

## PROGRAMME DE FORMATION

### REEDUCATION MAXILLO FACIALE : MODULE CAS PRATIQUES & RAISONNEMENT CLINIQUE TRAUMATOLOGIE FACIALE, PRAXIES ORO-FACIALES, SAHOS, DERANGEMENT TEMPORO MANDIBULAIRE, PARALYSIE FACIALE, CARCINOLOGIE.

#### RESUME & OBJECTIFS :

Ce module s'inscrit dans la mise en pratique en situation de terrain des compétences théoriques et pratiques acquises au cours des précédents modules de rééducation maxillo faciale.

Les prises en charge rééducatives en rééducation maxillo faciale couvrent des champs de compétences variées. Les prises en charge varient en fonction du motif de consultation initial, de l'âge du patient, du contexte psycho social et des objectifs de rééducation. Les MKDE sont souvent submergés par la variété des problématiques rencontrées dans leur pratique.

Les cas cliniques proposés au cours de cette formation vont permettre aux participants d'adapter leurs prises en charge en renforçant leur raisonnement clinique. Cette formation balayant l'ensemble de la spécialité à partir de cas cliniques concrets et variés leur permettra de s'approprier les différentes techniques et protocoles de rééducation afin de pouvoir les mettre en œuvre efficacement auprès de leur patientèle.

A l'issue de cette formation, ils sauront adapter leur posture à chaque patient. Afin de construire un programme de rééducation et d'éducation thérapeutique qui optimisera les résultats.

**Objectif 1 :** Analyser les données cliniques

**Objectif 2 :** Savoir choisir et s'approprier les bilans adaptés en fonction du cas clinique présenté

**Objectif 3 :** Fixer des objectifs de rééducation adaptée au cas clinique

**Objectif 4 :** Identifier les obstacles et les prérequis

**Objectif 5 :** Adapter le discours et le geste en fonction de l'âge et du contexte

PUBLIC CONCERNE	METHODES PEDAGOGIQUES	PREREQUIS
Masseurs-kinésithérapeutes Cadres de Santé 20 participants maximum	Supports théoriques – Séquences pratiques. Méthode expositive et affirmative-démonstrative-participative-interrogative	MKDE
INTERVENANTS	DUREE	HORAIRES
<b>Isabelle BRETON</b> : Masseur-Kinésithérapeute <b>Stéphanie TRICHOT</b> : Masseur-Kinésithérapeute <b>Audrey GALTIER</b> : Masseur-Kinésithérapeute	Nombre de journées : 3 Nombre d'heures : 21h Théorie : 6h / Pratique : 15h	Jour 1 : 9h-12h / 13h-17h Jour 2 : 9h-12h / 13h-17h Jour 3 : 9h-12h / 13h-17h
COUT	QUEL FINANCEMENT ?	
600 euros Eligible FIFPL	<b>Pour les libéraux :</b> • Demande d'une prise en charge par le FIF PL à effectuer sur le site : <a href="http://www.fifpl.fr/">http://www.fifpl.fr/</a>	<b>Pour les salariés :</b> Après accord du financement de votre employeur, une convention est établie entre les deux établissements.
INSCRIPTION	ANNULATION	LIEUX DE LA FORMATION
Cette formation étant soumise à quota, la limite d'inscription est fixée à 3 semaines avant le début du stage. • par mail : <a href="mailto:epk@epkmontpellier.fr">epk@epkmontpellier.fr</a> • par téléphone : 04 99 23 23 09	• Moins de 3 semaines avant la date de début du stage : remboursement 50% • Le jour même du stage : il n'y a pas de remboursement. <i>Si le nombre de participants est insuffisant, l'E.P.K. se réserve le droit d'annuler un stage 15 jours avant sa date de début : remboursement des frais d'inscription.</i>	IFMK - 1702 rue Saint Priest - 34090 Montpellier

Sur chaque journée 1 heure est consacrée à l'analyse des difficultés rencontrées par les MK dans leur pratique pour chacune des thématiques abordées au cours de la journée

Puis 2 cas cliniques sont traités (ils mettent en avant les difficultés les plus souvent rencontrées par les kinésithérapeutes dans leur pratique)

Chaque séquence de 3 heures décrite ci-dessous correspond au déroulé d'un cas clinique

6 cas cliniques sont présentés au cours de ce module

2 cas cliniques par jour

Chacun d'eux est travaillé sur une période de 3 heures séquencée sur le modèle ci-dessous

Ces Séquences de travail balaient l'ensemble de la thématiques maxillo faciale : (Voir les exemples de support de cours joints qui détaillent les axes de travail).

