

PLAN

LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTES DES GRAPHIQUES.....	7
ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
PATIENTS ET METHODES.....	12
Observations.....	15
RESULTATS	37
I. Le profil épidémiologique	38
1. Répartition par âge	38
2. Répartition par sexe	39
3. Antécédents	40
II. Données cliniques	41
1. Les circonstances de découverte	41
2. L'examen clinique	42
III. Bilan paraclinique	44
1. Echographie cervicale :	44
2. Tomodensitométrie cervico-faciale : (TDM)	44
3. Imagerie par résonance magnétique parotidienne : (IRM).....	44
4. La cytoponction :.....	44
IV. Stratégie thérapeutique	45
1. Moyens de traitement.....	45
2. Anatomopathologie : TYPE HISTOLOGIQUE.....	46
V. Evolution.....	46
1. Suites post-opératoires des malades	46
I. Rappel embryologique	49
II. Rappel anatomique	57
1. ANATOMIE DESCRIPTIVE.....	58
2. RAPPORTS	58
3. BRANCHES COLLATÉRALES :	62
4. BRANCHES TERMINALES : au nombre de deux :.....	65
5. ANASTOMOSES	67
III. Les tumeurs du nerf facial	67
1. Définition	67

2. Stratégie diagnostique	67
3. Stratégie thérapeutique	70
4. Complications	74
IV. Epidémiologie.....	76
1. Répartition selon l'âge	76
2. Répartition selon le sexe.....	77
V. Données cliniques	78
1. Les circonstances de découverte	78
VI. Données paracliniques.....	79
1. (IRM) et (TDM)	79
2. la cytoponction.....	79
VII. Stratégie thérapeutique	80
1. Moyens de traitement.....	80
2. Le geste chirurgical	81
3. Type histologique.....	82
VIII. EVOLUTION	83
1. Suites post-opératoires des malades	83
CONCLUSION	84
RESUME.....	89
BIBLIOGRAPHIES	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : échographie de la parotide : processus intra parotidien hypo échogène homogène Figure 2 : coupe TDM axiale : processus tissulaire de la parotide droite, homogène et bien limitée

Figure 3 : Réalisation d'une tarsorrhaphie

Figure 4 : IRM en coupe axiale de des loges parotidiennes en T2, montrant un processus bilobé de la parotide gauche, en hyper signal

Figure 5 : IRM en coupe coronale de des loges parotidiennes en T2, montrant un processus bilobé prenant les deux lobes superficiel et profond de la parotide gauche, en hyper signal

Figure 6 : IRM en coupe axiale de des loges parotidiennes en T1, montrant une image nodulaire arrondie de la parotide droite, en hypo signal

Figure 7 : IRM en coupe coronale de des loges parotidiennes en T1, montrant une image nodulaire arrondie du lobe superficiel de la parotide droite, en hypo signal

Figure 8 : IRM des loges parotidiennes en coupe axiale : lésion tissulaire mal limitée s'étendant du lobe superficiel au lobe profond de la parotide droite, T2 : hypersignal.

Figure 9 : IRM parotidienne en coupe coronale : masse tissulaire droite ovale homogène du lobe superficiel, bien limitée, en hypersignal en T2

Figure 10 : IRM parotidienne en coupe axiale : image tissulaire gauche ovale homogène du lobe superficiel, bien limitée en hypersignal en T2

Figure 11 : Aspect peropératoire des tumeurs. Lors de la dissection de la glande parotide gauche, la tumeur est identifiée à son origine, à la base du processus styloïde

Figure 12 : l'extension de la tumeur en périphérie le long de la branche temporo faciale supérieure

Figure 13 : aspect macroscopique de la tumeur ; l'excision de la tumeur était complète

Figure 14 : aspect microscopique d'un neurofibrome du nerf facial

Figure 15 : principales structures dérivant des quatre premiers arcs branchiaux

Figure 16 : émergence extra crânienne du nerf facial chez un nv née

Figure 17 : le VII à l'étage postérieur du crane Figure 18 : trajet intra pétreux du nerf facial

Figure 19 : région intra parotidienne vue latéral facial intra crânien Figure 20 : branches du nerf facial

Figure 21 : paralysie faciale

Figure 22 : tuméfaction parotidienne

Les figures de 1 à 14 sont des photos pris du service ORL à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : l'Age moyen ; l'écartype ; la médiane ; l'intervalle minimale et maximale

Tableau 2 : L'âge moyen des patients avec des tumeurs du nerf facial

Tableau 3 : les extrêmes des âges des patients de différentes séries
Tableau 4 : répartition des patients selon la prédominance du sexe

Tableau 5 : Pourcentage des symptômes de découverte selon les différentes séries

Tableau 6 : répartition selon le pourcentage des différents moyens de traitements

Tableau 7 : répartition selon le type de traitement chirurgical

Tableau 8 : répartition selon le type histologique des tumeurs

Tableau 9 : répartition des patients selon l'amélioration des symptômes postopératoires

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : répartition des malades selon l'âge

Graphique2 : répartition des malades selon le sexe

Graphique 3 : répartition des patients selon les ATCD

Graphique 4 : répartition selon la durée de progression des symptômes

Graphique 5 : répartition selon de le côté de la tuméfaction

Graphique 6 : répartition selon les signes associés

Graphique 7 : Répartition des examens paracliniques
Graphique 8 : répartition selon le geste chirurgical

ABREVIATIONS

TDM	: Tomodensitométrie
IRM	: imagerie par résonance magnétique
Echo	: échographie
ADP	: adénopathie.
ATCD	: antécédents
TTT	: traitement
N	: nerf
A	: artère
V	: veine
Br	: branche
AHF	: anastomose hypoglosso-faciale
HTA	: hypertension artérielle

