

INTRODUCTION

La paralysie périphérique du nerf facial est une complication peu fréquente mais décrite dans la chirurgie otologique. Sa survenue peut varier en fonction de multiples facteurs, notamment le type d'intervention, la technique chirurgicale utilisée, l'expérience du chirurgien et les facteurs individuels du patient. Elle peut apparaître en post-opératoire précoce, une forme qui a été bien étudiée. Dans ce cas, elle est liée à une lésion iatrogène directe du nerf facial, survenant pendant ou immédiatement après l'opération. Néanmoins, la paralysie faciale qui apparaît bien plus tard après l'opération est une forme plus rare, dont les caractéristiques exactes n'ont pas été entièrement élucidées en raison de sa faible incidence. Nous rapportons deux cas uniques de paralysie tardive du nerf facial chez deux patients parmi une série de 1047 enfants et adultes ayant bénéficié d'une chirurgie d'implant cochléaire entre 2008 et mars 2024, et suivis au sein du service d'oto-rhino-laryngologie et du centre d'audition de l'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca.

PRESENTATION DE CAS

Cas	Sexe/Âge	Chirurgie	Délai d'apparition de la PFP (an)	HBG initial	Anomalies notables	Traitement	HBG Final	Durée (j)
1	M/8ans	Implantation cochléaire gauche	6	III	Aucune	Corticothérapie Antiviral Vitaminothérapie	I	15
2	M/12ans	Implantation cochléaire droite	10	III	Aucune	Corticothérapie Antiviral Vitaminothérapie Rééducation	I	25

Il s'agit des cas de deux enfants âgés de 8 ans et 11 ans respectivement, suivis pour surdité congénitale bilatérale, sans anomalies détectées au bilan préopératoire ni en peropératoire. Il ont bénéficié d'un implant cochléaire à l'âge de 2 ans, à gauche pour le premier patient et à droite pour le deuxième. L'intervention et les suites post-opératoires étaient sans incident pour les deux patients. La paralysie faciale périphérique homolatérale au côté implanté est survenue 6 ans après la chirurgie pour le premier cas et 10 ans après pour le second. Le score initial de House-Brackmann (HB) était de III chez les deux patients. Le premier patient a reçu comme traitement une corticothérapie associée à des antiviraux ainsi qu'une vitaminothérapie, tandis que le second a reçu le même traitement en plus d'une rééducation motrice de la face. L'évolution a été favorable dans les deux cas, avec une récupération complète et un score HB final de I après 15 jours de traitement pour le premier cas et 25 jours pour le second.

DISCUSSION

Les définitions de la paralysie faciale post-opératoire tardive après une chirurgie otologique varient, avec un délai de survenue retenu d'au moins 48 heures après l'opération. Son incidence varie entre 0,2 % et 1,9 % selon le type de chirurgie, avec une moyenne de 0,43 % à 1,18 %. Pour l'implant cochléaire, l'incidence est de 0,64 %, plus élevée que celle de notre étude, qui est de 0,2 %. La première hypothèse est la réactivation virale, impliquant les virus herpes simplex et varicelle-zona, liée aux changements immunologiques pouvant être due à une réactivation rétrograde. Une seconde hypothèse est l'œdème neuronal, causé par le stress chirurgical, la restriction du drainage veineux, ou la rétention de liquide. La manipulation de la corde du tympan peut aussi entraîner un œdème rétrograde qui comprime le nerf facial, pouvant réactiver un virus latent. Enfin, la déhiscence du canal facial pourrait être susceptible à une inflammation ou une pression directe sur le nerf facial par exemple, due à l'électrode de l'implant cochléaire. Étant donné qu'aucun de nos patients n'a subi de chirurgie de révision et en raison de la nette amélioration clinique sous traitement, l'hypothèse retenue est celle de la réactivation virale. Le pronostic de la paralysie faciale tardive est excellent dans la majorité des études. Le taux de récupération complète est de 95,3 %, ce qui est significativement plus élevé que celui de la paralysie idiopathique où le taux est de 70% ou d'une paralysie faciale iatrogène.

CONCLUSION

La pathogénie de la paralysie faciale tardive après chirurgie otologique est controversée. Dans l'implant cochléaire, la manipulation des branches sensorielles du nerf facial et de la corde du tympan semble être un facteur déclenchant. Le stress chirurgical sur l'oreille moyenne entraînerait une réactivation virale et/ou le développement d'un œdème neuronal. Le traitement principal repose généralement sur la corticothérapie, parfois associée à un antiviral. Dans certains cas une chirurgie de révision peut être indiquée. Le taux de guérison est de 95%, offrant un pronostic favorable.

REFERENCES

- Etiology and therapy of delayed facial paralysis after middle ear surgery Jonas Eckermann1 · Jens Eduard Meyer2 · Thomas Guenzel3 Carlson ML, Olson MD, et al.
- The prevalence and clinical course of facial nerve paresis following cochlear implant surgery: FN Paresis Following CI Surgery. The Laryngoscope.
- Alzhrani F, Lenarz T, Teschner M. Facial palsy following cochlear implantation. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016;273(12):4199-4207. doi:10.1007/s00405-016-4124-0