Pour chaque cas clinique le raisonnement clinique est mis en avant à partir d'un scénario précis identifiant des problématiques retrouvées couramment

Les thèmes abordés sont :

- Praxies oro faciales
- Paralysie faciale
- Syndrome d'apnée hypopnées obstructive
- Déangement temporo-mandibulaires
- Traumatologie faciale (fractures faciales – cicatrice)
- Carcinologie

Exemples de cas cliniques

- **Cas clinique 1** : Prise en charge d'un patient en carcinologie.  
Reprise de l'alimentation (traitement du lymphœdème /mobi linguale et labiale/déglutition salivaire/ mastication ...)
- **Cas clinique 2** : Fracture sous condylienne de l'enfant sans autre fracture associé
- **Cas clinique 3** : DTM pathologie adolescente dans un contexte de traitement orthodontique
- **Cas clinique 4** : SAOS dans un contexte d'obésité, troubles cervicalgiques et céphalées
- **Cas clinique 5** : Patient opérée d'une classe II par avancée bi maxillaire présentant une tendance à la récurrence de béance antérieure avec contracture SCOM droit et masséters
- **Cas clinique 6** : Prise en charge d'un enfant de 5 an dans le cadre d'un TROS

## Déroulé pédagogique

Type d'action	Horaires et/ou durée	Objectifs (pourquoi ?)	Titres	Contenu (Quoi ?)	Méthode pédagogique (Comment ?)	Méthode d'évaluation
Présentielle	1/2h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des pratiques professionnelles et Identifier mes compétences à développer</li> <li>Définir les besoins et attentes des participants en termes de formation</li> </ul>	Evaluation des attentes	1- Questions relatives aux attentes des participants en fonction du type d'activité professionnelle  2- Questions relatives aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la rééducation maxillo faciale sur le terrain	Méthode interactive et participative	Tour de table interactif

## Déroulé pédagogique pour chaque cas clinique abordé (2x 3 heures par jour)

Type d'action	Horaires et/ou durée	Objectifs (pourquoi ?)	Titres	Contenu (Quoi ?)	Méthode pédagogique (Comment ?)	Méthode d'évaluation
Présentielle	1/2h	Analyser les données cliniques	Présentation du dossier patient	<b>Présentation du cas clinique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription</li> <li>Radiologies</li> <li>Bilans annexes</li> <li>Compte rendus chirurgicaux</li> <li>Anamnèse</li> </ul> Supports vidéo : Des séquences vidéo de cas réels sont présentées aux participants	<b>Séquence théorique</b> Méthode expositive et affirmative	QCM d'évaluation
Présentielle	1/4h		Analyse du dossier patient	Les participants identifient : <ul style="list-style-type: none"> <li>la pathologie.</li> <li>le contexte global</li> <li>le contexte psycho-social et environnemental</li> </ul> L'ensemble du groupe guidé par le formateur analyse les points importants à retenir	Méthode interactive et participative	
	3/4 heure		Maitrise des bilans	- Examen clinique - Quels bilans en fonction du stade d'évolution ? - Synthèse du bilan - S'approprier les bilans	Méthode interactive et participative Les participants proposent des bilans. L'ensemble du groupe guidé par le formateur analyse la pertinence des propositions  <b>Séquence pratique</b> Les participants réalisent en binôme les bilans retenus	
Type d'action	Horaires et/ou durée	Objectifs (pourquoi ?)	Titres	Contenu (Quoi ?)	Méthode pédagogique (Comment ?)	Méthode d'évaluation
Présentielle	1/4h	Fixer les objectifs de rééducation	Construire le programme de rééducation	En fonction de la synthèse du bilan identifier et justifier les objectifs prioritaires Savoir expliquer au patient l'intérêt de la rééducation Prioriser les objectifs	<b>Séquence pratique</b> Méthode réflexive et participative	

## ENSEIGNEMENT PERMANENT DE LA KINESITHERAPIE

IFMK - 1702 rue Saint Priest - 34090 Montpellier





Tél : 04 99 23 23 09

E-mail : [epk@epkmontpellier.fr](mailto:epk@epkmontpellier.fr) Site : <http://www.epkmontpellier.fr>

N° Siret : 47889745700030 - Code APE : 8542Z - Enregistré sous le n° 91 34 01 127 34 auprès du Préfet de Région. (Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat).

