienne, la déviation de la pyramide nasale est fixée et est très difficilement corrigable, avec un résultat aléatoire. D'autre part, la paralysie perturbe la fonction nasale : la valve nasale se collabre à l'inspiration. Nous obtenons une amélioration de ce symptôme en réalisant une plastie en Z qui remonte et latéralise le pied de l'aile ou en armant la valve nasale par un greffon cartilagineux.

Région orbito-palpébrale

Cette région doit attirer toute l'attention du chirurgien et de l'ophtalmologiste. L'œil d'une hémiface paralysée est vulnérable : la rétraction de la paupière supérieure (le muscle releveur palpébral n'a plus d'antagoniste) et le relâchement de la paupière inférieure créent une lagophtalmie (augmentation de la hauteur et de la largeur de la fente palpébrale en ouverture et en fermeture) exposant l'œil aux traumatismes (poussières, vent, abrasion cornéenne...). Par opposition, la fente palpébrale du côté non paralysé est diminuée verticalement et transversalement (par hyperfonctionnement du muscle orbiculaire). D'autre part, le globe oculaire tend à l'exophtalmie car les paupières paralysées ne le soutiennent plus. Les téguments du côté paralysé sont fins et atrophiques ; la peau de la paupière inférieure a tendance à se rétracter, avec à terme un réel déficit cutané.

Si besoin, aux procédés décrits ci-après nous associons des procédés complémentaires pour le côté non paralysé : blépharoplasties esthétiques ; lifting cervicofacial.

Orbite

Il faut parfois rendre l'orbite rétentive en meulant les versants endo-orbitaires des régions supérolatérale et latérale du cadre orbitaire. Une encoche réalisée sur la margelle externe prépare le passage du fils de la canthopexie latérale.

Paupière supérieure

L'alourdissement de la paupière supérieure pour abaisser son bord libre protège le globe mais entraîne un renforcement de muscle releveur, ce qui annule le résultat à court ou à moyen terme. De plus, lorsqu'il s'agit de corps étrangers (ressort de MOREL-FATIO ; cerclage palpébral par fil silastic d'Arion ; plaque d'or) ils aboutissent inévitablement à la destruction des tissus mous environnants puis à l'expulsion. L'alourdissement de la paupière supérieure par greffe de peau totale selon la technique de TESSIER garde des indications en cas d'atrophie cutanée extrême.

Le procédé d'allongement du muscle releveur de la paupière supérieure par matériel autologue (*fascia lata* ; *fascia temporalis* ; *galea aponeurotica*) préserve la paupière, affaiblit le muscle releveur et améliore donc la protection du globe ; elle est stable dans le temps ; l'inconvénient est la difficulté du réglage de cet allongement [1]. L'incision est réalisée dans le pli palpébral supérieur ; la face antérieure du muscle releveur est disséquée puis l'aponévrose du muscle est sectionnée horizontalement 4 à 5 mm au-dessus de son insertion tarsale. Un greffon (*fascia lata*, *fascia temporalis* ou *galea aponeurotica*) est interposé entre les deux berges de l'aponévrose du releveur ; la hauteur du greffon est le double de l'abaissement souhaité du bord libre palpébral (Fig. 3). Le ptôsis postopératoire est donc la règle ; il se corrige en 6 à 12 mois, par rétraction du greffon.

L'infiltration de toxine botulique dans le muscle releveur est le procédé de choix pour protéger temporairement la cornée lorsque la paralysie faciale a un potentiel de régression sans chirurgie.

Paupière inférieure

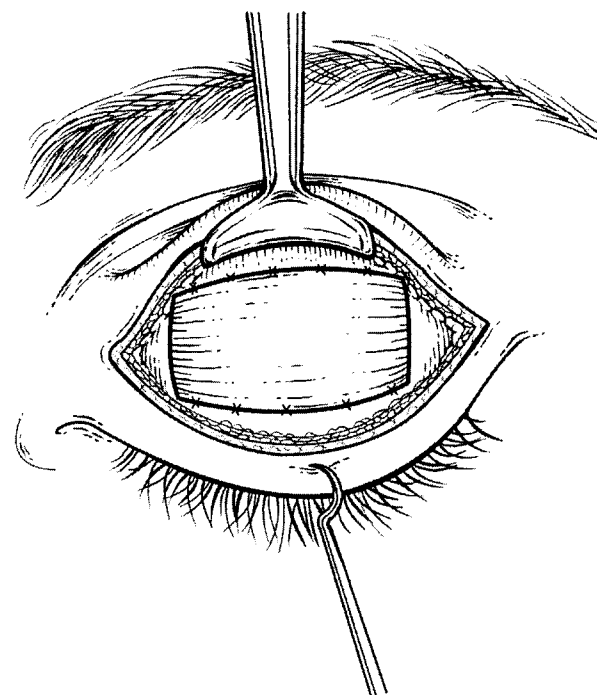
Les deux interventions de référence pour la paupière inférieure paralysée de façon définitive sont l'armement de cette paupière par du cartilage de conque et la réalisation d'un lambeau musculocutané bipédiculé de la paupière supérieure vers la paupière inférieure.

Une paupière inférieure est dite atone lorsqu'elle n'a pas de soutien musculaire par incompétence du muscle orbiculaire. L'hyperlaxité de la paupière inférieure (perte d'élasticité de la sangle tarsoligamentaire) est la conséquence d'une atonie prolongée [2]. L'évolution spontanée de la paupière inférieure hyperlaxe se fait vers l'ectropion. Cet ectropion est dit «hypotonique», car secondaire à un relâchement du bord libre palpébral [1].

Le but d'une intervention sur ces paupières est de réappliquer la conjonctive palpébrale sur le globe ocu-

Figure 3 : l'ascension de paupière supérieure côté paralysé se traite par allongement du muscle releveur palpébral supérieur (interposition d'un greffon de *fascia lata*, *fascia temporalis* ou *galea aponeurotica*).

La hauteur du greffon est égale à deux fois l'abaissement souhaité du bord libre palpébral.



laire et de replacer le bord libre de cette paupière à un niveau normal (affleurant le limbe inférieur), pour rétablir sa fonction de protection et améliorer le transit lacrymal. L'armement de la paupière inférieure par du cartilage de conque autologue tel que nous le décrivons atteint ces objectifs [3, 4] :

Technique opératoire

Les interventions sont réalisées sous anesthésie générale.