INTRODUCTION

- Les tumeurs du nerf facial extra crânien sont des lésions rares, dont la prise en charge reste controversée. Elles sont dominées par les schwannomes et hémangiomes. (1)
 - Le schwannome du nerf facial est une croissance constituée de cellules de Schwann qui font partie de la gaine isolante autour du nerf
 - L'hémangiome du nerf facial est une excroissance constituée de vaisseaux sanguins. (2)
- Les tumeurs du nerf facial sont presque toujours bénignes, ce qui signifie qu'elles ne sont pas cancéreuses ; cependant, la possibilité d'un dépôt métastatique d'une autre tumeur maligne le long du nerf facial est très faible (propagation d'une maladie cancéreuse existante). Bien qu'ils soient principalement bénins, les schwannomes siégeant au niveau de la face sont souvent source de douleur des patients. (3)
- La symptomatologie clinique n'est pas spécifique (dépend de la localisation) ; Ses modes de révélation les plus fréquents sont : une atteinte de la motricité faciale ou des signes cochléo-vestibulaires (Une perte d'audition et / ou des acouphènes peuvent être présents, Etourdissements ou troubles de l'équilibre).(4)
- L'imagerie par résonance magnétique et le scanner sont indispensables pour évoquer le diagnostic, préciser l'extension de la lésion, éliminer les autres étiologies et définir la voie d'abord d'une éventuelle prise en charge chirurgicale
- L'enjeu principal de ces tumeurs du nerf VII est la préservation ou la réhabilitation de la fonction faciale tout en intégrant la problématique auditive. En fonction de l'état de la motricité faciale et de l'audition, de la localisation de la tumeur, de son évolutivité et enfin de l'âge et des

souhait du patient, la prise en charge peut être chirurgicale (exérèse totale ou partielle), par radiothérapie stéréotaxique ou reposer sur une simple surveillance (5)

- L'objectif de notre travail qui est une étude rétrospective, est rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette entité pathologique rare, en décrivant le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des patients présentant des tumeurs du nerf facial extra crânien diagnostiqués et traités au sein de l'Hôpital militaire de Meknès, et de comparer nos résultats à ceux de la littérature.

PATIENTS ET METHODES

I. Cadre et intérêt de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de 7 cas, descriptive portant sur tous les patients admis pour la Prise en charge d'une tumeur du nerf facial extra crânial sur une période s'étalant de janvier 2000 à décembre 2020 au sein de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès.

II. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les patients :

- Opérés au service ORL à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès
- De sexe masculin ou féminin
- Sans limite d'âge

III. Critères d'exclusion

Tous dossiers incomplets ou inexploitable

IV. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques des patients et des comptes rendus opératoires.

Chaque dossier a fait l'objet d'une fiche type exploitant les données préopératoires, épidémiologiques cliniques biologiques, radiologiques ainsi que les données opératoires et post opératoires.

V. Analyse statistique

Nous avons procédé à une analyse descriptive des caractéristiques Sociodémographiques, cliniques et paracliniques des patients, ainsi que les données opératoires et post- opératoires.

La saisie des données a été réalisée en utilisant un logiciel EXCEL. Les résultats de l'analyse descriptive sont exprimés en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives.

VI. Questions éthiques :

Pour cette étude rétrospective, aucun accord n'était nécessaire de la part du comité d'éthique de l'institution. La base de données informatique cryptée était gardée sur un

Ordinateur de l'hôpital dans un lieu sécurisé, accessible uniquement avec un mot de passe.

OBSERVATIONS

Le premier cas :

Patiente âgée de 57ans, de sexe féminin sans antécédent pathologique particulier, est hospitalisée pour une tuméfaction parotidienne évoluant depuis quatre ans.

À l'examen, la patiente est en bon état général, apyrétique, sans signe de paralysie faciale. La masse est douloureuse à la palpation, la peau en regard est normale et les aires ganglionnaires de la région cervicale sont libres.

Le bilan biologique est normal

L'échographie cervicale retrouve un processus intra parotidien gauche hypo échogène, homogène, bien limité, mesurant 25mm de grand axe (figure 1).

L'examen tomodensitométrique confirme la lésion parotidienne gauche, qui ne se rehausse pas après injection du produit de contraste, et il n'objective pas d'adénopathie cervicale (figure 2).



Figure 1 : échographie de la parotide : processus intra parotidien hypo échogène
homogène



Figure 2 : coupe TDM axiale : processus tissulaire de la parotide droite,
homogène et bien limitée

La patiente a subi une parotidectomie à visée diagnostique et thérapeutique ; l'opération a respecté le nerf facial.

L'étude microscopique de la pièce opératoire montrait une prolifération tumorale encapsulée, d'architecture fasciculée, faite de cellules au noyau allongé et à bords effilés, dépourvus d'atypie nucléaire. Les cellules s'enroulaient parfois, réalisant des nodules de Verocay, associées à des zones myxoïdes et kystiques.

L'immuno-marquage montrait une positivité intense, nucléaire et cytoplasmique, de toutes les cellules tumorales pour la PS-100 et une négativité pour l'actine musculaire lisse et la cytokératine AE1/AE3, ce qui permettait de conclure à un schwannome de la glande parotide sans signe de malignité.

Les suites opératoires ont été normales, et l'évolution clinique a été favorable, aucun signe de dysfonctionnement du nerf facial n'ayant été relevé avec 6 mois de recul.

Le deuxième cas

Patient de 54 ans, sexe masculin avec comme ATCD : tabagisme, diabète, HTA, est hospitalisé pour tuméfaction de la loge parotidienne gauche d'installation progressive évoluant depuis 10 mois, sans signes associés.

Examen clinique montre une tuméfaction de la loge parotidienne gauche soulevant le lobule d'oreille, pas d'asymétrie de la face

Palpation : masse ferme, légèrement sensible et peu mobile, pas de paralysie faciale aspect de la peau en regard est normal, pas d'ADP cervicales, pas de trismus, avec conservation de l'état général.

Le patient a bénéficié d'un IRM qui montre une masse tissulaire gauche bilobée homogène du lobe superficiel, bien limitée, hypo signal en T1, et hyper signal en T2.