				Construire avec le patient les objectifs à atteindre en fonction du calendrier		QCM d'évaluation de fin de formation
Présentielle	1/4h	Identifier les obstacles et les prérequis		<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les obstacles anatomiques</li><li>• Identifier les obstacles motivationnels ou psycho sociaux</li><li>• Définir les prérequis à la mise en place de la rééducation</li></ul>		
Présentielle	1h	Savoir adapter et maitriser le geste et le discours en fonction de l'âge et du milieu psycho-socio-environnemental.		Construire le programme de rééducation en fonction des objectifs ➤ Se situer dans sa pratique au regard d'un cas concret ➤ Savoir adapter les principes rééducation appris aux résultats de chaque bilan individuel	<b>Séquence pratique</b>  Méthode démonstrative et participative	Pour chaque manœuvre Identification des points à améliorer Correction par le formateur
				<b>Deuxième partie :</b> Les manœuvres de rééducation sont expliquées. Les participants réalisent entre les manœuvres spécifiques de rééducation. Le formateur corrige les manœuvres et le discours du thérapeute.  Adapter le discours à la situation clinique choisie (savoir énoncer clairement les consignes).  Les difficultés rencontrées par les participants sont identifiées. Des pistes d'amélioration sont proposées.	<b>Séquence pratique</b>  Méthode participative  Travail en binôme	
			➤ Savoir élaborer une démarche éducative adaptée à l'âge du patient. Sensibiliser le patient à l'éducation thérapeutique, évoluer vers une autonomisation du sujet pour entretenir les acquis de la masso-kinésithérapie, et éviter les récides A partir d'un cas concret les participants construisent une fiche d'exercices d'auto-rééducation et de conseils d'hygiène de vie adaptée au patient. Le formateur évalue la guidance parentale, le discours motivationnel.	<b>Séquence pratique</b>  Méthode interrogative  Travail en groupe	QCM d'évaluation de fin de formation	
Temps d'échange ½ h / Réponses aux questions diverses sur les cas cliniques rencontrés par les participants dans leur pratique						
Présentielle	15 mn	Evaluation de l'impact de la formation	Evaluation des connaissances	Questions relatives au contenu de la formation	<b>Séquence théorique</b>  Méthode interrogative	QCM de fin de formation

**Exemple de cas clinique :** Les autres exemples sont à retrouver dans les supports de cours (les séquences pratiques fractionnent l'étude de cas selon le tableau ci-dessus) :

