

*La clinique logopédique ou orthophonique quotidienne détermine sans aucun doute de façon fortuite ou guidée par les aspirations, la spécificité des actes thérapeutiques de chaque praticien. En effet, rares sont les thérapeutes qui témoignent de performances similaires dans des domaines aussi disparates que la dysphonie, la dyscalculie ou encore les séquelles de laryngectomie.*

*Il existe pourtant des cas non inclus dans notre créneau de pratique habituelle et qui, paradoxalement, suscitent un désir de recherche. Cela s'est produit il y a un an où, confrontée à un cas de paralysie faciale périphérique survenue chez une adulte, j'ai dû procéder à des recherches bibliographiques précises, contacter des praticiens expérimentés en la matière pour dresser le plan d'une rééducation aussi optimale que possible.*

*Cet article est le reflet d'un investissement permanent et d'un combat face aux lois inéluctables de la neurologie. La rééducation d'une paralysie faciale est passionnante : chaque signe clinique de régénérescence nerveuse, même minime, est fondamental et doit être vécu comme une victoire.*

*Il apparaît rapidement que l'amour de la vie doit être plus fort que l'angoisse et la volonté de vaincre plus puissante que la pathologie. L'optimisme et l'espoir sont le fil conducteur de la thérapie. N'oublions jamais que «le visage est le passeport de l'individu, le miroir de l'âme. Il doit déguiser, se taire autant qu'exprimer. Il y a dans le visage une sorte d'éloquence silencieuse qui sans agir, agit néanmoins !».*

*Remerciements à Pierre Dessailly sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pu être. Son enseignement m'a donné le modèle d'une pensée rigoureuse et exigeante qui est la base de la pratique professionnelle.*

Pascale OP de BEECK

Orthophoniste  
4, rue des Genêts  
7331 BAUDOUR - Belgique

# LES PARALYSIES FACIALES PÉRIPHÉRIQUES

## ASPECTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

par **Pascale OP de BEECK**

**Mots clés :** Neurologie - Orthophonie - Parole - Diagnostic - Rééducation - Paralysie faciale périphérique - Muscles de la mimique.

Cet article comporte deux parties :

La partie théorique décrit les aspects sémiologiques et étiologiques des paralysies faciales. Une deuxième partie, pratique, concerne essentiellement la rééducation de la paralysie faciale. Celle-ci relève de deux disciplines paramédicales : l'orthophonie et la kinésithérapie.

Aucun des deux praticiens ne peut, selon nous, revendiquer l'exclusivité de la thérapie. En effet, si la récupération de la dynamique musculaire est l'objectif primordial du kinésithérapeute, la réhabilitation praxique, renforcée par l'exécution de mimiques, d'expres-

sion de sentiments, s'inscrit également dans les prérogatives de l'orthophoniste. C'est la raison pour laquelle nous estimons qu'une étroite collaboration entre les praticiens est indispensable. Chaque modification dans le cursus thérapeutique sera le résultat de confrontations positives entre deux formations parallèles mais néanmoins complémentaires.

## I - Étiologie des paralysies faciales périphériques

Des étiologies très diverses peuvent provoquer des lésions du nerf facial en un point quelconque de son trajet : au niveau du pont, dans l'angle bulbo-pontin, dans le rocher ou encore dans la zone parotidienne.

### 1. La paralysie faciale « a frigore » ou maladie de Bell

La pathogénie de cette paralysie faciale est discutée. Il s'agirait :

- d'un spasme artériel induit par une exposition au froid. Une formation œdémateuse comprimerait le tronc nerveux dans le canal facial, inextensible ;
- ou d'une étiologie virale : un virus neurotrope entraînerait la démyélinisation du nerf.

Le tableau clinique est stéréotypé : la paralysie faciale est d'installation rapide, le plus souvent nocturne. Des douleurs mastoïdiennes aiguës en constituent généralement les prodromes.

### 2. Antécédents médicaux

Ceux-ci sont nombreux et peuvent être d'origine virale, neurologique, tumorale, otologique, etc. Par exemple : zona, herpès, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, cancer, otite chronique cholestéatomateuse, syringomyélobulbie, sarcoïdose, etc.

### 3. Antécédents traumatiques

Ex : fracture du rocher, contusion de l'hémiface avec hématome, traumatisme obstétrical chez le nouveau-né, etc.

### 4. Antécédents chirurgicaux

Ex : chirurgie sur otospongiose, tympanoplastie, exérèse d'un neurinome de l'acoustique, parotidectomie.

## II - Examen des paralysies faciales

Une évaluation complète et précise du stade d'évolution de la paralysie faciale est indispensable pour élaborer un plan thérapeutique rationnel. Des bilans paracliniques et/ou cliniques répétés permettront d'objectiver le stade de la régénérescence neurologique et d'adapter la spécificité du programme d'intervention.

