



## Prise en charge de la paralysie faciale idiopathique à la phase aiguë chez l'adulte (SFORL 2020)

ITEM ECN : 99. Paralysie faciale.

Messages clés :

- L'examen clinique permet de confirmer le caractère **périphérique** de la paralysie faciale.
- Si le tableau est typique de paralysie faciale périphérique idiopathique, aucun examen complémentaire n'est à réaliser en urgence.
- Le traitement repose sur l'association d'une **corticothérapie**, d'un **traitement antiviral**, d'une **protection ophtalmologique** et d'une **rééducation faciale**.

### 1) Examen clinique

- **Confirmer le caractère périphérique de la paralysie** : réaliser un examen clinique neurologique et ORL complet avec une otoscopie et une palpation parotidienne. La PFP atteint les parties supérieures et inférieures de l'hémiface et l'absence de dissociation automatico-volontaire (contrairement à la paralysie centrale).
- **Rechercher les signes faisant éliminer une PFP idiopathique** : aggravation au-delà de 72h après son apparition, caractère fluctuant, ou récidivant, ou bilatéral, otoscopie anormale, à une anomalie de la palpation parotidienne ou des aires ganglionnaires, à une surdité homolatérale, à des vertiges et à une autre atteinte neurologique.
- **Évaluer la sévérité de l'atteinte** par la classification de House et Brackman.

### 2) Examens paracliniques

Permettent d'éliminer une PFP idiopathique et de localiser l'atteinte de la PFP :

- Examen **audiométrique** avec recherche des réflexes stapédiens
- Bilan **biologique** : numération et formule sanguine, glycémie à jeun ± hémoglobine glyquée, sérologie de Lyme, VIH, VZV et HSV
- **IRM avec injection de gadolinium**, étudiant tout le trajet du nerf facial sans oublier la portion parotidienne, sans urgence sauf si présentation atypique si possible au cours du premier mois.

En absence de l'évolution favorable habituelle, il est recommandé de refaire une imagerie à 6 mois.

- L'électroneuromyographie (ENMG) entre le neuvième et le vingtième jour dans les cas de paralysies faciales sévères (Grade V ou VI de la classification de House et Brackmann) pour évaluer le pronostic de récupération.