<p><b>CAS CLINIQUE</b> <b>CHIRURGIE FACIALE</b> Rééducation maxillo-faciale</p>	<p><b>Anamnèse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanae, 45 ans, se présente au cabinet avec une ordonnance de 30 séances de rééducation maxillo-faciale après parotidectomie gauche.</li> <li>• La parotidectomie a été réalisée il y a 15 jours. Sanae est sortie à J+3.</li> <li>• La parotidectomie totale fait suite à la découverte d'une tumeur bénigne de sa glande parotide G.</li> <li>• Le chirurgien lui a fixé un rdv de contrôle à 3 mois post-opératoire.</li> <li>• Sanae est ASH, elle a un arrêt de 3 semaines. Elle est non fumeuse.</li> </ul>	<p><b>Photos de Sanae</b> Face et profil</p> 						
<p><b>Ordonnance</b></p> 	<p><b>Question 1</b></p> <p>Dans ce cas clinique, quelle séquelle immédiate, directement liée à cette intervention, doit être suspectée et pourquoi ?</p>	<p><b>Réponse 1</b> <b>La Paralysie Faciale Périphérique (PFP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le principal risque de l'intervention est lié à la présence du <b>nerf facial</b> qui traverse la glande de part en part et qui se divise au sein de la glande parotide en plusieurs branches.</li> <li>• L'atteinte du nerf facial est responsable d'une <b>paralysie du visage</b>, incomplète ou complète, transitoire ou définitive. Elle est <b>fréquente</b> : 50% des cas.</li> </ul> 						
<p><b>Question 2</b></p> <p>Dans quelle phase de paralysie notre patiente se situe-t-elle ?</p>	<p><b>Réponse 2</b> <b>Phase flasque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En phase aiguë (précoce) de l'atteinte du nerf facial (VII), le patient se situe dans une phase dite "flasque".</li> <li>• La phase flasque de la paralysie faciale se caractérise par une paralysie complète ou non, <b>sans spasticité ou hypertonicité</b>. La mobilisation passive se fait aisément sans résistance. Les muscles sont atrophiques "mous" et on peut les étirer aisément.</li> </ul>	<p><b>Question 3</b></p> <p>Quels signes, caractéristiques de la phase flasque de la paralysie faciale, allons-nous retrouver à l'observation de notre patiente ?</p>						
<p><b>Réponse 3</b> <b>Signes caractéristiques</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Affaississement de l'hémiface atteinte avec déviation des traits vers le côté sain</td> </tr> <tr> <td>In-occlusion palpébrale côté atteint (voir ectropion)</td> </tr> <tr> <td>Eventuellement bavage, larmoiement côté atteint</td> </tr> <tr> <td>Abolition des rides d'expression de l'hémiface atteinte (frontale, sillon naso-génier, sillon naso-buccal)</td> </tr> <tr> <td>Signes de Charle Bell</td> </tr> <tr> <td>Signe des cils de souques</td> </tr> </tbody> </table> 	Affaississement de l'hémiface atteinte avec déviation des traits vers le côté sain	In-occlusion palpébrale côté atteint (voir ectropion)	Eventuellement bavage, larmoiement côté atteint	Abolition des rides d'expression de l'hémiface atteinte (frontale, sillon naso-génier, sillon naso-buccal)	Signes de Charle Bell	Signe des cils de souques	<p><b>Question 4</b></p> <p>Pourquoi le chirurgien de Sanae lui donne-t-il rdv dans 3 mois et non dans le mois qui suit l'intervention ?</p>	<p><b>Réponse 4</b></p> <p>Si une paralysie faciale est observée : <b>Il y a eu atteinte du nerf facial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans ce cas, le chirurgien assure que le nerf facial n'a pas été sectionné mais sa dissection a entraîné la dégénérescence de certaines de ses fibres.</li> <li>• À la suite d'une intervention chirurgicale un nerf repousse à la vitesse de 1,5 millimètre par jour, soit <b>1 cm par mois</b>.</li> <li>• On considère qu'à 3 mois post-op, la motricité faciale doit être revenue à son niveau normal.</li> </ul>
Affaississement de l'hémiface atteinte avec déviation des traits vers le côté sain								
In-occlusion palpébrale côté atteint (voir ectropion)								
Eventuellement bavage, larmoiement côté atteint								
Abolition des rides d'expression de l'hémiface atteinte (frontale, sillon naso-génier, sillon naso-buccal)								
Signes de Charle Bell								
Signe des cils de souques								

### Question 5

Que doit contenir le bilan de la PFP de votre patiente ?

13

### Réponse 5

Bilan de la PFP

Interrogatoire - Anamnèse
Observations (signes caractéristiques)
Bilan musculaire analytique (+ score / classification)
Bilan sensitif et sensoriel
Bilan fonctionnel, esthétique et psychologique

14

### Question 6

Quelles séquelles devez-vous systématiquement évaluer chez une PFP de plus de 5 mois ?

Non évaluées dans le bilan de la PFP de ce cas clinique.

15

### Réponse 6

Les syncinésies apparaissent entre le 3ème et le 5ème mois suivant le début de la PFP.

C'est l'une des séquelles les plus fréquentes de la PFP.

Corrècte en moyenne 30% des patients (malgré une prise en charge précoce)  
Poumomeny et al. et Celik et al.