### 1. LES BILANS PARACLINIQUES

Ils sont de deux types :

#### 1.1. Les examens électriques

Ceux-ci quantifient l'état de la récupération neurologique.

##### A. L'électroneuronographie quantifiée

Cet examen introduit par Fisch et Esslen repose sur le concept suivant : lorsque le nerf reçoit une stimulation supramaximale, le potentiel évoqué global recueilli par des électrodes de surface est le résultat d'une décharge synchrone des unités motrices. Son amplitude correspond à un pourcentage du nombre des unités motrices du volume exploré.

En pratique, on compare les amplitudes des potentiels des côtés sain et atteint. Ce rapport correspond au pourcentage de fibres nerveuses activées ou de fibres nerveuses dégénérées.

##### Exemple

- A = nerf facial du côté sain.

L'amplitude du potentiel évoqué en A représente (par définition) 100 % des unités motrices.

- B = nerf facial du côté pathologique.

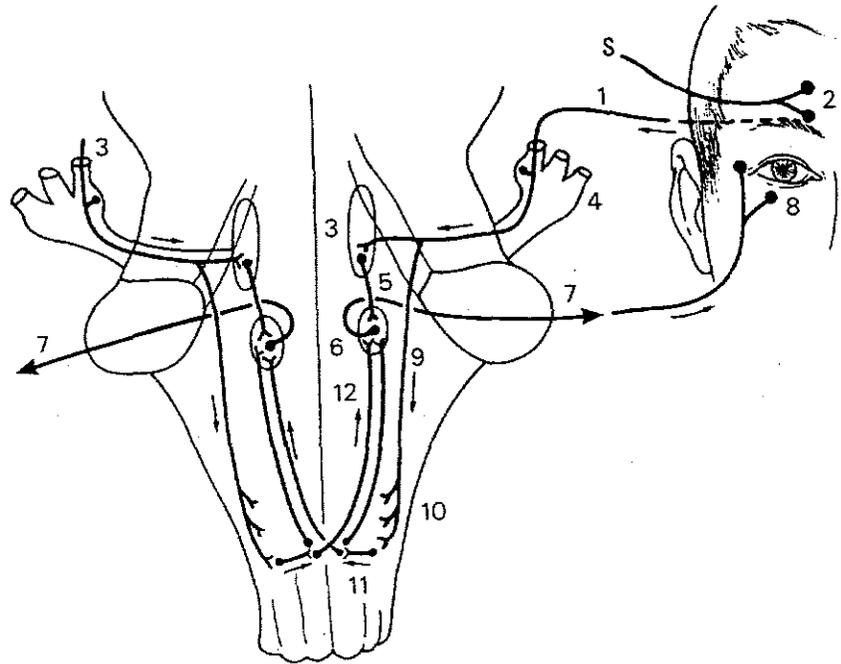
L'amplitude du potentiel évoqué en B représente (amplitude B divisée par amplitude A)

x 100 des unités motrices.

- Pourcentage d'unités motrices dégénérées :  $100 - (\text{amplitude B} \div \text{amplitude A}) \times 100$ .

### B - Le réflexe trigéminofacial

Ce réflexe de «clignement» repose sur la liaison existant entre le noyau pontique du nerf trijumeau sensitif (V) et le noyau du nerf facial (VII). On considère la branche ophtalmique du V et l'innervation motrice du muscle orbiculaire de l'œil pour le VII. Lors d'une paralysie faciale, on observe une augmentation des latences R1 et R2.



- **Réflexe trigémino-facial.** Arcs réflexes (d'après Ongerboer de Visser). Les influx (1) provenant de la stimulation électrique du nerf trijumeau au trou supra-orbitaire (2) gagnent le noyau sensitif du V (3) par la branche ophtalmique du ganglion de Gasser (4). Il existe une liaison interneuronale (5) entre le noyau du V et le noyau du VII (6). Le nerf facial (7) provoque alors une réponse (R1) du muscle orbiculaire oculi (8). Parallèlement une collatérale du V (9) gagne le noyau spinal et le tractus spinal du V (10). Une liaison synaptique (11) joint la partie caudale de cette voie, par des interneurones ascendants (12), au noyau facial (6), bilatéralement, engendrant une seconde réponse (R2).

### C. L'électromyographie (E.M.G.).

Cet examen étudie les courants d'action, c'est-à-dire l'image électrique de l'unité motrice en activité. Des examens répétés fourniront un schéma d'évolution traduisant une progression, une stabilisation de la dénervation, une accentuation de l'atteinte ou encore une libération des fibres nerveuses en état de bloc.

#### **1.2. Les tests destinés à préciser le siège de la lésion**

A. Le test de Schirmer apprécie la fonction mucolacrymo-nasale.

B. Le test de Blatt apprécie la sécrétion salivaire.

C. L'électrogustométrie étudie le goût.

D. Le réflexe stapédien étudie la contraction du muscle de l'étrier.

## **2. LES BILANS CLINIQUES**

### **2.1. Bilan du tonus musculaire**

L'observation sera faite en fonction de la symétrie du visage au repos. Ce tonus peut varier selon l'âge du patient et le temps écoulé depuis l'installation de la paralysie faciale.