En Peropératoire : tumeur prenant la branche temporo-faciale à sa bifurcation, une suture termino-terminale n'a pas été réalisée

L'étude anatomopathologique a permis de conclure que c'est un schwannome du nerf facial Les Suites opératoires ont été marquées par une parésie du territoire supérieur de l'hémiface gauche malgré la kinésithérapie. Puis a bénéficié d'une Tarsorrhaphie après 06 mois pour protection de la cornée.

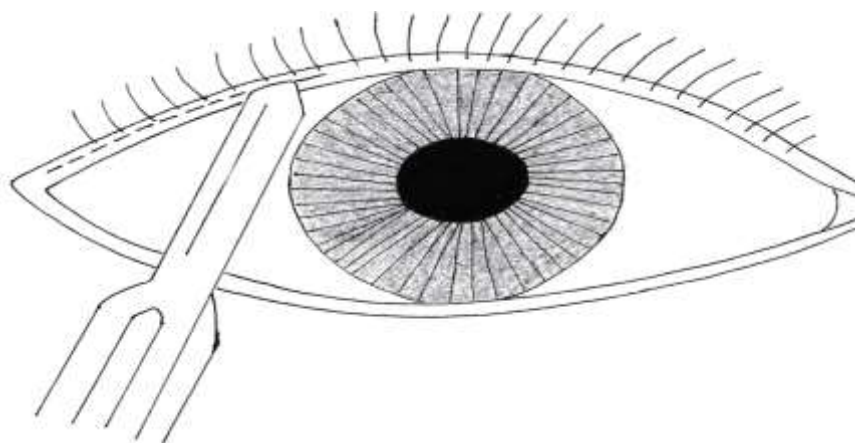


Figure 3 : Réalisation d'une tarsorrhaphie



Figure 4 :

IRM en coupe axiale de des loges parotidiennes en T2, montrant un processus bilobé de la parotide gauche, en hyper signal



Figure 5 :

IRM en coupe coronale de des loges parotidiennes en T2, montrant un processus bilobé prenant les deux lobes superficiel et profond de la parotide gauche, en hyper signal

Le troisième cas

Patient de 42 ans, sexe masculin, avec ATCD de tabac, tuberculose pulmonaire hospitalisé pour

Tuméfaction de la région submandibulaire gauche d'installation progressive évoluant depuis 06 mois.

Palpation, masse ferme, légèrement sensible et mobile, avec un léger déficit du territoire du rameau mentonnier gauche. Aspect de la peau en regard est normal, pas d'ADP cervicales, pas de trismus, le massage de la glande sous maxillaire homolatérale fait sourdre une salive d'aspect normal par l'orifice du canal de Wharton. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

Le patient a bénéficié d'une échographie cervicale montrant une formation nodulaire bien limitée, grossièrement ovalaire juxtant le pôle postérieur la glande sous maxillaire gauche, hypo échogène, homogène, d'environ 15 mm de grand axe.

Peropératoire : montre tumeur sur le trajet du rameau mentonnier faisant évoquer un adénome pléomorphe : exérèse complète avec sous maxillectomie.

L'étude anatomopathologique a permis de conclure à un schwannome du nerf facial

Les Suites opératoires ont été marquées par une paralysie du territoire du rameau mentonnier gauche séquellaire malgré le traitement médical (corticoïde, vitaminothérapie). Patient perdu de vue.

Le quatrième cas

Enfant de 13 ans, sexe masculin, sans ATCD hospitalisé pour une tuméfaction de la loge parotidienne droite d'installation progressive évoluant depuis 7 mois,

L'examen clinique montre à la Palpation une masse ferme, indolore mobile, avec un aspect de la peau en regard normal, pas de paralysie faciale ni ADP cervicales.

Le patient a bénéficié d'une IRM qui montre un processus lésionnel tissulaire du lobe superficiel de la parotide droite, grossièrement arrondi, iso signal en T1, T1 injecté : renforcement homogène, T2 : hyper signal.

En Peropératoire : on trouve une tumeur au dépond d'une branche terminale de la branche cervico- faciale.

L'étude anatomopathologique était en faveur d'un schwannome du nerf facial

Les Suites opératoires ont été marquées par une parésie des buccinateurs ayant partiellement récupéré après plusieurs séances de kinésithérapie.



Figure 6 : IRM en coupe axiale de des loges parotidiennes en T1, montrant une image nodulaire arrondie de la parotide droite, en hypo signal



Figure 7 :

IRM en coupe coronale de des loges parotidiennes en T1, montrant une image nodulaire arrondie du lobe superficiel de la parotide droite, en hypo signal

Le cinquième cas

Patient de 37 ans, sexe masculin, avec ATCD de tabac, hospitalisé pour une tuméfaction de la loge parotidienne droite d'installation progressive évoluant depuis 11 mois.

L'examen clinique montre à la Palpation une masse ferme, légèrement sensible et peu mobile, avec légère parésie faciale (malignité ???) aspect de la peau en regard est normal, pas d'ADP cervicales pas de trismus, et conservation de l'état général.

Le patient a bénéficié d'un IRM qui montre un processus lésionnel tissulaire mal limité s'étendant du lobe superficiel au lobe profond de la parotide droite, iso signal en T1, T1 injecté : renforcement homogène, T2 : hypersignal.

Peropératoire : tumeur prenant le tronc du nerf facial droit, une suture termino- terminale a été réalisée

L'étude anatomopathologique a permis de conclure que c'est un schwannome du nerf facial

Les Suites opératoires ont montré une parésie de l'hémiface droit plus manifeste sur le territoire temporofacial malgré la kinésithérapie.



Figure 8 :

IRM des loges parotidiennes en coupe axiale : lésion tissulaire mal limitée s'étendant du lobe superficiel au lobe profond de la parotide droite, T2 : hypersignal.

Le sixième cas :

Patient de 57 ans, de sexe masculin avec ATCD de tabac et TTT pour tuberculose pulmonaire, hospitalisé pour une tuméfaction de la loge parotidienne droite d'installation progressive évoluant depuis 6 mois, sans signes associés.

Examen clinique montre une tuméfaction de la loge parotidienne droite, à la palpation une masse dure, légèrement sensible et peu mobile, pas de paralysie faciale avec un aspect de la peau en regard normal, pas d'ADP cervicales, pas de trismus, et conservation de l'état général.