NB : Il existe des facteurs pronostiques au développement des syncinésies :  
- selon la sévérité initiale de la PFP  
- selon le délai entre le début de la PFP et le premier signe de récupération motrice (plus ce délai est long, plus le patient risque de développer des syncinésies)

16

### Question 7

Comment identifie-t-on une syncinésie ?

Quelles syncinésies recherchez-vous dans la PFP ?

17

### Réponse 7

Identifier une syncinésie

La base de comparaison est la symétrie du visage avant la PFP.

L'objectif du bilan est de repérer les aires de la face qui sont hyperactives au repos et en fonction :

- Au repos, il doit être vérifié :  
- la position des sourcils, la profondeur et l'orientation des sillons nasolabiaux, et enfin la hauteur de la commissure orale.
- En fonction, on évalue le morphodynamisme de la face :  
- élévation des sourcils, fermeture des yeux, sourire, pincement des lèvres

18

### Réponse 7

Syncinésie oro-oculaire (ou oeil-bouche)

Co-contraction de l'orbiculaire de l'œil avec les élévateurs oraux (élévateur de l'angle de la bouche et élévateur de la lèvre supérieure).

Elle se manifeste soit :

- par un mouvement involontaire de la bouche lors d'une fermeture volontaire de l'œil
- soit par une fermeture involontaire de l'œil lors d'un mouvement volontaire de la bouche, comme la bouche en cul de poule (mastication)



19

### Réponse 7

Syncinésie du platysma  
Hémispasmes

La syncinésie du platysma est une contraction anarchique du platysma au niveau du cou lors de certaines expressions faciales, dont le sourire, voire au cours de l'articulation.

Les spasmes concernent les muscles innervés par le VII mais plus fréquemment les muscles zygomatiques, élévateurs de l'angle de la bouche ou de l'orbiculaire de l'œil (blépharospasme). Il s'agit de contractions spontanées involontaires, incomplètes et anarchiques.

20

### Question 8

Quels bilans musculaires analytiques allez-vous réaliser ?

Énumérez les muscles testés et les mouvements qu'ils induisent.

21

### Réponse 8

Testing musculaire de Lacote

Cotation :

- 0 : pas de contraction visible
- 1 : Légère mobilité du grain de peau, fasciculation perceptible
- 2 : ébauche de mouvement, < 5 répétitions possibles, réalisés avec lenteur et amplitude incomplète
- 3 : mouvement complet, 10 répétitions possibles, décalage de synchronisation par rapport au côté sain
- 4 : mouvement complet avec force, synchronie et symétrie par rapport au côté sain

Muscles testés :

- Tous les peuciers innervés par le VII de la face et du cou
- peu onéreux analytique reproductible
- subjectif
- pas de score
- pas de notion de séquelle ou syncinésie

22

### Réponse 8

Testing musculaire de Lacote

Muscles testés :

- Occipito-Frontal
- Corrugateur
- Procéus
- Orbiculaire de l'œil
- Transverse du nez
- Abaisseur du septum
- Dilateur des narines
- Abaisseur de la lèvre sup
- Buccinateur
- Risorius
- Relèveur d'angle de la bouche
- Grand et petit zygomatique
- Orbiculaire des lèvres
- Mentonnier
- Abaisseur de l'angle de la bouche
- Platysma

23

### Réponse 8

Le score de Freyss

Cotation :

- 0 : pas de contraction visible
- 1 : ébauche de contraction
- 2 : contraction ample mais sans force
- 3 : contraction normale

Score (30) :

- Entre 20 et 30 : Atteinte légère
- Entre 10 et 20 : Atteinte moyenne
- Entre 0 et 10 : Atteinte sévère
- 0 : PFP totale

Simple

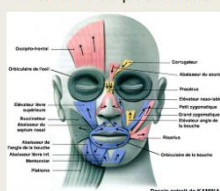
Donne un score

Muscles testés :

- Frontal
- Corrugateur
- Transverse du nez
- Orbiculaire de l'œil
- Relèveur de la lèvre sup
- Grand zygomatique
- Orbiculaire des lèvres
- Risorius
- Mentonnier
- Abaisseur de l'angle de la bouche

24

### Action des peuciers



25

### Question 9

Quel bilan fonctionnel est considéré comme le Gold standard dans l'évaluation de la paralysie faciale ?

