



Paralysie faciale périphérique révélée par un ectropion tarsal : à propos d'un cas Peripheral facial palsy revealed by a tarsal ectropion : a case report

Mvilongo C¹, Akono E¹, Nanfack C², Nomo A², Nguena B¹, Ebana S³, Dohvoma V¹, Omgbwa A⁴, Epée E¹, Bengono G⁵, Ebana Mvongo C¹.

1 : Hôpital Central de Yaoundé

2 : Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé

3 : Hôpital Gynéco- Obstétrique et pédiatrique de Douala

4 : Hôpital de district de Djoungolo

5 : Cabinet médical St Luc

Correspondance: Caroline Mvilongo ; email : carolinemvilongo@yahoo.fr

Abstract: Paralytic ectropion usually occurs after paralysis of the seventh cranial nerve. It can be the cause of a sicca syndrome with chronic tearing which bothers the patient. We report a case of unilateral Tarsal ectropion revealing peripheral facial paralysis at Yaoundé central hospital. The aim of this work is to underline the need to look for any corneal and eyelid abnormalities associated with attacks of the VII.

Keywords: Ectropion, lagophthalmos, facial palsy.

Résumé : L'ectropion paralytique survient habituellement suite à une paralysie du septième nerf crânien. Elle peut être à l'origine d'un syndrome sec avec larmoiement chronique gênant pour le patient. Nous rapportons un cas d'ectropion Tarsal unilatéral révélant une paralysie faciale périphérique à l'hôpital central de Yaoundé. Le but de ce travail est de souligner la nécessité de rechercher toute anomalie cornéenne et palpébrale associées aux atteintes du VII.

Mots-clés : Ectropion, lagophtalmie, paralysie faciale.

L'ectropion paralytique survient habituellement suite à une paralysie du septième nerf crânien. Une lagophtalmie concomitante de la paupière supérieure est habituellement présente suite à la paralysie du muscle orbiculaire de la paupière supérieure (1). La lagophtalmie augmente le risque de kératite, d'ulcération cornéenne et d'altération visuelle (2). La paralysie faciale périphérique résulte de plusieurs origines mais reste idiopathique dans 70 % des cas (3). Le pronostic de la paralysie dépend de l'origine. La principale séquelle ophtalmologique demeure la lagophtalmie. Sa prise en charge peut être temporaire ou permanente en fonction du risque d'exposition cornéenne.

Observation :

Patient de 86 ans, Hypertendu et asthmatique connu venu consulter pour éversion de la paupière inférieure droite associée à un larmoiement évoluant depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique a permis d'objectiver une acuité visuelle

sans correction à 3/10 à droite et à 2/10 à gauche non améliorée au trou sténopéique. L'examen de la statique palpébrale a objectivé un ectropion tarsal et du point lacrymal droit avec diastasis oculopalpébral, une lagophtalmie à 9 mm, un signe de Charles Bell modérément conservé, une ptose des cils palpébraux et une hyperlaxité du bord libre de la paupière inférieure. Par ailleurs, elle présentait une disparition du sillon nasogénien à droite, un dermatochalasis bilatéral avec hernie de la graisse en supérieur. L'examen biomicroscopique du segment antérieur a permis d'objectiver une cataracte bilatérale corticale grade 2 associée à un syndrome sec par altération du break up time. Le diagnostic d'ectropion tarsal droit sur paralysie faciale périphérique associé à un syndrome sec oculaire et une cataracte bilatérale a été posé. La prise en charge chirurgicale a consisté en une canthopexie latéral de raccourcissement «lateral tarsal strip procedure ». L'évolution postopératoire a été marquée par une correction de la lagophtalmie, une diminution du larmoiement et une amélioration des signes de sécheresse oculaire. Elle a également bénéficié



Figure 1 : En préopératoire, 1a) paralysie faciale droite et ectropion de la paupière inférieure ; 1b) Signe de Charles Bell lors de l'occlusion volontaire (lagophtalmie droite)



Figure 2 : a) J1 post opératoire d'une canthopexie latérale de raccourcissement droit (lateral tarsal strip) 2b : absence de lagophtalmie

d'une consultation cardiologique, otorhinolaryngologique et neurologique à visée étiologique. Aucune étiologie n'a été retrouvée.