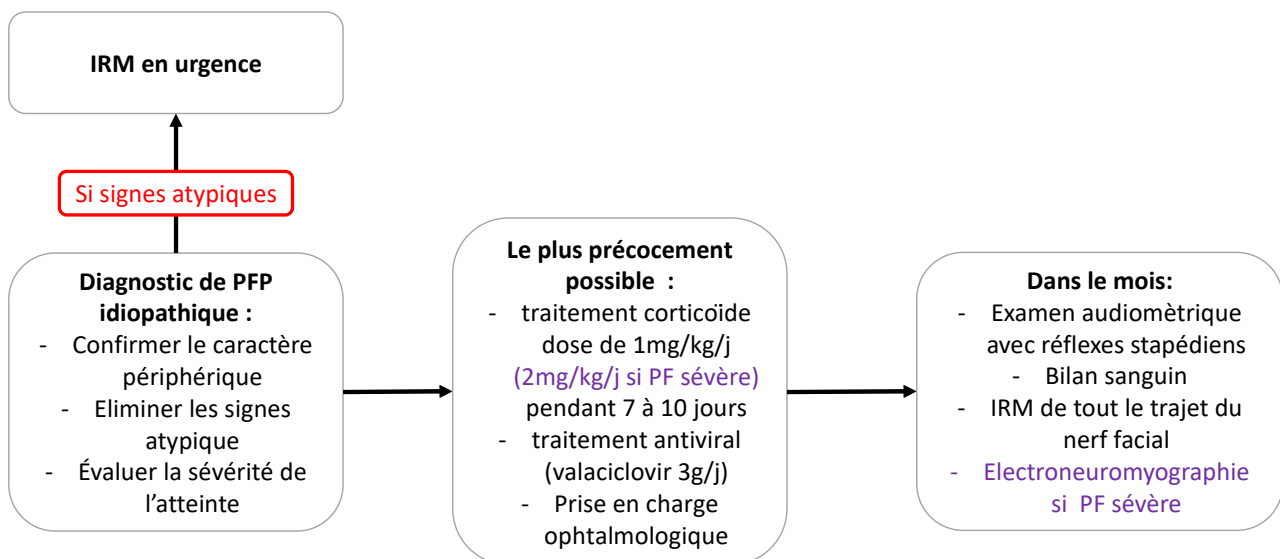
### 3) Traitement

#### • A faire :

- Débuter un traitement par corticoïde par prednisolone ou par méthyprednisolone le plus précocement possible (idéalement dans les 72 heures) à la dose de 1mg/kg/j pendant 7 à 10 jours, 2mg/kg/j si atteinte sévère.
- Prescrire un traitement antiviral (valaciclovir 3g/j) associé à un traitement corticoïde le plus précocement possible.
- Prise en charge ophtalmologique incluant des soins locaux, une occlusion nocturne et une éducation du patient. Un œil rouge et douloureux doit faire consulter un ophtalmologue.
- Prise en charge par des rééducateurs formés (orthophonistes ou kinésithérapeutes) devant toute paralysie faciale idiopathique sévère ou présentant des facteurs de mauvaise récupération.
- Décompression chirurgicale du nerf facial est encore débattue.
- Surveillance prolongée, d'autant plus si la PFP ne récupère pas complètement

#### • Ne pas faire :

- L'électrothérapie et le travail en force (chewing-gum, et exercices praxiques en biofeedback) lors de la rééducation.



## Prise en charge de l'adénome pléomorphe (SFORL 2020)

ITEM ECN : 88. Pathologie des glandes salivaires.

### Messages clés :

- L'**IRM** est l'examen de référence pour établir le diagnostic d'adénome pléomorphe.
- La **cytoponction** est recommandée pour les tumeurs difficilement caractérisables en IRM (lésion infracentimétrique, ou signal atypique) ou en cas de refus de la chirurgie.
- Pour l'ensemble des adénomes pléomorphes (toutes localisations confondues), l'**exérèse chirurgicale** est le traitement de première intention.
- Compte tenu du principal risque de l'adénome pléomorphe qui est la récurrence, il est important d'établir une surveillance clinique et radiologique par IRM.

### 1) *Bilan diagnostique*

- Pour les lésions supra-centimétriques, l'**IRM** est l'examen de référence. Il doit comprendre les aires ganglionnaires cervico-faciales (idéalement avec des séquences de diffusion et de perfusion).
- Un adénome pléomorphe se présente sous forme d'une lésion intraparotidienne en hypersignal T2 sans adénopathie satellite, sans restriction en imagerie de diffusion (ADC) et avec un rehaussement progressif en perfusion (DCE).
- La **TDM injectée** est proposée uniquement en cas de contre-indication à l'IRM.
- Pour les lésions parotidiennes infra-centimétriques, une échographie est recommandée en première intention.
- La **cytoponction** a une très bonne pertinence diagnostique. Elle est recommandée pour les tumeurs difficilement caractérisables en IRM (lésion infra-centimétrique, ou signal atypique) ou quand le patient refuse la chirurgie. Elle doit être réalisée après l'IRM ou à distance pour éviter les artefacts d'interprétation de l'imagerie.
- Un **examen histologique extemporané** sur l'ensemble de la tumeur, incluant le tissu adjacent est recommandé afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic et éventuellement d'adapter le geste chirurgical en cas de découverte de malignité.