La cotation du tonus est la suivante :

0 : tonus symétrique et normal.

- 1 : hypotonie légère.

- 2 : hypotonie forte.

+ 1 : hypertonie nette.

+ 2 : hypertonie considérable.

Les différentes observations seront notées dans le tableau suivant :

<b>HYPOTONIES</b>	<b>DATES →</b>					
- abolition des rides frontales						
- abaissement de la pointe du sourcil						
- nez dévié en virgule du côté sain						
- abolition du sillon nasogénien						
- abolition du sillon nasolabial						
- déviation et affaissement de la commissure labiale						
- lèvre supérieure avalée						
- lèvre inférieure avalée						
- joue affaissée pendant en sac						
<b>HYPERTONIES</b>	<b>DATES →</b>					
- élévation anormale de la pointe du sourcil						
- exagération de la fossette sourcilière						
- exagération du sillon nasogénien						
- attraction de la commissure labiale en haut et en dehors						
- mouchetage du menton						
- hypertonie du muscle platysma						

## 2.2. Bilan de la motricité

L'évaluation de la fonction musculaire est réalisée par un bilan analytique précis. Nous reprenons les critères d'évaluation par Lacote, Chevalier... in «Evaluation de la fonction musculaire». Chaque muscle est coté de 0 à 4. La pesanteur n'a dans ce type de cas peu ou pas d'action.

0 : aucune contraction musculaire perçue à l'œil nu ou à la lumière rasante.

1 : légère mobilité du grain de peau visible à l'œil nu ou à la lumière rasante.

2 : ébauche de contraction musculaire. Le mouvement peut être réalisé 5 fois avec lenteur dans une amplitude incomplète et asynchrone par rapport au côté sain.

3 : la contraction musculaire se fait dans toute l'amplitude et peut être repérée environ 10 fois mais présente une asynchronisation par rapport au côté sain.

4 : le mouvement se fait de façon ample, synchrone et symétrique par rapport au côté sain et peut être réalisé sans fatigabilité.

Un tableau récapitulatif reprenant tous les muscles de la mimique ainsi que leur niveau de motricité à une date précise sera réalisé par le praticien. Des comparaisons pourront être effectuées avec les données de l'électrodiagnostic.

## 2.3. Bilan orthophonique

### A. Examen phonétique

Des difficultés pratiques entraînent de façon concomitante une diminution de l'intelligibilité du langage lors de l'émission des phonèmes suivants :

\* [p] / [b] / [m]

L'articulation de ces consonnes bilabiales nécessite une occlusion complète des lèvres. Une paralysie faciale entraîne une malocclusion labiale qui se traduit par un écoulement d'air lors de l'émission de ces phonèmes dont le caractère explosif est amoindri.

\* [f] / [v]

L'articulation de ces consonnes labiodentales suppose une constriction parfaite entre la lèvre inférieure et les incisives supérieures. L'hypotonie de la lèvre inférieure va modifier la vitesse et la direction de l'écoulement d'air.

\* [s] / [z] // [ch] / [J]

La phonétique de ces consonnes est peu modifiée mais la mécanique articulatoire est erronée du fait de l'unilatéralité de l'étirement ou de la projection des lèvres.

#### **B. Examen phonatoire**

La problématique psychologique engendrée par la non-acceptation de cette pathologie est souvent à l'origine de troubles de la voix. Le timbre devient soufflé, l'intensité vocale diminue.

Après avoir éliminé, sur base d'un entretien précis avec le patient, les étiologies organiques de cette perturbation vocale, nous pouvons espérer réinstaller la normalité de ces paramètres en même temps que la récupération esthétique globale.

### **III - Partie pratique**

#### **I. Les différents stades de récupération d'une paralysie faciale**

L'évolution d'une paralysie faciale peut être schématiquement divisée en quatre stades.

##### **1. STADE DES CONTRACTIONS MUSCULAIRES NON VISIBLES ET NON DÉTECTABLES À LA PALPATION**

A ce stade dit de paralysie flasque, le thérapeute effectue des mobilisations passives dans toutes les amplitudes et selon toutes les directions de l'articulation temporo-mandibulaire afin de prévenir les rétractions musculotendineuses.

L'entretien du trophisme du côté sain se fait grâce à la mobilisation volontaire de l'hémiface considérée. Celui du côté atteint nécessite un traitement d'électrothérapie effectué par le kinésithérapeute. Celui-ci crée une suppléance à la conduction nerveuse en attendant le rétablissement de la physiologie nerveuse.

Des données d'électrodiagnostic précises fournies par l'E.M.G. détermineront le type de courant adapté à la physiologie musculaire en cours.