Le patient a bénéficié d'un IRM qui montre une masse tissulaire droite ovale homogène du lobe superficiel, bien limitée, hypo signal en T1, et hypersignal en T2.

Peropératoire : tumeur prenant la branche cervico-faciale, une suture termino-terminale n'a pas été réalisée.

L'étude anatomopathologique a permis de conclure que c'est un schwannome du nerf facial.

Les Suites opératoires montrent une parésie du territoire inférieur de l'hémiface droite malgré la kinésithérapie ; d'où l'élévation de la commissure labiale droite (équipe de chirurgie plastique) après 14 mois

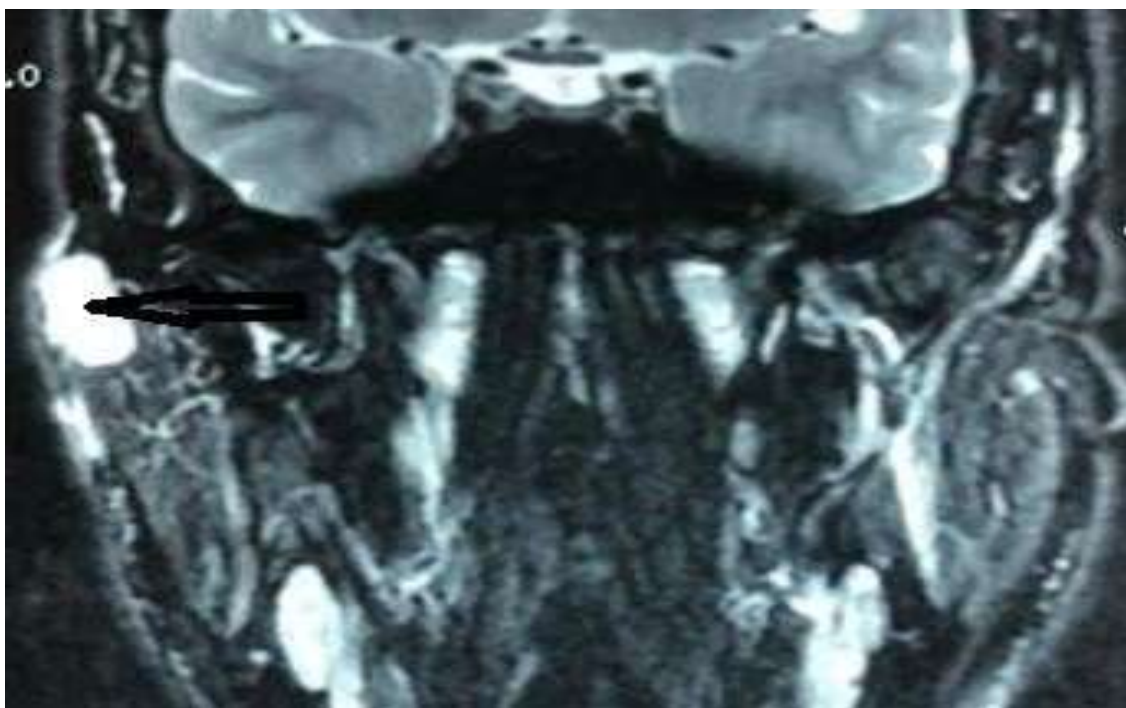


Figure 9 :

IRM parotidienne en coupe coronale : masse tissulaire droite ovale homogène du lobe superficiel, bien limitée, en hypersignal en T2



Figure 10 :

IRM parotidienne en coupe axiale : image tissulaire gauche ovale homogène du lobe superficiel, bien limitée en hypersignal en T2

Le septième cas :

Patient de 56 ans de sexe masculin sans ATCD personnels ou familiaux particuliers. a présenté une tuméfaction isolée de la région parotidienne gauche, en croissance sur une période de deux ans.

L'examen clinique n'a révélé aucune douleur, paralysie faciale ou traumatisme antérieur ; la palpation a montré une masse infra auriculaire gauche ferme, indolore, juste en arrière de la branche ascendante de la mandibule avec un grand axe de 4 cm, mobile par rapport au plan superficiel. La peau sus-jacente était saine et aucune lymphadénopathie ou déficit du nerf facial n'a été détecté.

Le patient a bénéficié d'une Imagerie par résonance magnétique (IRM) de la région parotidienne, visualisant une lésion lobulée bien circonscrite, impliquant les lobes profonds et superficiels de la glande parotide gauche et mesurant 4 × 5 cm.

La cytologie par aspiration à l'aiguille fine (FNAC) de la lésion n'a pas été concluante et les tests sanguins de routine étaient normaux. La lésion était considérée comme une tumeur bénigne de la glande parotide (lymphangiome kystique, ganglion lymphatique intra parotidien).

Une exploration chirurgicale était prévue. En peropératoire, la masse était nodulaire et impliquait le tronc principal du nerf facial immédiatement après son émergence du foramen stylo mastoïdien (figure 11) et s'étendant en périphérie le long de la branche temporofaciale supérieure (figure 12). Le tronc cervico-facial et ses branches périphériques semblaient normaux et ont été disséqués par voie rétrograde. La dissection de la tumeur du nerf facial a échoué, de sorte que la partie nerveuse, qui a été infiltrée par la lésion (tronc principal et branche temporo-faciale du nerf facial), a été inévitablement sacrifiée (Figure 13). La réparation nerveuse chirurgicale n'a pas été réalisée lors de la même intervention chirurgicale. L'analyse histopathologique de la masse excisée a révélé un neurofibrome du nerf facial (Figure 14).