Figure - 4

1- Dissection du site receveur : après une infiltration de sérum adrénaliné entre muscle orbiculaire et septum, une incision cutanée palpébrale haute («sous-tarsale») est réalisée (Fig. 4). Les tissus préseptaux sont refoulés vers le bas, jusqu'à exposer le septum et la margelle infra-orbitaire.

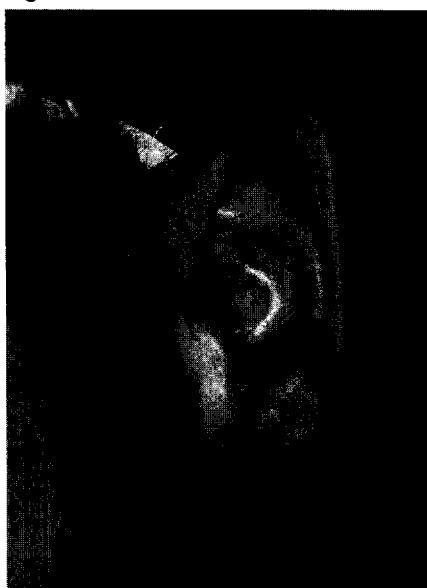


Figure - 5

2 - Prélèvement du greffon conchal : une infiltration hémostatique et hydrodissécatrice, sous-cutanée, est réalisée ; l'infiltration intracartilagineuse est évitée pour ne pas léser le futur greffon. L'incision cutanée suit sur toute sa longueur la jonction conque-anthélix (sans empiéter sur l'anthélix afin d'éviter une microtie) (Fig. 5). La dissection de la conque, facilitée par l'infiltration, se fait entre peau et périchondre, afin de limiter les traumatismes intempestifs de ce cartilage fragile lors de son prélèvement. Nous prélevons systématiquement l'intégralité de la conque car, le plus souvent, un greffon de grande taille est nécessaire (l'éventuel excédent cartilagineux est réséqué à la demande, après dissection du site receveur). D'autre part, la morphologie du pavillon d'oreille est plus harmonieuse lorsque toute la conque est enlevée. Un bourdonnet gras placé dans la concavité conchale applique la peau pendant quatre jours.

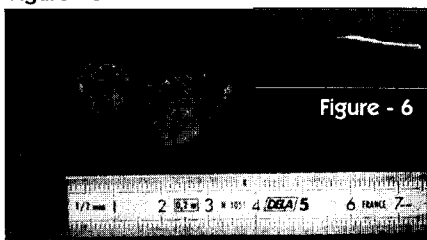


Figure - 6

3 - Modelage et mise en place du greffon : de multiples incisions courtes sont réalisées sur le périchondre (afin d'éviter sa rétraction future) puis le greffon est assoupli avec une pince à bouteroller (permet de bien contrôler l'écrasement), (Fig. 6) et modelé de façon à être parfaitement adapté à son site receveur. Il s'étend en dedans et en dehors, jusqu'à l'aplomb des canthi. Le bord supérieur du greffon est échancré à l'aplomb de la cornée (Fig. 7) et son bord inférieur repose sur la face antérieure du rebord infra-orbitaire ; son bord supérieur est à distance de 5 mm du bord libre de la paupière inférieure, afin de ne pas entraver l'action des muscles rétracteurs de la paupière. Le greffon n'était pas fixé dans sa loge. Ainsi, le greffon est dans le même plan que le tarse, dans sa continuité et lui est sous-jacent (Fig. 8). La paupière est fermée en un plan.



Figure - 7

En cas de distension modérée de la paupière inférieure (environ 10% des cas), l'intervention est associée à une raphie externe asymétrique, qui retend horizontalement la paupière inférieure, rétrécit modérément la fente palpébrale, apportant ainsi une symétrie. En cas de distension importante (environ 5 % des cas), une exérèse pentagonale du versant tarsoconjunctival du bord libre (de type KUHNNT) peut être réalisée dans un second temps.