##### **2. STADE DES CONTRACTIONS MUSCULAIRES NON VISIBLES ET DÉTECTABLES À LA PALPATION**

Dès qu'une contraction musculaire est ressentie à la palpation, nous essayons de renforcer sa fréquence d'apparition en faisant prendre conscience au patient du type de mimique (praxie) qui la fait naître. Nous obtenons ainsi quelques prémices de la mimique ou ébauches de contractions musculaires. Les mobilisations passives et l'entretien du trophisme sont poursuivis au niveau des zones hypotoniques.

##### **3. STADE DES ÉBAUCHES VISIBLES DE CONTRACTIONS MUSCULAIRES**

Nous installons progressivement la réalisation des mimiques volontaires en demandant un travail musculaire lent afin d'obtenir le recrutement maximal des fonctions musculaires. Les contractions musculaires observées sont de plus en plus amples. A ce stade, tous les moyens de facilitation sont utilisés :

a) un contact manuel précis influence la direction du mouvement demandé en permettant au patient de localiser la zone à contracter. En effet, l'immobilité prolongée de l'hémiface a modifié la perception du schéma corporel. Nous soulignerons en outre que la reprise des contractions musculaires est souvent perçue de façon erronée. Par exemple, lorsque le patient recommence à gonfler les joues, il a l'impression que celles-ci contiennent un volume d'air important. Le rétablissement de l'élasticité jugale donne une image mentale inadéquate par rapport à la réalité.

b) la guidance verbale augmente la précision des mouvements.

c) un stimulus visuel (travail devant le miroir) permet une meilleure intégration du mouvement. Il faut néanmoins tenir compte de l'impact psychologique produit par le reflet de cette image de soi perturbée.

d) le travail se poursuit selon les mêmes objectifs qu'au stade 3. Les exercices avec matériel ou contre résistance seront envisagés en fonction de l'amplitude des contractions musculaires obtenues.

### **II. Rééducation des paralysies faciales**

#### **1. REMARQUES PRÉLIMINAIRES**

- Les mouvements seront réalisés de façon symétrique en contrôlant la vitesse d'exécu-

tion et l'amplitude de la contraction.

- la rééducation aura lieu sur une hémiface saine dont les muscles seront mis en position d'étirement maximum maintenue afin de mettre en position neutre ou raccourcie les muscles lésés.

- Entre chaque mouvement, on fera relâcher le visage pour éviter la fatigue et les phénomènes de tremblement.

- La rééducation se fera étage par étage car la sollicitation de plusieurs étages entraîne le développement de syncinésies qui s'organisent et se fixent. On essaiera de rééduquer les muscles constricteurs de façon analytique en luttant contre les muscles dilateurs plus puissants afin de réintégrer le tout dans une mimique globale.

## 2. DESCRIPTION DES EXERCICES PRAXIQUES

Les différents mouvements seront décrits en considérant les différents étages musculaires.

### 2.1. Muscles du front et du nez

- Muscle frontal : relever les sourcils en formant des rides horizontales sur le front = «étonnement».

- Muscle corrugateur du sourcil : froncer les sourcils en formant des rides verticales entre eux = «réflexion».

- Muscle procerus et muscle transverse du nez : relever les bords latéraux des narines en formant des rides obliques le long de l'arête du nez = «dégoût».

- Muscle alaire : dilater les narines.

### 2.2 Muscles des yeux

- Muscle orbiculaire de l'œil : serrer les paupières avec force.

### 2.3 Muscles de la bouche

- Muscle orbiculaire de la bouche : rapprocher, comprimer les lèvres et les projeter en avant.

- Muscles petit et grand zygomatiques : sourire en découvrant les dents.

- Muscle élévateur de l'angle de la bouche : relever la lèvre supérieure au niveau de la canine = «ricanement».

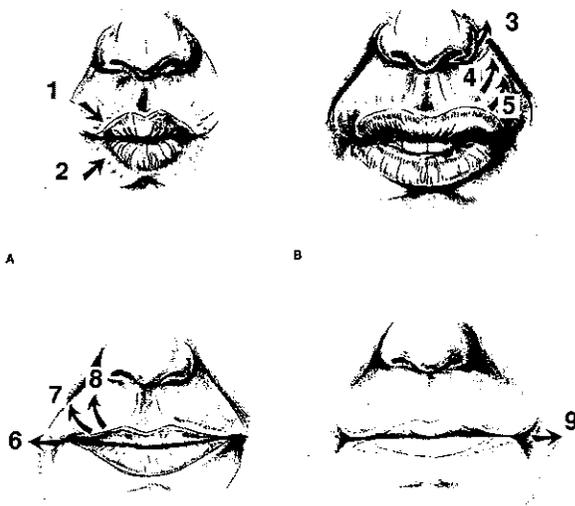
- Muscle risorius : sourire sans découvrir les dents = «ironie».

- Muscle buccinateur : reproduire un mouvement de mastication, c'est-à-dire plaquer les lèvres et les joues contre la face vestibulaire des dents.

