



**HAL**  
open science

## Une paralysie faciale périphérique persistante

T.-T. Trinh, C. Dorbeau, C. Philibert, E. Lescanne

### ► To cite this version:

T.-T. Trinh, C. Dorbeau, C. Philibert, E. Lescanne. Une paralysie faciale périphérique persistante. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2020, 137, pp.74 - 76. <10.1016/j.aforl.2019.03.003>. <hal-03490043>

**HAL Id: hal-03490043**

**<https://hal.science/hal-03490043v1>**

Submitted on 21 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## Une paralysie faciale périphérique persistante

Thuy-Trân Trinh<sup>1\*</sup>, Camille. Dorbeau<sup>1</sup>, Charlotte Philibert<sup>3</sup>, Emmanuel Lescanne<sup>1,2</sup>

1- CHU de Tours, Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, 2 Boulevard Tonnellé - 37004 Tours (France)

2- Université de Tours, Faculté de Médecine, 10 Boulevard Tonnelé - 37004 Tours (France)

3- CHU de Tours, Service de Radiologie, 2 Boulevard Tonnellé – 37004 Tours (France)

\* Corresponding author :

Thuy-Trân TRINH

Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de Tours

2 Boulevard Tonnellé, 37044 Tours

France

Tel : 0033 247 474 728      Fax : 0033 247 473 600

Email : [thuytran.trinh@gmail.com](mailto:thuytran.trinh@gmail.com)

## **Description**

Un homme de 74 ans est adressé à la consultation avec son IRM (Fig.1) pour une paralysie faciale évoluant depuis 5 mois, d'installation rapidement progressive. L'anamnèse évoque une surdité évolutive gauche s'aggravant depuis plusieurs années. La première audiométrie réalisée retrouvait une cophose. Il présente dans ses antécédents un adénocarcinome de prostate. Il s'agit d'une paralysie faciale périphérique gauche globale et complète, de grade VI (classification de House & Brackmann). L'examen des téguments de la tête et du cou ne retrouve pas de lésion. L'examen oculo-moteur, de la sensibilité de la face et des paires crâniennes IX, X, XI et XII est normal. La palpation parotidienne et cervicale est aussi normale. Les explorations fonctionnelles audio-vestibulaires révèlent, du côté gauche, une cophose et une aréflexie vestibulaire compensée. Dans son compte rendu, le radiologue conclut « neurinome du paquet acoustico-facial ». Nous complétons l'imagerie du rocher par un scanner (Fig.2).

### **1. Questions**

Comment interprétez-vous ces examens d'imagerie ? Quel diagnostic proposez-vous ?

Quel est votre diagnostic ?

## **2. Réponses**

A l'IRM T1, coupes axiales après injection de gadolinium (Fig. 1a), il y a une intense prise de contraste tissulaire homogène dans la citerne ponto-cérébelleuse gauche. Le processus expansif s'étend dans le conduit auditif interne ainsi qu'aux trois segments du nerf facial. La prise de contraste intéresse en effet le segment labyrinthique et le ganglion géniculé (Fig. 1b), le segment tympanique (Fig.1c) et le segment mastoïdien (Fig.1d).

La TDM des rochers en coupe coronale, algorithme osseux (Fig. 2a) élimine une lésion osseuse intrapétreuse lytique ou condensante, et donc une lésion secondaire de l'adénocarcinome prostatique. On remarque un élargissement du conduit auditif interne avec aspect évasé du porus (Fig. 2b), ainsi qu'un élargissement régulier de la région du ganglion géniculé et du segment labyrinthique (Fig. 2c).

Ces images excluent une lésion extrinsèque du nerf facial. Elles sont en faveur d'un schwannome du nerf facial gauche à développement intra-canalair et cisternal.

## **3. Commentaires**

Les paralysies faciales périphériques d'origine tumorale se présentent en règle sous la forme de déficits très longtemps incomplets et surtout d'installation progressive sur plusieurs semaines. Ce contexte clinique particulier doit de principe faire soupçonner l'existence d'une tumeur pouvant affecter le nerf sur tout son trajet [1].

Le schwannome ou neurinome du nerf facial est une tumeur bénigne rare de l'os temporal mais qui constitue la tumeur la plus fréquente du nerf facial [2]. Le mode de révélation le plus fréquent est la paralysie faciale (50,94%) suivi par l'hypoacousie (33,96%) et les acouphènes (24,53%) [3]. Le bilan nécessite la réalisation d'une IRM à haute résolution avec injection de

gadolinium. L'examen analysera toute la longueur du nerf dans son trajet intra-cisternal jusqu'à la parotide. Le scanner des rochers en fenêtres osseuses révélera les réactions osseuses directes ou indirectes induites par la lésion, les limites tumorales et l'envahissement des structures adjacentes (cochlée et canaux semi-circulaires) [4]. Ce bilan d'imagerie caractérisera les lésions intrinsèques ou extrinsèques.

Le neurinome peut intéresser toutes les portions du nerf facial mais le ganglion géniculé reste le siège électif (65,8%) [5]. L'objectif principal du traitement est de préserver la meilleure fonction faciale possible sur la plus longue durée. Aussi, la prise en charge repose sur la surveillance par imagerie, la chirurgie ou la radiothérapie. La chirurgie peut être conservatrice avec drainage d'une éventuelle composante kystique. Elle peut aussi réaliser la décompression du nerf facial voire une exérèse sub-totale. La chirurgie non conservatrice comporte l'exérèse du nerf facial tumoral avec réhabilitation de la motricité faciale par une anastomose nerveuse (surale ou hypoglosse). Cette chirurgie d'exérèse est envisagée lorsque la motricité faciale est dégradée (score de House & Brackmann  $\geq 4$ ). Si le score de House & Brackmann est  $< 3$ , la surveillance est préférée. La radiothérapie stéréotaxique est un moyen thérapeutique désormais proposé lorsqu'une progression tumorale est observée au cours de la surveillance [2], [3], [5].

## **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

- [1] Darrouzet V, Van Den Abbeele, Veillon F. et al. Paralysies faciales. In Martin C. Imagerie de l'oreille et du rocher. SFORL éditeur ; 2010. p 302-15
- [2] Falcioni M, Russo A, Taibah A et al. Facial nerve tumors. Otol Neurotol 2003 ; 24(6) : 942-947
- [3] McMonagle B, Al-Sanosi A, Croxson G, et al. Facial schwannoma : results of a large case series and review. The Journal Of Laryngology and Otology 2008 ; 122 : 1139-1150
- [4] Kertesz T, Shelton C, Wiggins R et al. Intratemporal facial nerve neuroma : Anatomical location and radiological features. The Laryngoscope 2011 ; 111 : 1250-1256
- [5] Wilkinson E, Hoa M, Slattery W et Al. Evolution and the management of facial nerve schwannoma. The Laryngoscope 2011 ; 121 : 2065-2074

Figure 1abcd

1a : IRM en coupe axiale T1 avec injection de gadolinium

1b : centrée sur le ganglion géniculé

1c : centrée sur la 2<sup>e</sup> portion tympanique

1d : centrée sur la 3<sup>e</sup> portion mastoïdienne

Figure 2abc

a : TDM des rochers en coupe coronale

b : en coupe axiale

c : centrée sur le ganglion géniculé