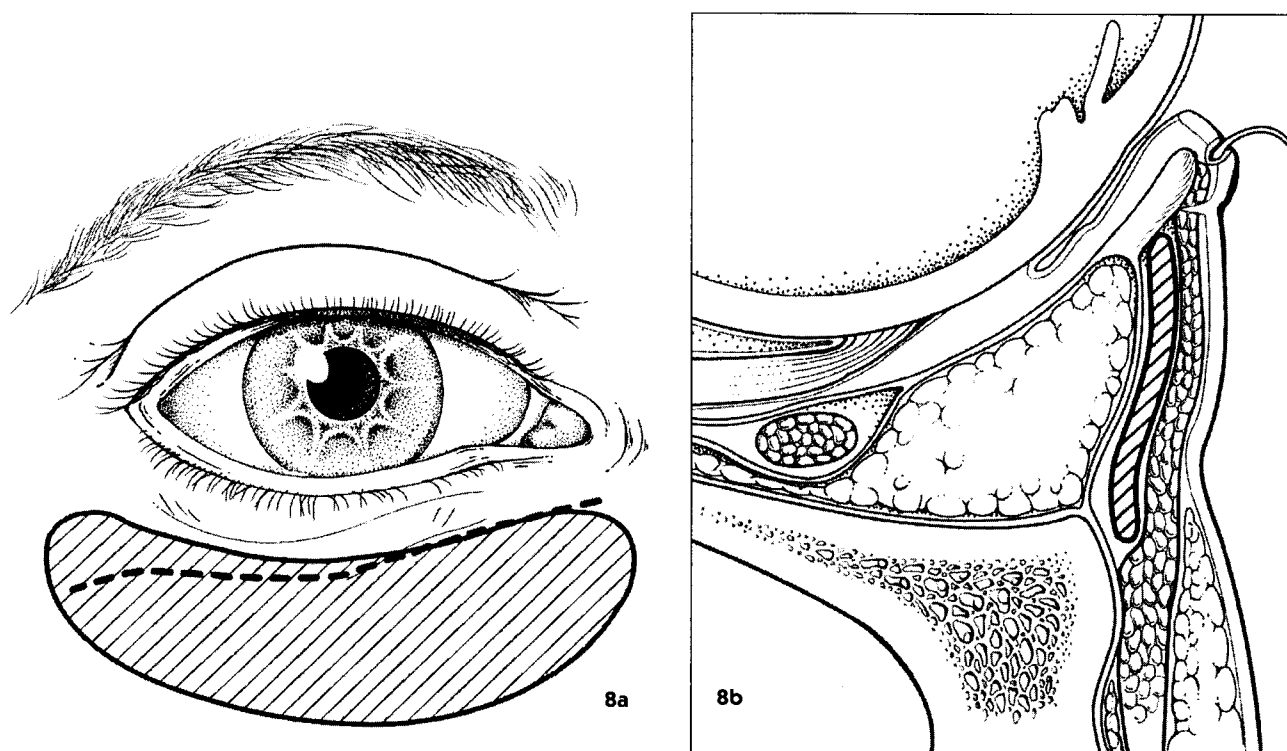


Figure 8 : Armement de la paupière inférieure paralysée par un cartilage de conque autologue assoupli.

8a : Incision sous-tarsale (pointillés) et aire de projection du greffon cartilagineux (zone hachurée).

8b : Coupe parasagittale d'une paupière inférieure armée par le greffon cartilagineux : le greffon (hachuré) est dans le même plan que le tarse, dans sa continuité, et lui est sous-jacent ; son bord inférieur repose sur la margelle infra-orbitaire ; il est placé entre le septum et le muscle orbiculaire palpébral.

Résultats

Une étude de vingt patients qui ont bénéficié de cette intervention entre 1995 et 1997 a montré une amélioration fonctionnelle et esthétique dans tous les cas [3,4] : 91 % des patients qui avaient des conjonctivites fréquentes avant l'intervention n'ont plus eu aucune conjonctivite après l'intervention (diminution de la fréquence des conjonctivites pour les autres patients) ; 100 % des patients qui avaient des kératites à répétition avant l'intervention n'ont plus eu de kératite après l'intervention ; l'épiphora a disparu dans 67 % des cas (et diminué dans tous les autres cas) ; la sensation de sécheresse oculaire a été supprimée ou diminuée par l'intervention dans 92 % des cas ; le bénéfice esthétique a été jugé «bon» selon les patients et selon l'opérateur (échelle visuelle analogique) (Fig. 9 et 10).

Des complications postopératoires ont été observées dans 15 % des cas (1 cas d'amputation du champ visuel inférieur ; 2 cas de voussure inesthétique due à l'angle supéro-externe du greffon, qui, insuffisamment assoupli, saillait sous la peau palpébrale).

Dans un cas, la correction était insuffisante et il persistait un léger diastasis oculo-palpébral (anomalie de position de la paupière inférieure dans le plan horizontal) ; il s'agissait d'une paralysie ancienne avec une paupière inférieure très distendue. Aucune infection, extrusion ni résorption du greffon n'a été observée.

Figures 9

9a-b : Patiente présentant une paralysie faciale droite totale post-traumatique avant tout traitement. Elle sera opérée à l'âge de 45 ans (transposition du muscle temporal, mask-lift, canthopexie interne gauche et alourdissement de la paupière supérieure droite par plaque d'or).

9c-d : mise en place d'une plaque d'or recouverte de sclère au niveau de la paupière supérieure droite.

9e-f : quelques années après la première intervention, est apparue une détérioration palpébrale sévère avec intolérance de la plaque d'or, ectropion inférieur, inoclusion et souffrance cornéenne.

9g-h : un lambeau bipédiculé musculocutané provenant de la paupière supérieure est transposé vers la paupière inférieure : ce lambeau allonge verticalement la paupière inférieure et a un effet de suspension de cette paupière par son double pédicule.



9a



9b



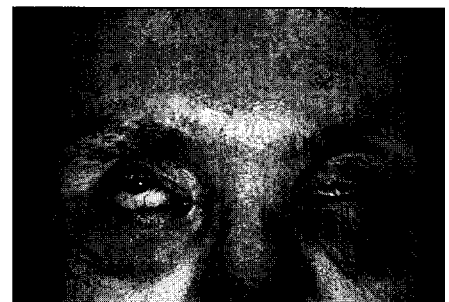
9c



9d



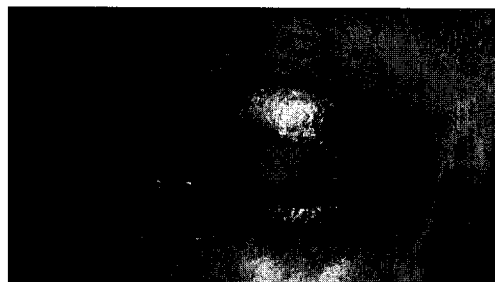
9e



9f



9i



9g



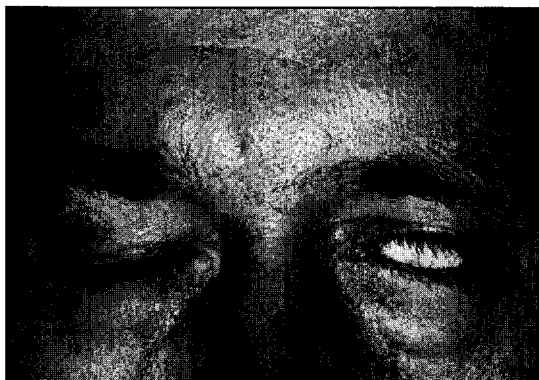
9h

9i : Résultat actuel à l'âge de 60 ans : la plaque d'or a été enlevée et le muscle releveur a été allongé (la sclère entourant la plaque d'or a servi de matériau d'allongement) ; un lambeau bipédiculé musculocutané provenant de la paupière supérieure a été réalisé et la paupière inférieure a été armée par un cartilage de conque.