Une paralysie faciale totale gauche a été observée dans la période postopératoire immédiate ; Douze mois après, le patient présente toujours une paralysie faciale totale gauche. La chirurgie de transfert musculaire pour la réanimation du visage a été conseillée pour le patient



Figure 11 : Aspect peropératoire des tumeurs. Lors de la dissection de la glande parotidienne gauche, la tumeur est identifiée à son origine, à la base du processus styloïde



Figure 12 : l'extension de la tumeur en périphérie le long de la branche temporofaciale supérieure



Figure 13 : aspect macroscopique de la tumeur ; l'excision de la tumeur était complète

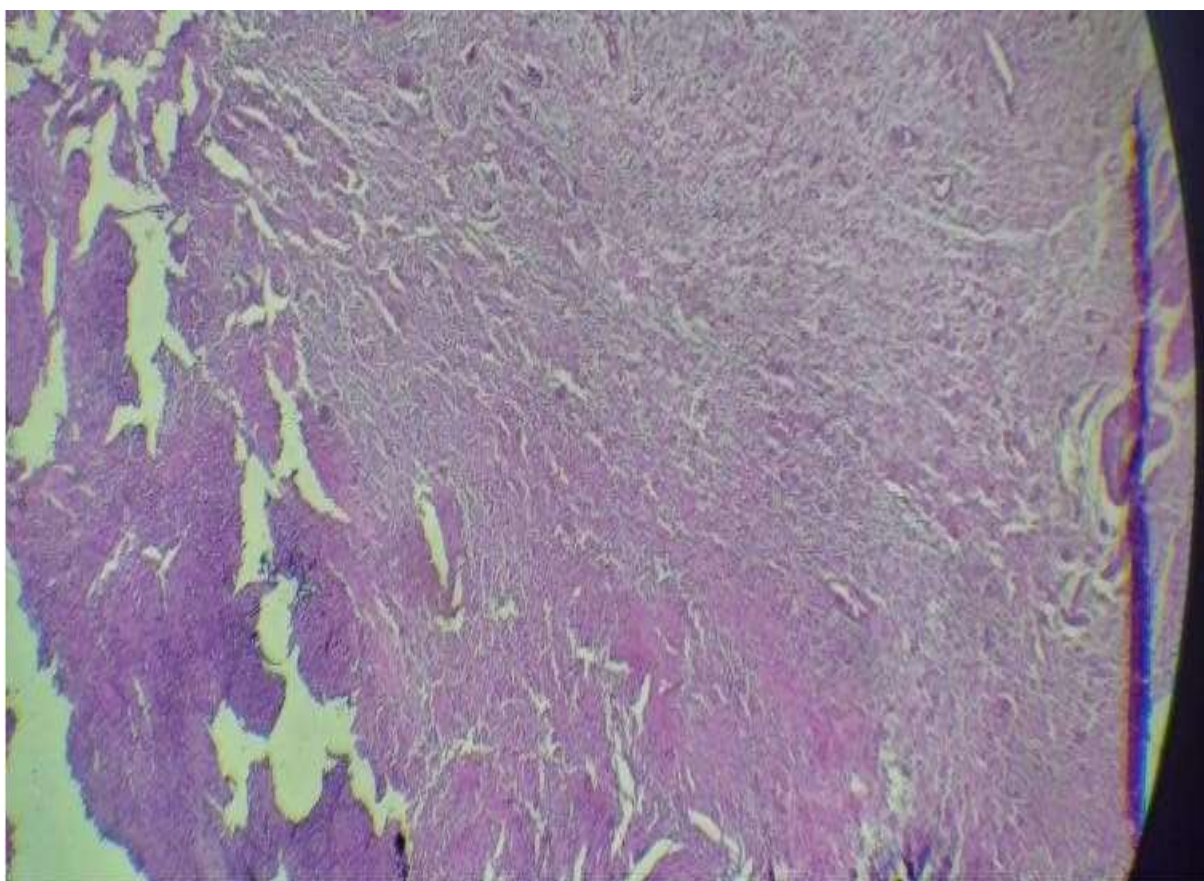


Figure 14 : aspect microscopique d'un neurofibrome du nerf facial

TABLEAU RECAPULATIF 1

PATIENT	AGE	SEXE	ATCD	CIRCANCTANCE DE DECOUVERTE
1	57	F	Pas d'ATCD	Tuméfaction parotidienne
2	54	M	Tabac Diabète HTA	Tuméfaction parotidienne
3	42	M	Tabac TTT tuberculose	Tuméfaction parotidienne
4	13	M	Pas d'ATCD	Tuméfaction parotidienne
5	37	M	Tabac	Tuméfaction parotidienne
6	57	M	Tabac TTT Tuberculose	Tuméfaction parotidienne
7	56	M	Pas d'ATCD	Tuméfaction parotidienne

TABLEAU RECAPULATIF 2

<u>Patient</u>	<u>Imagerie</u>	<u>histologie</u>
<u>1</u>	<u>TDM : processus tissulaire de la parotide droite, homogène et bien limitée</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>2</u>	<u>IRM : une masse tissulaire gauche bilobée homogène du lobe superficiel, bien limitée, hypo signal en T1, et hyper signal en T2.</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>3</u>	<u>échographie cervicale : une formation nodulaire bien limitée, grossièrement ovalaire jouxtant le pôle postérieur la glande sous maxillaire gauche, hypo échogène, homogène, d'environ 15 mm de grand axe</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>4</u>	<u>IRM : un processus lésionnel tissulaire du lobe superficiel de la parotide droite, iso signal en T1, T1 injecté : renforcement homogène, T2 : hyper signal</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>5</u>	<u>IRM : un processus lésionnel tissulaire mal limité s'étendant du lobe superficiel au lobe profond de la parotide droite, iso signal en T1, T1 injecté : renforcement homogène, T2 : hyper signal</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>6</u>	<u>IRM : une masse tissulaire droite ovalaire homogène du lobe superficiel, bien limitée, hypo signal en T1, et hyper signal en T2</u>	<u>SHWANNOME</u>
<u>7</u>	<u>IRM : une lésion lobulée bien circonscrite, impliquant les lobes profonds et superficiels de la glande parotide gauche et mesurant 4 × 5 cm.</u>	<u>SHWANNOME</u>