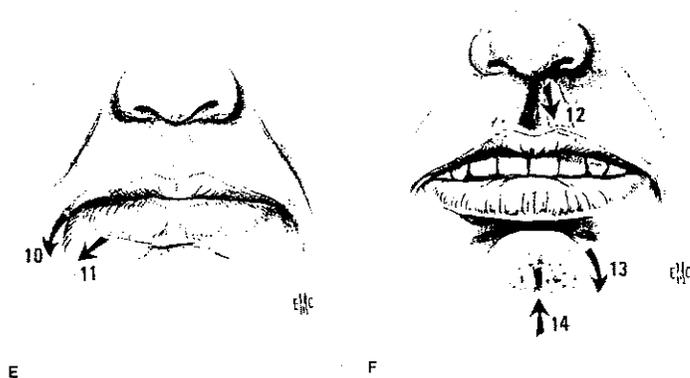
- Muscle abaisseur de la lèvre inférieure : abaisser la lèvre inférieure.

- Muscle abaisseur de l'angle de la bouche : amener les commissures labiales en bas = «tristesse».

- Muscle du menton : élever la pointe du menton et projeter la lèvre inférieure en avant = «moue».

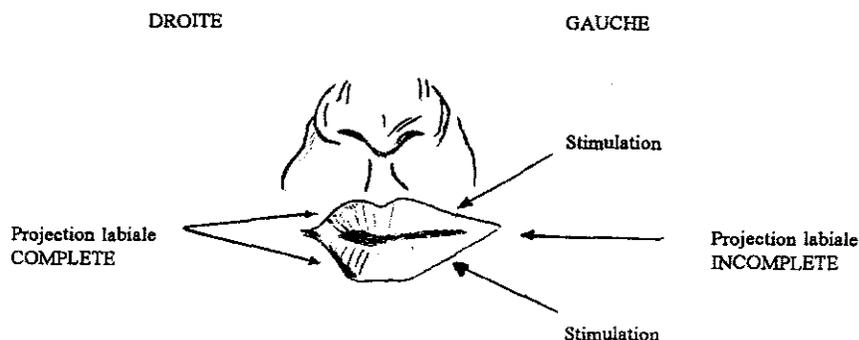


**Action des muscles péri-buccaux :** 1 - 2. Orbiculaire de la bouche ; 3. Alaire. 4. Elévateur de l'angle de la bouche ; 5. Elévateur de la lèvre supérieure ; 6. Buccinateur ; 7. Grand zygomatique ; 8. Petit zygomatique ; 9. Risorius.



10. Platysma ; 11. Abaisseur de l'angle de la bouche ; 12. Abaisseur du septum nasal ; 13. Abaisseur de la lèvre inférieure ; 14. Mentonnier.

**Remarque :** soit une paralysie faciale gauche. Sollicitation de l'orbiculaire des lèvres grâce à la projection MAXIMALE des lèvres vers l'avant.



Nous observons une asymétrie G/D : le sillon nasolabial est dévié vers la gauche, la malocclusion labiale gauche se traduit par une projection incomplète. Une légère poussée digitale à gauche va favoriser la prise de conscience de la zone à contracter et rapprocher ainsi l'état d'équilibre des forces de projection. Nous parvenons à une centralisation quasi correcte du sillon nasolabial et donc à une meilleure projection du côté gauche. Celle-ci est objectivée par le recouvrement des héli-arcades dentaires gauches. Cette intervention nous paraît plus profitable qu'un relâchement de la projection du côté droit qui aboutirait au même schéma mais avec une amplitude de mouvement inférieure.

N.B. dès que nous obtenons une projection satisfaisante, nous pouvons y associer un mouvement de déplacement des lèvres vers la droite ou la gauche. Ce dernier élément introduit une difficulté supplémentaire qui est de maintenir la projection labiale lors du déplacement et ce, sans mouvement de diduction mandibulaire.

A chaque réalisation praxique, nous essayerons d'apporter les corrections nécessaires à l'annihilation maximale des manifestations cliniques dues à la paralysie faciale.