26

### Réponse 9

Classification de House et Brackmann

Grade	Description
I	Normal
II	Quelques déficiences fonctionnelles mineures, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
III	Quelques déficiences fonctionnelles moyennes, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
IV	Quelques déficiences fonctionnelles graves, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
V	Quelques déficiences fonctionnelles très graves, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
VI	Paralysie totale

27

### Question 10

Vous noterez que l'évaluation des syncinésies est absent de ce test.

Connaissez vous un(des) test(s) qui contien(n)t cette évaluation ?

28

### Réponse 10

HB-FGS et SB-FGS

• **House-Brackmann Facial Grading System (HB-FGS ou FNGS 2.0) :**  
→ Il est le résultat d'une mise à jour de 2009 de la classification de House et Brackmann dans lequel figure un classement rudimentaire des syncinésies.

• **Le Sunnybrook Facial Grading System (SB-FGS) :**  
→ Malgré le côté subjectif de ces observations, le SB-FGS permet le suivi de l'évolution de ces syncinésies et fournit l'évaluation la plus détaillée.  
→ Il est actuellement reconnu comme étant le score plus robuste, dont l'utilisation est recommandée en routine.

29

### HB-FGS ou FNGS 2.0

Grade	Description
I	Normal
II	Quelques déficiences fonctionnelles mineures, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
III	Quelques déficiences fonctionnelles moyennes, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
IV	Quelques déficiences fonctionnelles graves, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
V	Quelques déficiences fonctionnelles très graves, mais sans déficit de la motricité faciale. (ex: fermeture incomplète des yeux, sourire asymétrique, etc.)
VI	Paralysie totale

30



**SunnyBrook**

31

**Question 11**

Hormis le risque de paralysie faciale, connaissez-vous les conséquences immédiates, observables et à rechercher, après une parotidectomie ?

32

**Réponse 11**

- **Réaction inflammatoire** : du 1/3 inf du visage et de la face latérale du cou homolatéral :
  - Oedème
  - +/- Hématome
- **Douleur** : homolatérale
  - de la région rétro-auriculaire
  - de la région prétragienne
  - de la région cervicale
- **Déficit articulaire** :
  - des mouvements mandibulaire (avec déviation vers la côté atteint)
  - de la rotation cervicale controlatérale

33

- **Troubles sensitifs** :
  - Hypoesthésie et/ou paresthésie jugale, à l'arrière du gonion mandibulaire et du pavillon de l'oreille (atteinte du nerf facial + nerf grand auriculaire)
- **Cicatrice** :
  - allant du tragus de l'oreille homolatérale jusqu'à l'arrière du gonion mandibulaire

34

**Rééducation du cas clinique**

Observez la synthèse du bilan réalisé sur Sanae à J+3

35

**Synthèse**

Classification de House et brackman : Grade V

Testing de Lacote :

- Occipito-Frontal : 1	- Buccinateur : 0
- Corugateur : 0	- Risorius : 0
- Procéus : 0	- Releveur d'angle de la bouche : 0
- Orbiculaire de l'oeil : 1	- Grand et petit zygomatique : 0
- Transverse du nez : 0	- Orbiculaire des lèvres : 0
- Abaisseur du septum : 0	- Mentonnier : 0
- Dilatateur des narines : 0	- Abaisseur de l'angle de la bouche : 0
- Abaisseur de la lèvre sup : 0	- Platysma : 0

36

**Signes sensitifs et sensoriels :**

- Anesthésie de la zone de Ramsay Hunt + du pavillon de l'oreille G
- Hémia-gueusie des 2/3 ant de la langue
- Hypersecretion lacrymale à la mastication

**Signes cliniques caractéristiques de la PFP :**

- Signes de Charle Bell : In occlusion palpébrale à 5 mm
- Signe des cils de souques

**Bilan de la cicatrice :**

- Cicatrice allant du tragus de l'oreille homolatérale à l'arrière du gonion mandibulaire G
- Cicatrice indurée et adhérente à l'angle rétro-mandibulaire G
- Cicatrice inflammée au niveau prétragien

37

**Signes inflammatoires :**

- Oedème jugal + prétragien + face lat. et ant. cou G + plancher buccal
- Hématome gonion mandibulaire G + région rétro-mandibulaire G