RESULTATS

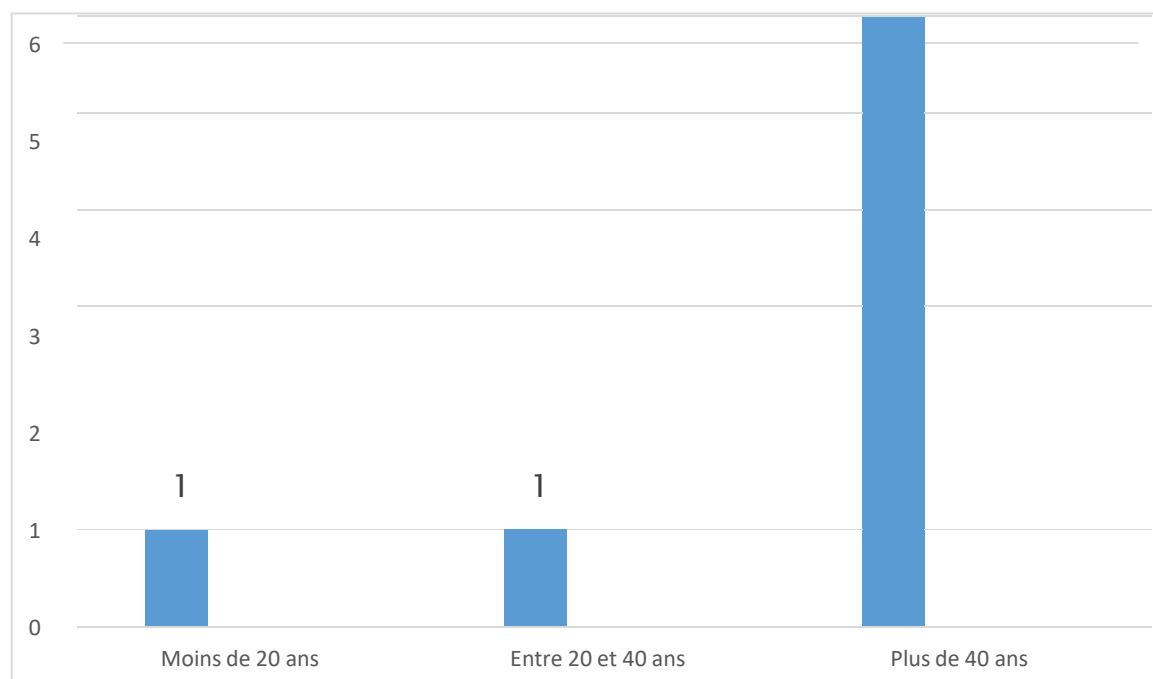
I. Le profil épidémiologique

1. Répartition par âge

L'âge moyen est de $45,13 \pm 16,26$ ans, avec des extrêmes allant de 13 ans à 57 ans. La majorité de nos malades est âgée de plus de 40 ans avec 5 cas soit 71%.

Tableau 1 : l'Age moyen ; l'écartype ; la médiane ; l'intervalle minimale et maximale

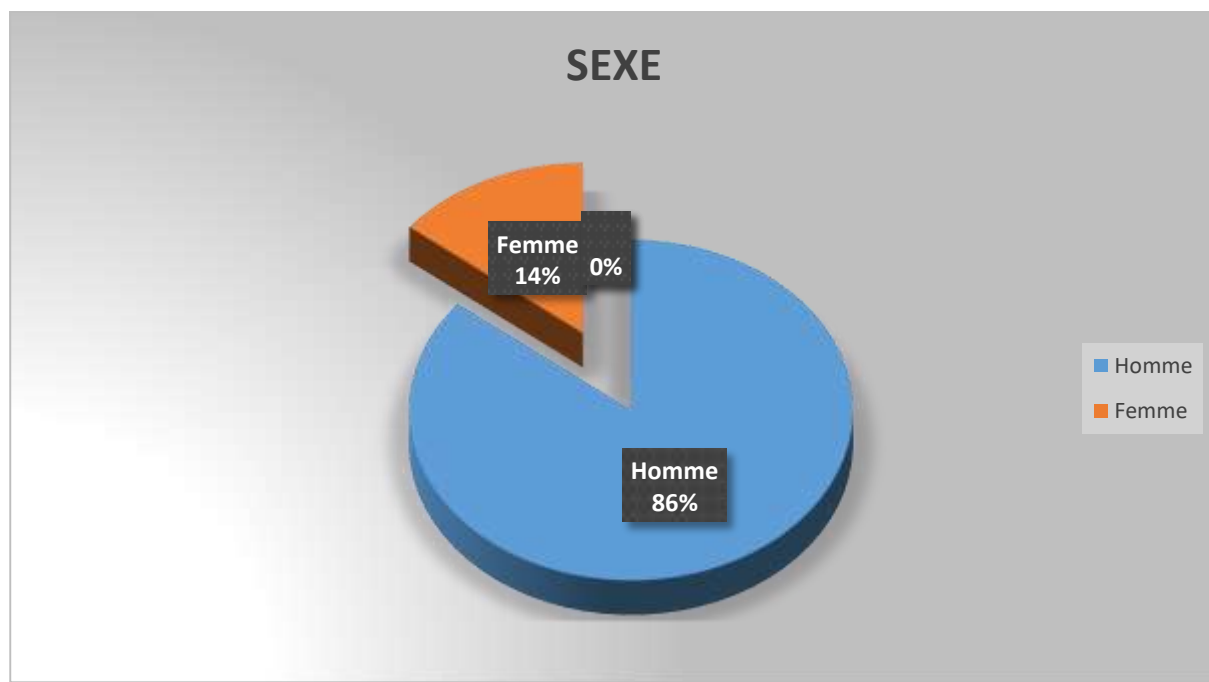
L'âge moyen	45 ,13 ans
L'écartype	16,26 ans
La médiane	54 ans
L'intervalle	Min : 13ans Max : 57ans



Graphique 1 : répartition des malades selon l'âge

2. Répartition par sexe

Notre série a comporté 1 patient de sexe féminin (14%) et 6 patients de sexe masculin(86%), soit un sexe- ratio (H/F) de 6(Graphique 2).