D. Krastinova, G. Franchi,
B. Baujat, F. Chabolle



10a



10b

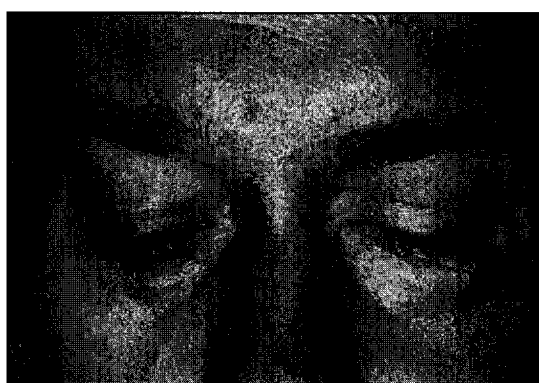
Figure 10

10a-b : patient de 44 ans atteint d'une paralysie faciale gauche totale définitive consécutive à l'exérèse d'un neurinome du VIII.

10c-d : le même patient après la fin du programme thérapeutique : réanimation hémifaciale gauche par myoplastie d'allongement du muscle temporal (Labbé) ; allongement du muscle releveur de la paupière supérieure gauche par greffe de fascia lata ; armement de la paupière inférieure gauche par cartilage de conque. Patient opéré avec le Docteur Labbé.



10c



10d

D'après notre expérience, cette greffe cartilagineuse est indiquée pour les paupières inférieures atones, sans déficit cutané. Dans certaines paralysies faciales anciennes, il y a une rétraction cutanée qui aboutit à une paupière inférieure trop courte verticalement ; dans ces cas, la mise en place du cartilage de conque aggraverait le diastasis oculopalpebral ; il faut donc y associer simultanément un lambeau musculo-cutané bipédiculé de paupière supérieure, qui apporte du tissu et allonge la paupière verticalement. Le but de l'intervention est de supprimer ou de prévenir, un diastasis oculopalpebral inférieur et une inocclusion. Cet objectif, qui tend à améliorer la fonction, améliore également l'esthétique. L'évolution naturelle de ces paupières se fait inéluctablement vers l'ectropion, menaçant la cornée des complications d'exposition. L'intervention réalisée à un stade précoce permettrait de ralentir l'évolution ou de stabiliser la distension de la sangle tarsoligamentaire. Le greffon cartilagineux doit donc être mis en place à un stade précoce.

Sur le plan technique, les cinq millimètres sous-jacents au bord libre de la paupière ne doivent pas être disséqués et ne doivent pas être armés par le greffon : «le bord libre doit rester libre». En effet, il faut laisser une souplesse relative à cette portion palpébrale, pour lui permettre d'épouser parfaitement le globe oculaire, et de s'abaisser dans le regard vers le bas (action des muscles rétracteurs de la paupière). Le greffon doit, selon notre expérience, être assoupli au maximum, c'est-à-dire jusqu'à la limite de sa rupture ; l'instrument le plus adapté semble être la pince à bouteroller. Il est préférable de ne pas fixer le greffon, pour lui permettre d'accompagner les tissus mous dans leur mouvement physiologique lors de l'orthostatisme. En effet, la fixation du greffon au rebord orbitaire n'améliore pas sa fonction mais entraîne une asymétrie visible lors de la position debout.

Le classique raccourcissement horizontal de la paupière inférieure par résection transfixiante (KUHNT) a tendance à diminuer sa convexité antérieure naturelle [5], ce qui est cosmétiquement non souhaitable ; dans notre description, la convexité du greffon préserve le galbe de la paupière. D'autre part, le raccourcissement horizontal de la paupière inférieure risque d'aggraver le «scleral show» par deux mécanismes : il retend le bord libre palpébral comme une corde qui, apposée sur la surface convexe du globe, aura tendance à fuir sous le globe, et donc à s'abaisser ; ce procédé crée une cicatrice verticale, dont la rétraction abaisse le bord libre. Cependant lorsqu'il s'agit d'une paupière distendue depuis de nombreuses années - paralysies faciales dans lesquelles la paupière inférieure a été négligée -, l'association d'un raccourcissement transversal de la paupière, par excision tarsoconjunctival de pleine épaisseur (KUHNT), est utile pour réappliquer le bord libre qui est incomplètement appliqué sur le globe par la seule greffe de cartilage. La canthopexie externe remonte utilement le niveau de la paupière inférieure, mais son efficacité n'est pas durable. La transposition d'un lambeau musculaire temporal vers la paupière inférieure a l'inconvénient d'alourdir la paupière, favorisant ainsi la récurrence ; ce procédé est utilisé lorsque la paupière inférieure est très fine, dans le but d'améliorer sa trophicité.

L'armement de la paupière inférieure par un cartilage de conque est particulièrement efficace lorsque le patient présente des signes fonctionnels tels que l'épiphora ou des kératites à répétition. Cette intervention améliore souvent l'aspect esthétique de la paupière. Son principal inconvénient est de limiter l'abaissement de la paupière inférieure dans le regard vers le bas, ce qui la contre-indique chez les patients dont la marche est précaire. Le poids de la joue paralysée, associée à l'hypertonie de l'hémiface controlatérale, sont des facteurs favorisant l'ectropion paralytique ; une suspension active de la commissure buccale paralysée participe à prévenir la distension tarsoconjunctivale et l'ectropion palpébral inférieur. L'armement de la paupière inférieure par le cartilage de conque s'intègre dans la prise en charge globale du paralysé facial, au même

titre que la suspension commissurale active et le mask-lift [6-8]. Ces interventions ont une action synergique sur l'appareil oculopalpébral : leur association permet d'optimiser les résultats et de pérenniser les bénéfices fonctionnels et esthétiques.