**Bilan de la Douleur :**

- Rétro-auriculaire et prétragienne G
- Cervicale > à G

**Signes articulaires :**

- LOB à 26 mm
- Déviation vers la G du chemin d'OB
- DD Dte : 0 mm
- Limitation de la rotation cervicale Droite

38

**Bilan fonctionnel, esthétique et psychologique :**

- **Alimentation difficile** : fuite des aliments et des liquides + douleur et déficit de mobilité des ATM + LOB
- **Restriction des amplitudes articulaires** (bouche et cou)
- **Elocution difficile** : trouble articulaire
- **Vision trouble** : larmoiement
- **Baisse de l'estime de soi, complexe esthétique et fonctionnel** (Asymétrie faciale, sourire impossible, bavagel)

39

**Question 12**

Quels sont les objectifs principaux de rééducation dans ce cas clinique ?

40

**Réponse 12**

Objectifs

Diminuer l'oedème post-opératoire
Récupération de la motricité faciale
Récupération des amplitudes articulaires mandibulaires fonctionnelles
Assouplissement de la cicatrice
Récupération de la mobilité cervico-céphalique
Abolition de la douleur

41

**Question 13**

Que faites-vous lors d'une 1ère séance de 30 min. de soins ?

Bilan réalisé ultérieurement

42

**Réponse 13**

<b>Education thérapeutique</b>	- Soins de l'oeil (Occlusion palpébrale, VIE, A, lunettes de soleil...) - Pas de Chewing-gum, pas de grimace, pas de paille pour boire - Pas d'exposition au soleil ( l'oedème post-op)
<b>Drainage lymphatique</b>	DLM + LPG de la face et du cou
<b>Exercices musculaires de PF</b>	Prise de conscience des mimiques faciales en BFB avec le côté sain + miroir + simulation par la main du sujet

43

**Réponse 13**

Travail décontractant des muscles endo et exo buccaux	Massages et étirements doux (peauciers - manducateurs/ Litt des massagers / LPG)
Démarrage du travail cicatriciel	Manoeuvre défilante douce en travail plan par plan + LPG aux extrémités de la cicat.
Travail décontractants région cervicale	Massages et étirements doux / LPG
Exercices et manœuvres de recentrage des ATM	Chinématique de l'OB et PP en BFB + manœuvres par le thérapeute
Exercices et manœuvres de récupération des amplitudes articulaires	OB et DD Dte en BFB + manœuvres de décompression des ATM par le thérapeute

⚠ Respect de la cicatrice de parotidectomie !

44

**Question 14**

Quelle séquelle (non mentionnée précédemment), spécifique à la parotidectomie, pouvez-vous retrouver dans les mois qui suivent l'intervention ?

45

**Réponse 14**

**Le syndrome de Frey**

C'est la séquelle la plus fréquente de la chirurgie parotidienne (15 à 30% des patients opérés).

- Se manifeste plus de 6 mois après l'acte chirurgical par :
  - des sueurs très abondantes
  - des rougeurs
  - une sensation de chaleur du visage
- au niveau zones rétro-auriculaires, pré-auriculaires, angulo-mandibulaires, temporales et au niveau de la pommette homolatérale.
- Provoqué par une stimulation des glandes sudoripares lors d'une excitation gustative (formation de larm, au cours des repas...)
- Secondaire à une lésion des fibres parasympathiques du glosso-pharyngien

46

**Question 15**

Quels examens d'imagerie complémentaires sont à réaliser en cas de stagnation de la récupération de la PFP ?

47

**Réponse 15**

Imagerie complémentaire recommandée  
Si pas de récupération après 3 mois

**Enregistrement électrique du nerf facial**

- EMG ou ENMG (electroneuromyographie) : Analyse l'influx nerveux dans les nerfs moteurs, les nerfs sensitifs et les muscles. Examen clé en neurologie : permet d'évaluer le fonctionnement des nerfs et des muscles.
- ENMG électroneuromyographie quantitative (test d'Esslen) : Evalue le degré de déviation par enregistrement du potentiel d'action musculaire (PAM) et le traduit en pourcentage.

**IRM**

48