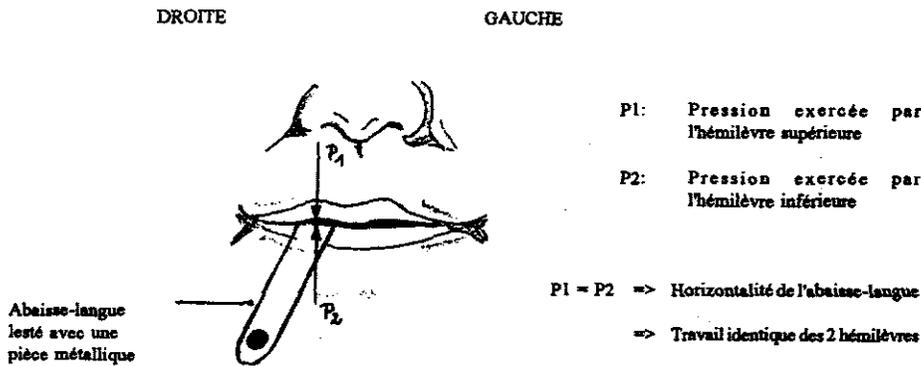
#### 2.4. Exercices avec matériel

Le matériel utilisé est simple : cylindres de calibres variables, abaisse-langue, etc. Le diamètre ou l'épaisseur de ceux-ci est fonction non seulement du stade d'évolution de la paralysie faciale (importance de la malocclusion labiale, etc.) mais aussi de la morphologie dento-maxillo-faciale du patient (cf. existence de prognathie, rétrognathie, proalvéolie, rétroalvéolie, etc.).

Les exercices sont destinés à renforcer la tonicité de la sangle oro-jugale. Le patient serre un abaisse-langue placé transversalement ou longitudinalement entre les lèvres. Celui-ci pourra éventuellement être recouvert d'une légère épaisseur de mousse ou de tout autre matériel déformable. Cela permet au patient de ressentir la pression exercée

par les lèvres et de renforcer ainsi certaines zones de contact. Au fur et à mesure des progrès, les abaisse-langue pourront être lestés avec de petits cubes en bois, des pièces métalliques, etc.

Lorsque l'abaisse-langue sera placé transversalement, le praticien observera l'uniformité des pressions exercées par chaque hémilèvre supérieure et inférieure.



Les cylindres en plastique ou en carton seront également maintenus entre les lèvres en position de projection.

### 2.5. Exercices contre résistance

En fonction de la récupération, différents exercices contre résistance pourront être réalisés à tous les étages de la face. Nous citerons au niveau de la bouche :

#### A. L'exercice de Netter

Le thérapeute écarte chaque commissure labiale avec les doigts ; le patient doit essayer de vaincre cette résistance en ramenant chaque commissure labiale en position centrale.

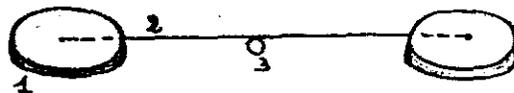
#### B. L'exercice de Rondeleux

En position d'ouverture buccale, le thérapeute maintient le menton vers le bas. Le patient essaie de rapprocher les lèvres sans l'intervention du maxillaire inférieur. La langue reste détendue.

#### C. Gonfler une joue, les deux joues, faire passer le volume d'air d'une joue vers l'autre

La résistance est induite par la quantité d'air que le patient doit maintenir à l'intérieur de la cavité buccale. En phase initiale de récupération, des exercices semblables peuvent être réalisés avec de l'eau et seront plus faciles en vertu des propriétés d'incompressibilité des fluides.

#### D. Utilisation d'un exerciceur labial



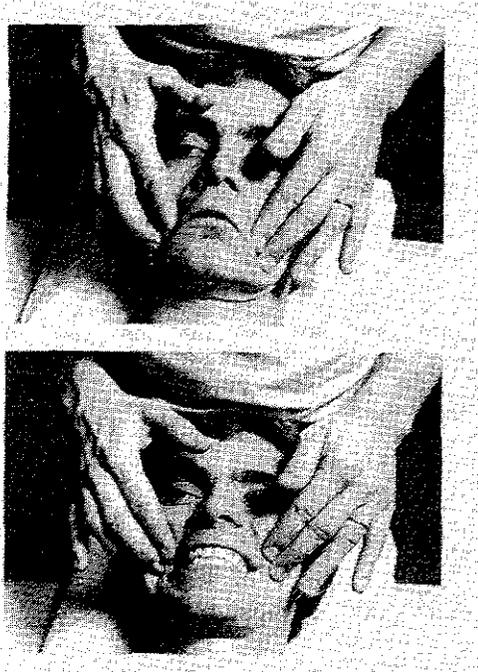
1. Plaque en résine dentaire
2. Tige métallique déformable
3. Anneau auquel est fixé un élastique

L'appareil aux propriétés déformables, et donc ajustable à la morphologie dentaire du patient, est placé le long des arcades dentaires derrière les lèvres.

L'élastique central permet au patient ou au thérapeute d'exercer de petites tractions auxquelles il faut résister en accentuant l'occlusion des lèvres.

#### Exemples d'exercices contre résistance

Le patient doit réaliser le mouvement opposé à celui imprimé par le thérapeute



## 2.6 Syncinésies

Lors de sa régénéscence, le VII peut donner lieu à des arborisations terminales anarchiques. Cela se traduit cliniquement par des syncinésies qui sont des mouvements involontaires apparaissant lors des mouvements volontaires. Elles sont généralement de deux types :

### A. Les syncinésies bouche/œil

Lors de la fermeture de l'œil (contraction du muscle orbiculaire des paupières), la commissure labiale homolatérale se porte en haut et en dehors (contraction des muscles zygomatiques et risorius).