Région labio-jugale

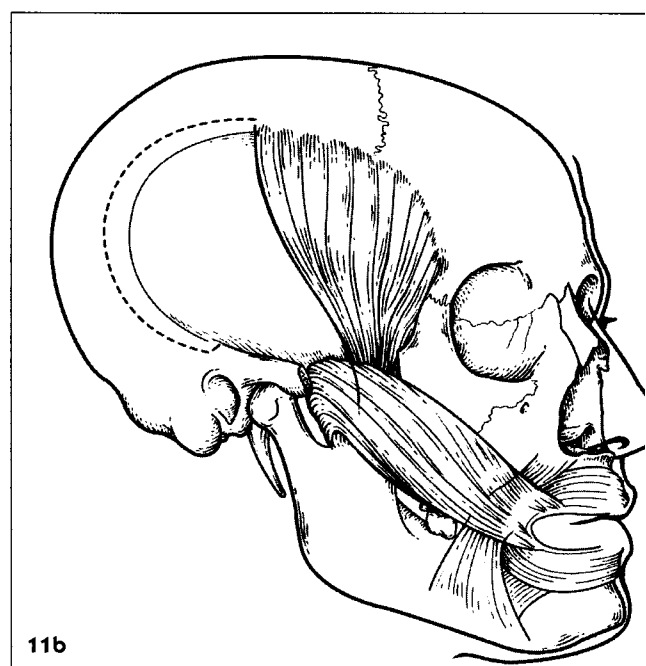
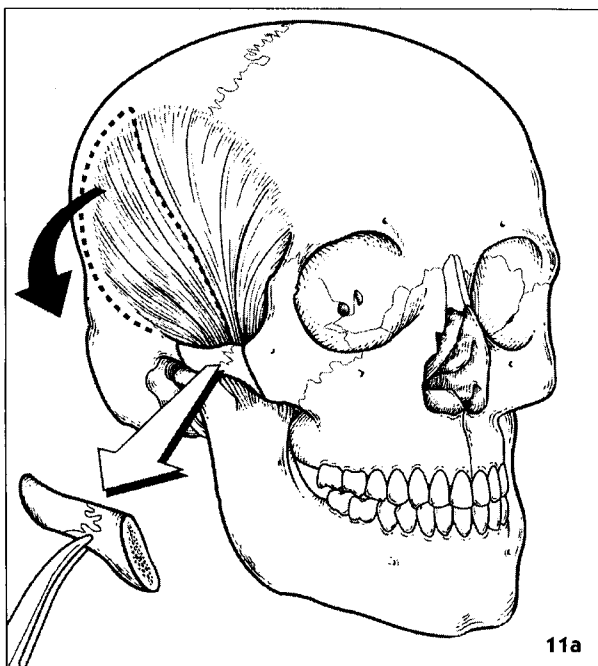
De nombreux procédés palliatifs ont été décrits : les suspensions labio-commissurales passives (utilisant du Gore-Tex, du fascia lata, le tendon du muscle palmaris carpi ...) ne permettent aucune motricité volontaire et perdent leur efficacité de suspension par lâchage des insertions ou distension du matériau. L'évolution naturelle de la face paralysée se fait vers l'atrophie des parties molles (peau et muscles essentiellement) aboutissant à une «squelettisation» de cette hémiface [8]. L'utilisation d'un corps étranger placé au contact des tissus atrophiques et fragiles (Gore-Tex, plaque d'or ou autres) aggrave le processus de destruction des tissus mous et aboutit à une expulsion inéluctable du corps étranger à plus ou moins long terme.

Les réhabilitations dynamiques peuvent se faire par : transposition du muscle masséter ; transposition du muscle temporal [1, 9] ; myoplastie d'allongement du temporal [10] ; transfert libre de pectoralis minor. La transposition du masséter apporte tonus et mouvement à la commissure mais le vecteur de traction est trop horizontal ; nous le réservons aux cas où le muscle temporal est absent ou inutilisable.

Technique chirurgicale

Notre technique de référence est *la transposition du chef postérieur du muscle temporal*, que nous utilisons depuis plus de 20 ans [1, 9] (Fig. 11 à 16). Elle a pour avantage d'être techniquement facile, de préserver une moitié du muscle (utilisable en cas de complication ou d'échec de l'intervention), d'apporter des tissus musculaires bien vascularisés en sous-cutané (ce qui améliore la trophicité cutanée) et de ne pas créer de creux temporal résiduel visible. D'autre part, la possibilité d'un amarrage du muscle à la commissure buc-

Figure 11
Notre technique de référence pour la réanimation de région labio-jugale est transposition du chef postérieur du muscle temporal vers la commissure buccale. (11a) Il est possible d'amarrer le muscle temporal à la région commissurale par une voûte muqueuse endo-buccale, évitant une cicatrice cutanée (11b)



Figures 12

12a : Patient de 14 ans : paralysie faciale droite définitive iatrogène (séquelle de l'exérèse d'un hémangiome jugal opéré à l'âge de 9 mois).

12b : le même patient à l'âge de 17 ans, après la 1ère intervention : transposition du muscle temporal et Mask lift. A noter le volume plus important de la joue droite et le creux temporal droit.



12a



12b



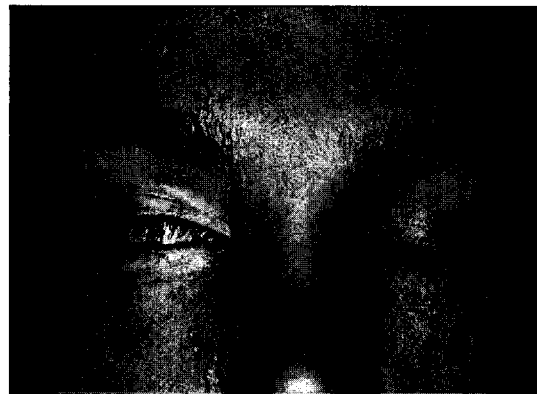
12c



12d

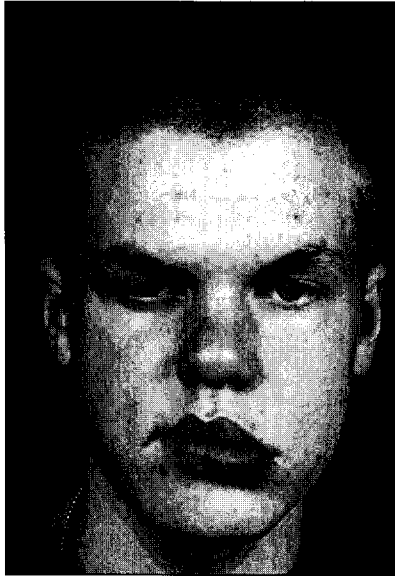


12e



12f

12c-d-e-f : le même patient à l'âge de 28 ans : un allongement du muscle releveur palpébral avec un greffon c fascia lata autologue a remplacé une plaque d'or placée au début du traitement. Le muscle temporal transposé été désépaissi. La région temporale a été remodelée par mise en place de Mersilène. La paupière inférieure a été remontée et soutenue par un cartilage de conque ; l'hypertonie du côté controlatéral été soulagée par allongement des muscles peauciers para-buccaux.