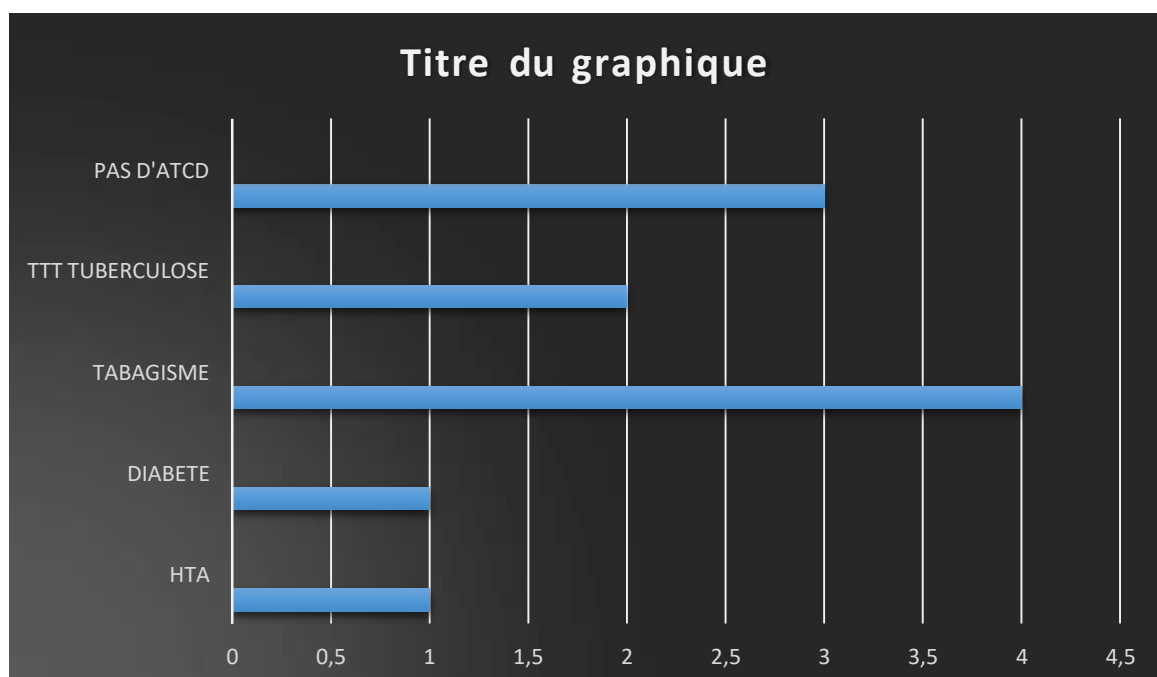


Graphique2 : répartition des malades selon le sexe

3. Antécédents

L'interrogatoire a révélé la notion de diabète et l'HTA chez un seul patient, le tabagisme chronique chez quatre patients. Deux autres patients ont bénéficié d'un traitement pour tuberculose pulmonaire

Par ailleurs aucun patient de notre série n'avait un antécédent familial particulier (graphique 3).

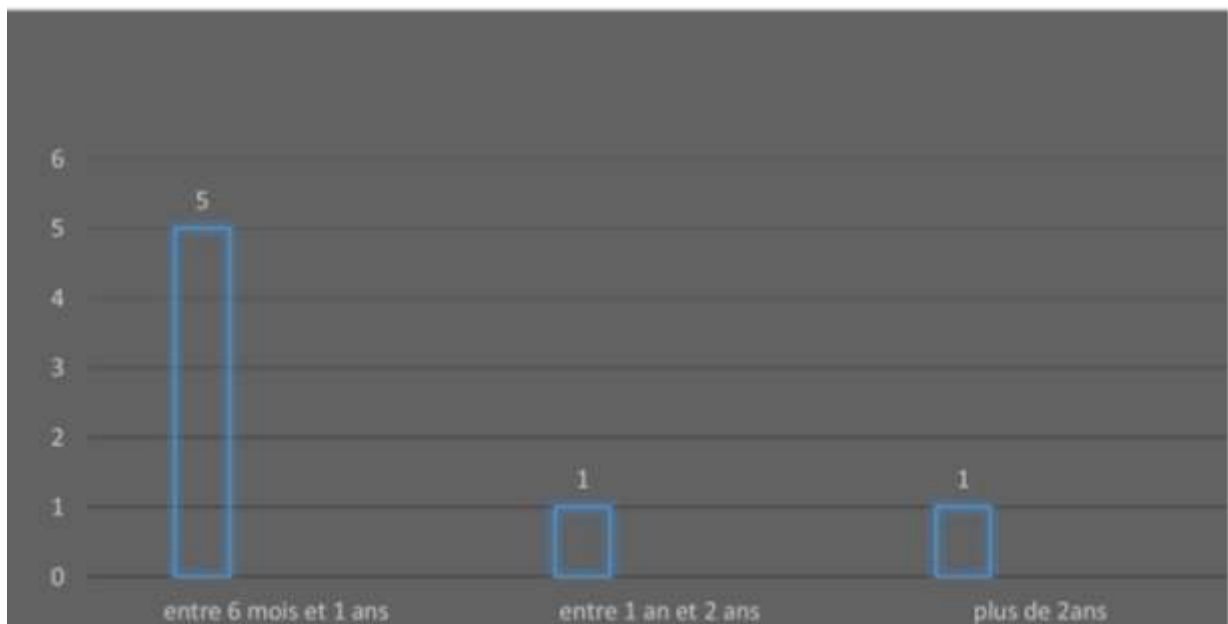


Graphique 3 : répartition des patients selon les ATCD

II. Données cliniques

1. Les circonstances de découverte

Tous nos malades ont présenté une symptomatologie commune qui est la tuméfaction parotidienne mais avec des intervalles de progression différentes allant de quelques mois à des années.