### B. Les syncinésies œil/bouche

Lors de la projection des lèvres (contraction du muscle orbiculaire des lèvres), la paupière homolatérale se contracte initiant la fermeture de l'œil (contraction de l'orbiculaire des paupières).

La classification est fonction de l'importance et de l'intensité de ces contractions involontaires :

- 0 = syncinésie absente ;
- +1 = syncinésie modérée, hypertonie débutante ;
- +2 = hypertonie manifeste ;
- +3 = hypertonie majeure.

Au stade de l'hémispasme, le tableau majoré se retrouve en phase de repos.

### C. Rééducation

Comme précisé lors de l'introduction, le travail étage par étage est très important. Lors de l'apparition de syncinésies, il faut shunter les muscles qui travaillent en synchronie par une action de leur antagoniste.

*Syncinésie bouche/œil* : si lors de la fermeture de l'œil, le zygomatique et le risorius se contractent, on demandera au patient de fixer ces derniers par un travail concentrique de l'orbiculaire des lèvres.

*Syncinésie œil/bouche* : si lors de la projection des lèvres, on observe la contraction de l'orbiculaire des paupières, on demande au préalable une ouverture maximale de l'œil.

## 3. RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE

La rééducation orthophonique est associée à la rééducation praxique et évolue de la même façon. Il s'agit essentiellement d'une rééducation d'ordre phonétique classique.

L'objectif est d'obtenir une différenciation phonémique optimale en fonction de l'évolution praxique. Nous ne partageons pas l'optique selon laquelle il faut installer des mouvements compensatoires afin d'améliorer l'intelligibilité du patient. Nous préférons, à la limite, une émission phonémique moins parfaite sur le plan phonétique mais dont la

réalisation praxique fait intervenir les points d'articulation proches de la normalité et ce, en fonction du stade d'évolution considéré.

### 3.1. Rééducation des consonnes bilabiales, /p/, /b/, /m/

Celle-ci évolue en parallèle avec la récupération des mouvements d'occlusion labiale. Nous essayons de réduire le souffle qui accompagne l'émission de chaque consonne occlusive.

Nous proposons ci-après une progression d'exercices qui peut varier selon les patients.

\* Répétition de logatomes incluant le phonème considéré en position finale, médiane, initiale. Nous associerons un environnement vocalique facilitateur.

Ex : [p] / [ou] ; [p] / [u] ; [p] / [o] ; [p] / [ō]

\* Répétition de mots incluant le phonème dans les positions suscitées :

Ex : loupe dépit poule  
 nappe râper pôle  
 dupe lapin panier  
 taupe appeler patte

\* Lecture de ces mêmes mots ce qui constitue un pas de progression supplémentaire car le feed-back auditif correctif du thérapeute est absent.

\* Répétition et lecture de phrases simples contenant les mots envisagés précédemment

\* Exercices de différenciation phonémique dans lesquels les phonèmes occlusifs sont travaillés simultanément. Dans cette optique, les fiches de jeux de langage proposées par F. Dejong-Estienne sont d'un grand intérêt.

Ex : pois/bois ; pont/bon ; pain/bain.

\* Renforcement du tonus de l'occlusion labiale par des émissions successives de [pa] en faisant varier le tempo (vitesse d'émission lente, rapide), l'intensité (tension musculaire faible, forte), le nombre de structures. Des combinaisons entre les trois paramètres seront envisagées. Dans cette optique, les fiches de rythme semblables à celles de M. Stamback pourront être réalisées.

Ex. :

f	F	F	f	f	f	f	F	f : intensité faible
●	●	●	●	●	●	●	●	
[pa]	[pa]	[pa]	...	...	...	...	...	F : intensité forte

La progression est semblable pour les diverses consonnes altérées : [f] / [v] ; [s] / [z] ; [ch] / [J].

Lorsque toutes les réalisations articulatoires sont plus ou moins correctes, nous entamons la répétition puis la lecture de mots contenant les phonèmes en concaténation. Nous incluons ensuite ces mots dans des textes courts. Au début les phonèmes perturbés sont soulignés ce qui constitue un moyen mnémotechnique pour le patient. Nous diminuons progressivement cette aide en opérant des choix sélectifs parmi les phonèmes (ex : suppression de l'aide pour les consonnes bilabiales) afin de parvenir à une lecture spontanée, fluide, sans équivoque.

Ex : «*La Normandie de Maupassant n'offre jamais le visage de la tristesse. Elle est grave parfois, joyeuse souvent. Auberges campagnardes y évoquent les plaisanteries de fin de banquet que Maupassant crayonne dans ses récits avec une jubilation rageuse.*»

== phonèmes constrictifs perturbés

— phonèmes occlusifs perturbés

Nous renforçons conjointement notre vigilance en ce qui concerne l'intelligibilité du langage spontané en mentionnant habilement au patient certaines erreurs en évitant de susciter un blocage par rapport à l'acte conversationnel.