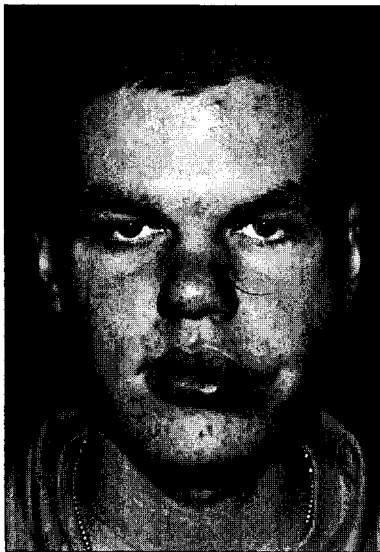
13a



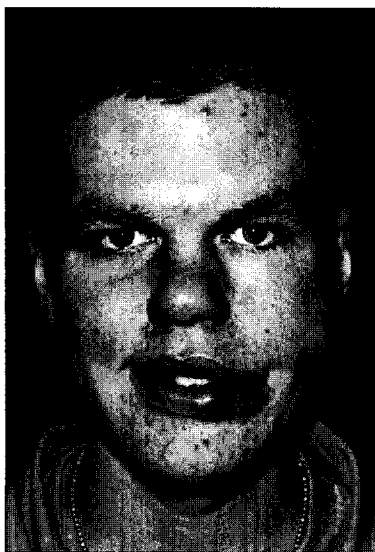
13b

Figure 13

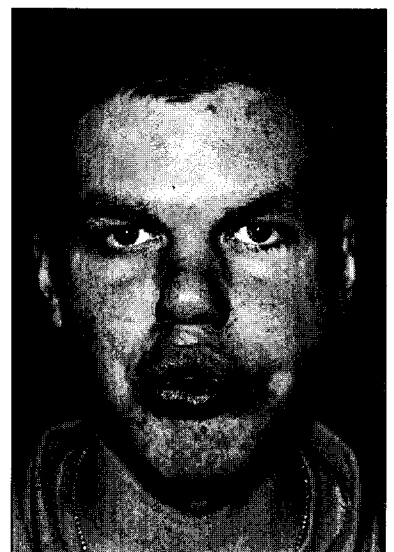
13a-b : Patient âgé de 16 ans – Paralyse faciale gauche partielle congénitale.



13c



13d



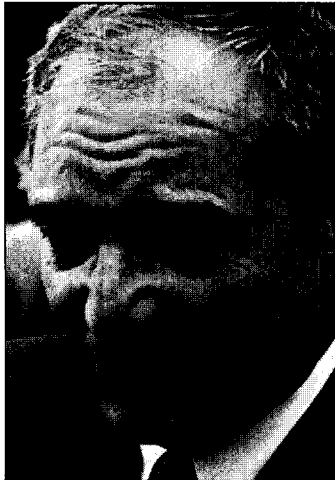
13e



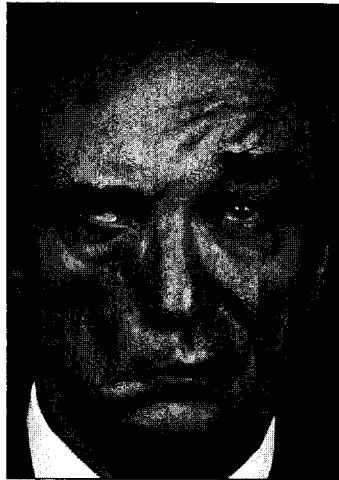
13f

13c-d-e-f :

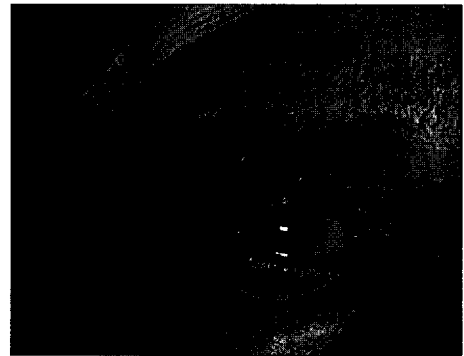
Résultat précoce, six mois après la transposition du chef postérieur du muscle temporal gauche placé dans le sillon nasogénien par incision muqueuse endobuccale. A noter le pli du sillon nasogénien qui apparaît ; celui-ci va s'améliorer avec le temps et la rééducation.



14a



14b



14c

Figure 14 : Patient âgé de 62 ans.

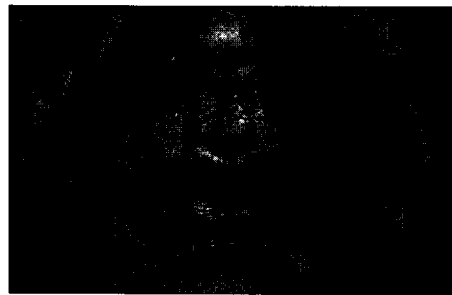
14a : avant la paralysie faciale.

14b : Paralysie faciale droite séquelle de l'exérèse d'un neurinome du nerf acoustique.

14c : Dès le lendemain de l'intervention prise en charge médicale et ophtalmologique par traitement médical et blépharorrhaphie partielle externe.