Discussion :

Les patients présentant une paralysie faciale sont adressés en ophtalmologie pour le dépistage des anomalies cornéennes associées aux atteintes du VII. Celui-ci est responsable de la motricité palpébrale au niveau du muscle orbiculaire des paupières et innerve la glande lacrymale (4).

La faiblesse du clignement et de la fermeture des yeux dans la paralysie faciale périphérique conduit à une irritation chronique de la surface oculaire. Le réflexe de sécrétion lacrymale stimulé de façon chronique, ainsi qu'une paupière atone et une pompe lacrymale déficiente favorise le larmoiement chez ces patients (1). Au niveau de la paupière inférieure, l'atonie de l'orbiculaire est responsable de relâchement de la paupière qui peut s'affaisser sous le poids de la joue paralysée, il en résulte dans la majorité des cas un scléral show. Chez des patients présentant une hyperlaxité de la paupière inférieure, un ectropion peut apparaître (5) tel que chez notre patiente. La perte de contact entre la conjonctive et le globe est responsable d'une sécheresse oculaire pouvant entraîner kératite sèche, abcès cornéen, kératite neurotrophique avec altération visuelle possible (2, 3).

Les principales causes de paralysie faciale sont les processus infectieux, les traumatismes, les néoplasies, les maladies auto-immunes et plus couramment la paralysie faciale à frigore, mais aussi une origine iatrogène (2). Chez notre patiente, aucune cause n'a pas été retrouvée et semble être une paralysie faciale à frigore.

La prise en charge ophtalmologique consiste en l'administration de larmes artificielles, de pommades ophtalmiques ou gels lubrifiants, de lentilles de contact souples, et d'occlusion nocturne à l'aide de pansements adhésifs (6,7). L'American Academy of Neurology recommande fortement l'utilisation de corticostéroïdes oraux chez les adultes de plus de 16 ans dans les 72 heures après le début de la paralysie faciale car ceci augmenterait la récupération de la fonction du nerf facial (8). La prise en charge chirurgicale peut se faire par tarsorrhaphie, par alourdissement de la paupière supérieure

par plaque d'or, par stabilisation du canthus externe par canthopexie latérale de raccourcissement (lateral tarsal strip) tel que réalisée chez notre patiente. Cette technique est indiquée en cas de rétraction, d'hyperlaxité et d'ectropion de la paupière inférieure. Le suivi des patients doit être fréquent afin d'évaluer l'efficacité du traitement. A distance d'une paralysie faciale périphérique il peut apparaître un spasme hémifacial post-paralytique. Des injections de toxine botulique à faible dose seront proposées afin de réduire le spasme de l'orbiculaire des paupières (4).

Conclusion :

L'ectropion paralytique est une séquelle de la paralysie faciale périphérique. Elle cause un préjudice esthétique et peut être invalidante pour le patient. Devant toute paralysie faciale périphérique, il importe de rechercher les altérations cornéennes et palpébrales et les prendre en charge.

Références :

1. Elmaleh C. *Orbite, paupière et système lacrymal in American Academy of Ophthalmology. Elsevier Masson 2014. P 214*
2. Luz Maria Vasquez, Ramon Medel. *Lagophthalmos after facial palsy : current therapeutic options. Ophthalmic Res 2014 ; 52 : 165-169.*
3. Peitersen : *Bell's palsy : the spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002 ; 549 :4-30*
4. Guépratte N, Lebuissou D. *Prise en charge ophtalmologique d'une paralysie faciale. J Fr. Ophtalmol 2001 ; 24,6, 677-678.*
5. Alliez A, Mallet T, Bertrand B, Degardin N, Benichou L, Bardot J, Labbé D. *Prises en charge des atteintes orbito-palpébrales secondaire à une paralysie faciale. Annale de chirurgie plastique esthétique 2015*
6. Alsuhaibani AH : *Facial nerve palsy : providing eye comfort and cosmesis. Middle East Afr J Ophthalmol 2010 ; 17 : 142-147*
7. Seiff SR, Boerner M, Carter SR : *Treatment of facial palsies with external eyelid weights. Am J ophthalmol 1995 ; 120 : 652-657*
8. Gronseth GS, Paduga R : *Evidence –based guideline update : steroid and antivirals for Bell palsy : report of the guideline development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2012 ; 79 :2209-2213*

Conflit d'intérêt : néant

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de façon équitable à l'élaboration du manuscrit