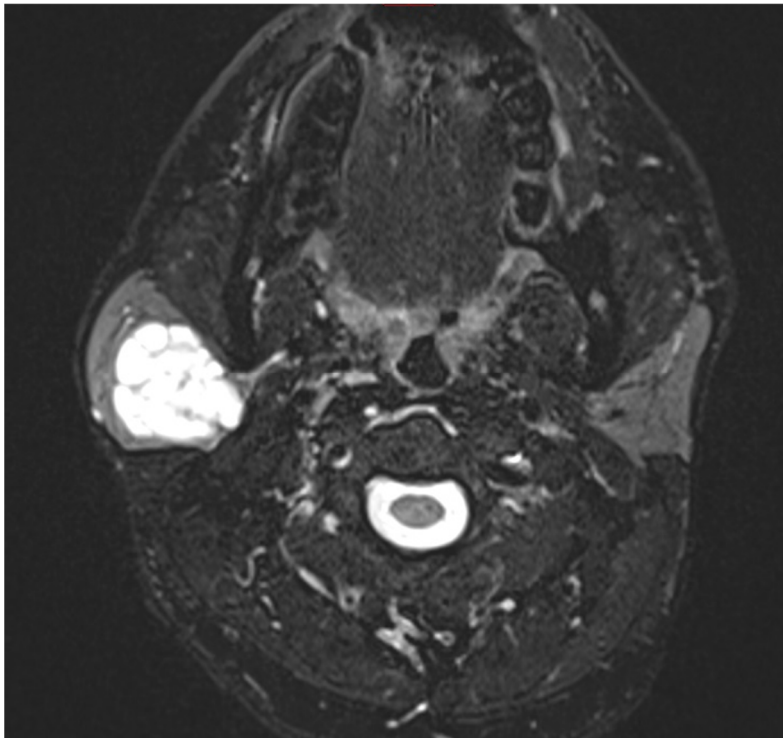
### 2) *Prise en charge thérapeutique*

- Pour l'ensemble des adénomes pléomorphes (toutes localisations confondues), l'**exérèse chirurgicale** est le traitement de première intention.
- Pour les adénomes pléomorphes de la glande parotide, il faut effectuer une exérèse complète de la tumeur en monobloc avec des marges de tissu sain (éviter au maximum les énucléations), lorsque cela est possible, en fonction de la situation anatomique de la tumeur, tout en respectant le nerf facial. On réalise le plus souvent une parotidectomie partielle.
- Si l'analyse histologique extemporanée réalisée émet un doute confirme la présence d'un carcinome, il est recommandé de totaliser la parotidectomie dans le même temps opératoire, associé à un traitement des aires ganglionnaires.

### 3) *Surveillance*

- L'IRM est l'examen de référence pour surveiller les patients à haut risque de récurrence.
- La première IRM post-opératoire doit être réalisée au minimum 6 mois, après le geste chirurgical.
- Le principal risque de l'adénome pléomorphe est la récurrence.
- Il est recommandé de discuter la radiothérapie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cas d'adénome pléomorphe multirécidivant ou récidivant inopérable.

**IRM parotidienne en coupe axiale en séquence T2 avec hypersignal d'une lésion intra-parotidienne droite avec des contours festonnés faisant évoquer un adénome pléomorphe**





## Traitement chirurgical des perforations tympaniques de l'enfant (SFORL 2020)

ITEM ECN : 147. Otalgie - Otites.

Messages clés :

- Le traitement de la perforation tympanique de l'enfant est la **tympanoplastie**.
- Elle doit s'effectuer chez **l'enfant de plus de 6 ans**, sur une perforation existante depuis au **moins 6 mois** et asséchée depuis au moins 3 mois.
- Le bilan préopératoire doit comporter un examen ORL complet et une audiométrie.

### 1) **Conditions optimales pour la chirurgie**

- Perforation existante depuis **plus de 6 mois** car fermeture spontanée possible
- Perforation **asséchée depuis plus de 3 mois** et pas de contexte d'otite sérumuqueuse
- Enfant de **6 ans ou plus**

### 2) **Bilan préopératoire**

- Recherche d'hypertrophie adénoïdienne ou amygdalienne à corriger avant ou pendant la tympanoplastie
- Recherche de polyposé nasosinusienne
- Audiométrie vocale et tonale comportementale (avec mesure de la conduction osseuse et aérienne), effectuée avec assourdissement pour chaque oreille
- Pas d'imagerie

### 3) **Surveillance post opératoire**

- Recherche en post opératoire de fièvre, de signes labyrinthiques inattendus, d'apparition de vertiges et examen de la cicatrice
- Surveillance audiométrique prolongée après tympanoplastie de l'enfant, pour dépister la survenue d'une éventuelle dégradation auditive