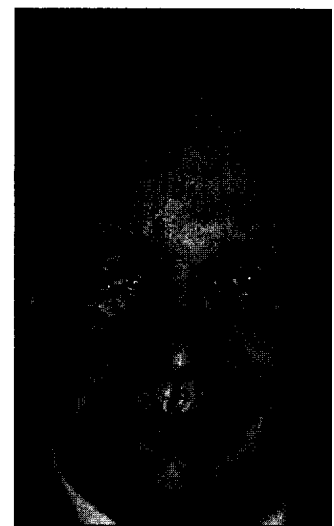


14d

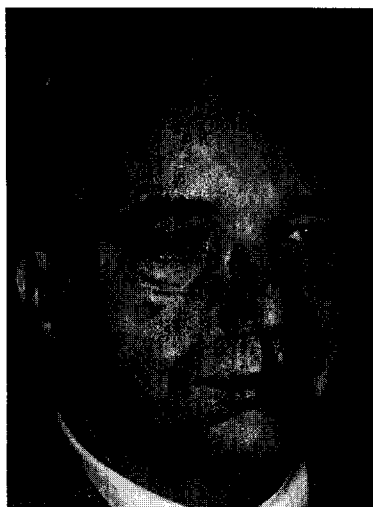


14e

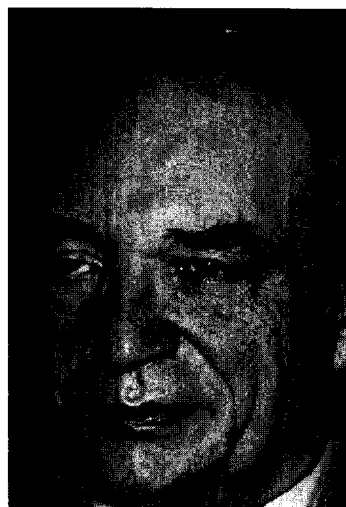
14d-e-f : après la première étape de la réhabilitation faciale (intervention réalisée 8 mois après la paralysie) : affaiblissement du muscle frontal droit, relèvement du sourcil droit, allongement du muscle releveur de la paupière supérieure droite (greffon de fascia lata), transposition du chef postérieur du muscle temporal droit dans le sillon nasogénien par incision cutanée (et excision cutanée d'environ 15 mm).



14f



14g

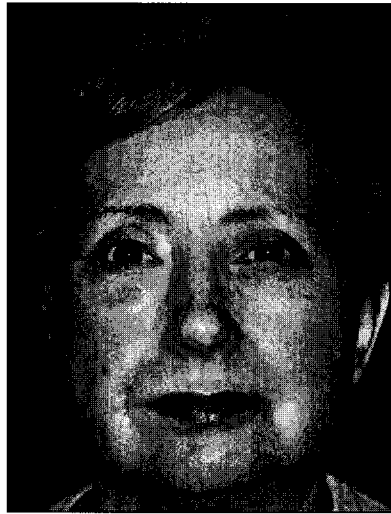


14h

14g-h : Résultat actuel après : armement de la paupière inférieure droite par greffe de conque, allongement de muscles péri-buccaux controlatéraux par greffon de fascia lata et lambeau musculocutané hétéropalpébral bipédiculé du côté paralysé. Le patient n'a plus aucun problème oculaire ni psychologique.



15a

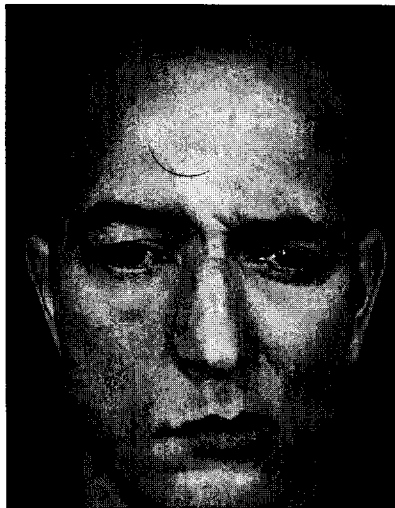


15b

Figure 15

15a : Patiente âgée de 60 ans présentant une paralysie faciale totale droite séquelle de l'exérèse d'un neurinome du VIII. Une plaque d'or a été mise en place au niveau de la paupière supérieure droite un an auparavant : l'aspect inflammatoire de la paupière est le signe d'une expulsion avancée de cette plaque.

15b : La même patiente deux ans plus tard après transposition du chef postérieur du muscle temporal, ablation de la plaque d'or et allongement du muscle releveur de la paupière supérieure droite (interposition d'un greffon de fascia lata).



16a



16b

Figure 16

16a : Patient de 38 ans. Paralysie faciale droite totale post-traumatique.

16b : Même patient après myoplastie d'allongement du muscle temporal (Labbé) suivie d'une rétraction qui a nécessité une reprise secondaire.

cale par voie muqueuse évite une cicatrice cutanée dans le sillon naso-génien chez les patients jeunes. Cette technique a pour inconvénient d'alourdir la morphologie des faciès courts et larges ; la rééducation postopératoire est plus complexe et plus longue que pour une myoplastie d'allongement.

La voie d'abord coronale est obligatoire. La dissection faciale est sous-périostée par la voie coronale, et sous-cutanée par la voie du sillon naso-génien. De haut en bas, on libère le front, la face antérieure du muscle temporal, le rebord orbitaire supérieur des deux orbites, le rebord orbitaire latéral et inférieur de l'orbite homolatérale, l'arcade zygomatique et le malaire homolatéraux. La dissection du chef postérieur du muscle temporal doit être soigneuse pour préserver au maximum la vascularisation et l'innervation, surtout à proximité du pédicule. Le muscle est disséqué largement en arrière et au-delà de la crête temporale en prélevant un prolongement de périoste. L'arcade zygomatique est réséquée à la scie, en totalité, en débordant sur le corps du malaire d'environ 3 mm. Les angles osseux sont meulés pour les émousser (afin qu'ils n'entravent pas le mouvement musculaire). L'incision peut être muqueuse (Fig. 13) ou cutanée (avec excision cutanée si le relâchement est important). L'excision ne doit pas être exagérée pour ne pas provoquer une tension cutanée qui gênerait le mouvement musculaire. L'incision (cutanée ou muqueuse) en regard du futur sillon nasogénien se fait de 2 à 3 mm plus près de la commissure que le sillon naso-génien contro-latéral. La dissection antérieure sous-cutanée se poursuit de la lèvre supérieure à la commissure, à la lèvre inférieure. Le muscle temporal est suturé au muscle orbiculaire labial. Le périoste qui prolonge le muscle temporal est séparé en deux bandelettes qui seront passées dans les lèvres supérieure et inférieure en dépassant la ligne médiane. La surcorrection n'est pas obligatoire, sauf dans certains visages très longs et plats.