## 4. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

La paralysie faciale est une pathologie très invalidante pour le patient. Elle affecte la face, support des émotions, des sentiments, des dialogues, etc.

Le patient évite tout contact et fuit les situations de communication (conversations téléphoniques, etc.). Il se sent diminué sur le plan esthétique.

Le thérapeute joue également un rôle dans le recouvrement de cette confiance en soi.

Des enregistrements ponctuels objectiveront l'amélioration de l'intelligibilité et constitueront des preuves tangibles de récupération.

La durée et la fréquence des séances varient en fonction du stade clinique de la pathologie. Quotidiennes au début, les rééducations peuvent s'adapter ensuite au rythme de trois par semaine. La paralysie faciale constitue une urgence thérapeutique. Une prise en charge immédiate réduira considérablement la fréquence des complications et l'importance des séquelles de cette affection redoutable tant par ses conséquences physiologiques que par ses incidences psychologiques.

## Conclusions

Au terme de cet article qui n'a pas la prétention de traiter des paralysies faciales de manière exhaustive, nous espérons avoir donné l'envie au praticien néophyte de relever le défi quand de tels cas se présentent. Ce type de rééducation demande beaucoup d'investissement chez le patient bien sûr mais aussi chez le thérapeute. Nous en sommes très vite récompensés car les progrès se manifestent de façon notable assez rapidement en début de traitement.

Ensuite, l'évolution progresse par paliers. Chaque plateau n'est pas synonyme de régression mais bien d'installation et de renforcement d'un progrès dans la dynamique musculaire. Celui-ci peut durer plusieurs mois et ne doit en aucun cas justifier un découpage.

Douze mois se sont écoulés depuis le début du traitement de cette paralysie faciale que j'ai évoquée dans l'avant-propos. Nous rencontrons toutes les phases de récupération décrites dans cet article. Le stade de l'ébauche musculaire est dépassé pour tous les muscles. Les muscles du front et du nez restent assez timides. Nous poursuivons le travail praxique avec le même dynamisme qu'en début de traitement.

Récemment, nous avons obtenu un sourire d'amplitude presque maximale et de symétrie plus ou moins parfaite. Que demander comme critère de motivation supplémentaire pour continuer une thérapie ?

## Références bibliographiques

- ANXIONNAT R., BLANCHET B., MORET Ch., BRACARD S., PICARD L. (1991). Scanographie crano-encéphalique. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. Neurologie, 1275, Paris..
- BECKERS D., BUCK M. (1989). Traitement pratique des lésions sportives. Techniques de kinésithérapie 3.1 J/1 - 3.1 J/7. Editorial Office - Bruxelles.
- BRUGEROLLE B., ANDRÉ J.M. (1991). Traumatismes orano-encéphaliques. Editions Techniques. Encyl. Méd. Chir. Neurologie, 1275, Paris.
- CAMBIER J., MASSON, DEHEN H. (1985). Abrégé de Neurologie, Editions Masson, Paris.
- CHEVALIER A.M. (Février 1985). Nerf facial et rééducation. Kinésithérapie Scientifique n° 232.
- CHEVALIER A.M. (1990). Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. Editions Techniques. Encyl. Méd. Chir. Kinésithérapie, 26463 B<sup>10</sup>, Paris.
- COLLARD M. (1989). Paralysie faciale, étiologie, diagnostic, traitement. Revue du Praticien, 39, 6, Paris.
- DANIELS L, WORTHINGHAM C. Le Testing Analytique. Testing de l'examen manuel. Editions Maloine, Paris.
- DE BISSCHOP G., DUMOULIN J. (1992) Electromyographie clinique. Editions Abrégés Masson.
- FENEIS, H. (1986). Traduction de A. DHEM. Répertoire illustré d'anatomie humaine. Editions Prodim, Bruxelles.
- JOUVIN B. (1985). Kinésithérapeute mandibulofaciale. Éditions Maloine, Paris.
- KAMINA P. (1984). Dictionnaire - Atlas d'anatomie. Éditions Maloine, Paris.
- LACOTE M, CHEVALIER A.M., MIRANDA A., BLETON J.P., STEVENIN P. (1990). Evaluation clinique de la fonction musculaire. Éditions Maloine, Paris.
- MORET, Ch.; BRACARD, S.; BRAUN, M.; GERBER, S.; ANXIONNAT, R.; ROLAND, J.; PICARD, L. (1991). Imagerie par résonance magnétique (IRM) en neuroradiologie. Technique, indications, résultats. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. Neurologie, 1063, Paris.
- ROUVIERE H. (1984). Anatomie Humaine par Cordier - Delmas. Tête et Cou. Éditions Masson, Paris.
- VEILLONF. (1991). Imagerie de l'oreille. Imagerie médicale dirigée par H. Nahum. Médecine - Sciences - Éditions Flammarion.