La myoplastie d'allongement du muscle temporal ne modifie pas la morphologie du visage (Fig. 10 et 16) ; la rééducation postopératoire est plus aisée que dans les autres techniques. Notre expérience de cette intervention, très satisfaisante intellectuellement, nous la fait réserver aux visages larges et courts. En revanche, cette intervention est techniquement plus difficile, et en cas de lâchage de l'amarrage commissural, le muscle temporal devient totalement inutilisable.

Les muscles peauciers de l'hémiface non paralysée ont un tonus de base augmenté, donnant un aspect de perpétuelle crispation. Les myotomies de ces peauciers donnent de bons résultats mais non durables. Nous avons réalisé souvent l'allongement de ces muscles peauciers (par interposition de fascia lata ou aponévrose temporale) : l'allongement nécessaire est difficile à apprécier et les résultats sont souvent insuffisants. Les injections intramusculaires de toxine botulinique est, selon nous, le procédé de choix.

La rééducation fonctionnelle postopératoire doit prendre en charge l'ensemble du visage : le muscle temporal transposé et les muscles peauciers hyperactifs du côté opposé.

Résultats

Il s'agit de résultats préliminaires portant sur 24 patients opérés entre 1988 et 2000 (réhabilitation labio jugale par transposition du chef postérieur ou par myoplastie d'allongement du muscle temporal). Les 24 myoplasties temporales (18 transposition du chef postérieur du muscle et 6 myoplastie d'allongement) ont été compliquées chez 4 patients par 2 infections du sillon naso-génien et 2 hématomes jugaux. Les hématomes ont nécessité une reprise pour hémostase tandis que les infections ont été traitées par traitement local et antibiothérapie générale. Une retouche chirurgicale de la myoplastie a été effectuée chez 11 patients (3 des 6 myoplasties d'allongement et 8 des 18 transpositions du chef postérieur), soit pour combler un creux temporal apparent, soit pour régler la tension de la correction, soit pour amincir le chef postérieur transposé (1 cas).

Le résultat a été jugé sur photographies (statiques et dynamiques) ; le délai moyen entre l'intervention et l'évaluation du résultat était de 33 mois (extrêmes : 3 - 144). Il était, au repos, satisfaisant dans 78 % des cas et intermédiaire dans 22 % des cas. Au sourire, le résultat était jugé satisfaisant dans 29 % des cas, intermédiaire dans 59 % des cas et non modifié dans 12 % des cas.

Une rééducation du sourire a été suivie par 53 % des patients.

Treize patients ont répondu au questionnaire de qualité de vie : 85 % d'entre eux ont la sensation d'avoir été améliorés par l'intervention ; 69 % ont obtenu un sourire et 54 % ont obtenu un sourire spontané. Sur le plan fonctionnel, 23 % des patients affirment ressentir un incontinence labiale salivaire ; 8 % se disent gênés lors de la phonation ; 8 % se dit gêné lors de la mastication. La note moyenne attribuée par le patient au résultat esthétique est de 7 sur 10 et au résultat fonctionnel de 8 sur 10. Les patients sont satisfaits du résultat esthétique dans 85 % des cas de même que du résultat fonctionnel.

Conclusion

Un visage paralysé doit être pris en charge dès que le diagnostic est posé : le praticien doit organiser la protection de l'œil par des procédés reconnus efficaces. La détérioration du globe oculaire n'est pas une fatalité ; elle est souvent le fruit de la négligence. Le visage doit être considéré et traité dans un esprit de globalité : la réanimation du côté paralysé associé à l'affaiblissement musculaire controlatéral permet d'obtenir une harmonie du visage parfois dynamique. Une surveillance ophtalmologique est nécessaire la vie durant. De même, le chirurgien devra surveiller l'évolution du visage réhabilité : le résultat esthétique et fonctionnel de la région orbito-palpébrale se dégrade avec le temps, surtout si le patient est âgé. En revanche, l'aspect et la fonction de la région labio-jugale s'améliore au cours des années. Dans la phase initiale de la paralysie, un soutien psychologique de qualité est nécessaire pour tous les patients.

Bibliographie

- [1] **Labbé D, Bardot J, Krastinova D** - *Chirurgie de la paralysie faciale périphérique et de ses séquelles*. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-562, *Techniques chirurgicales - Tête et cou*, 46-190, 1998, 22 p
- [2] **Tessier P, Delbet JP, Pastoriza J, Lekieffre M** - Les paupières paralysées. *Ann Chir Plast* 1969 ; 14 : 215-23
- [3] **Franchi G, Krastinova D, Landier A, et al.** - Paupière inférieure dévitalisée : armement par cartilage de conque. *Revue Off Soc Fr ORL* 1998-1999 ; 52 : 6,9-17
- [4] **Franchi G** - *Armement de la paupière inférieure atone par cartilage de conque - Etude rétrospective de 20 patients*. Mémoire Chirurgie Plastique - Faculté de Médecine Paris, Université René Descartes, 1998
- [5] **Ossama Am, Comments In Catalano PJ, Bergstein MJ, Sen C, Post K** - Management of the eye after iatrogenic facial paralysis. *Neurosurgery* 1994 ; 35 : 259-63
- [6] **Krastinova-Lolov D** - Le lifting facial sous-périosté. *Ann Chir Plast Esthét* 1989 ; 34 : 199-211
- [7] **Krastinova-Lolov D** - Mask lift and facial aesthetic sculpturing. *Plast Reconstr Surg* 1995 ; 95 : 21-36
- [8] **Krastinova-Lolov D et al.** - *La Chirurgie orbito-palpebrale*, In Chirurgie plastique de la face, Rajeunissement, Embellissement, Concepts et pratiques. Santini J, Krastinova D ed. Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou, Paris 1999 : 283-371 p
- [9] **Henry de Frahan O** - *Traitement chirurgical palliatif des séquelles de paralysie faciale*. Thèse pour le doctorat en Médecine, Faculté de Médecine Paris-Ouest, 1989
- [10] **Labbé D** - Myoplastie d'allongement du temporal et réanimation des lèvres. Note technique. *Ann Chir Plast Esthét* 1997 ; 42 : 44-7