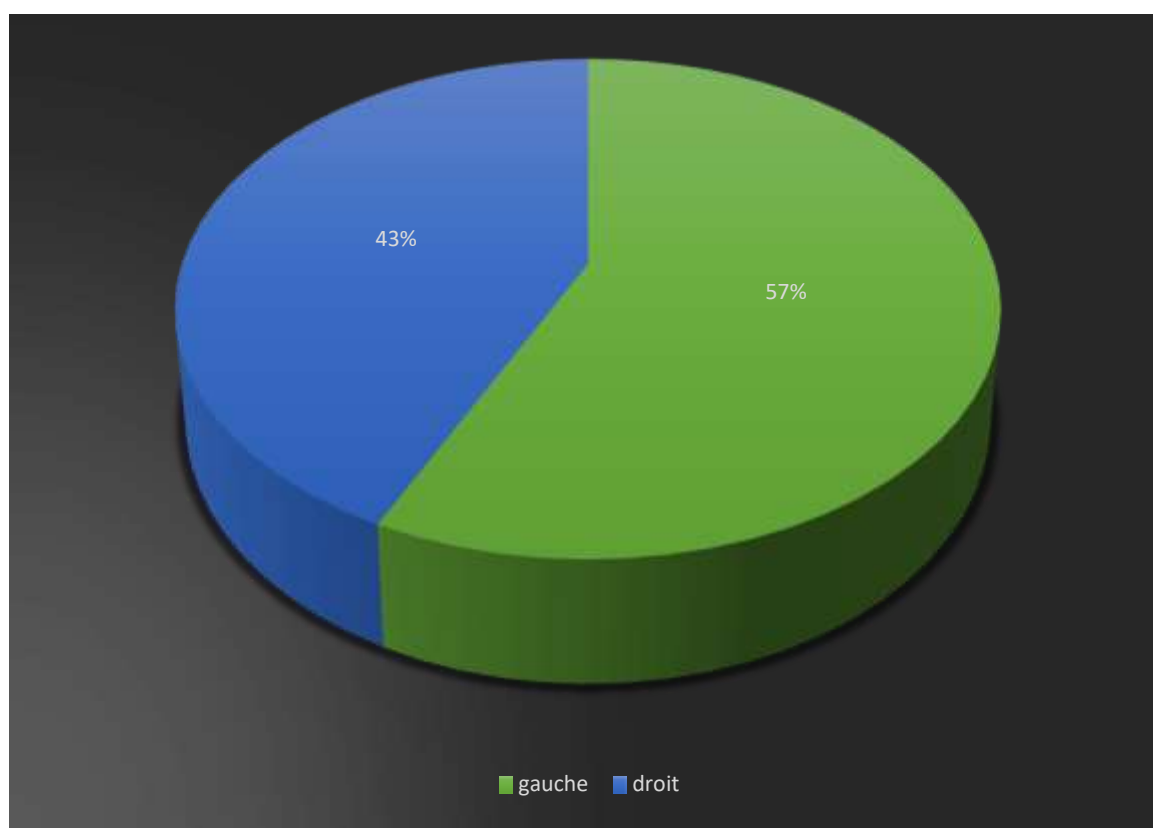
Graphique 4 : répartition selon la durée de progression des symptômes

La moyenne de la durée de progression des symptômes est de 7 mois

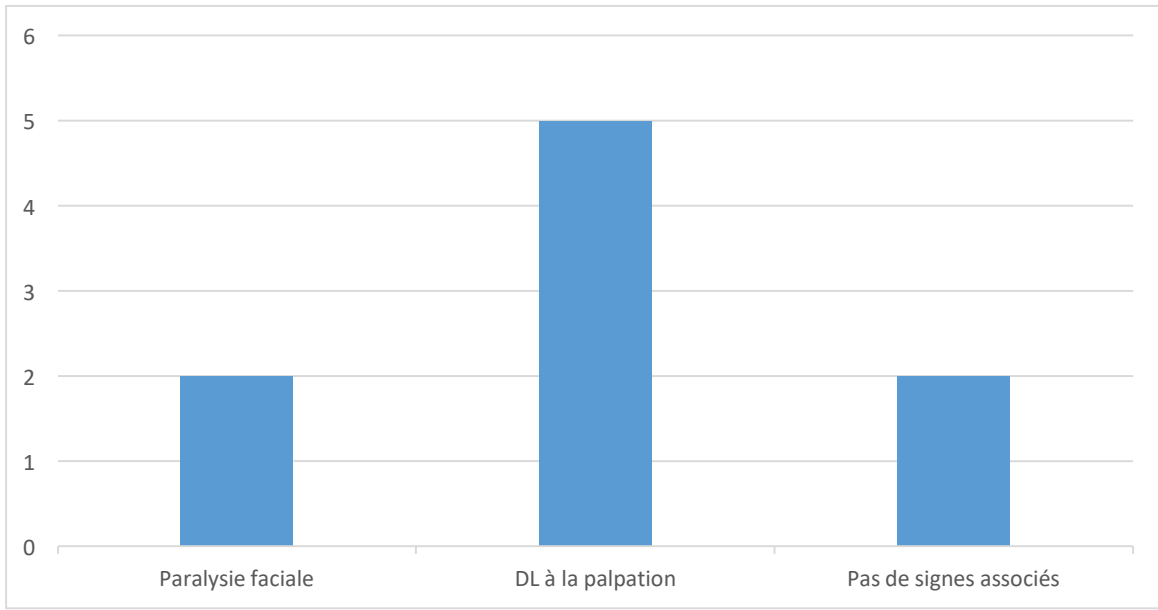
2. L'examen clinique

4 malades de notre série ont une tuméfaction du côté gauche (57%) et les 3 autres du côté droit (43%). (Graphique 5)

Parmi nos 7 malades, Deux patient sont présenté des signes associés type paralysie faciale (Grade 2 selon l'échelle de house brackman) et une douleur à la palpation de la masse chez 5 malades. (Graphique 6)



Graphique 5 : répartition selon de le côté de la tuméfaction



Graphique 6 : répartition selon les signes associés

III. Bilan paraclinique (Graphique 7)

1. Echographie cervicale :

Cet examen radiologique n'a pas beaucoup de rôle dans l'exploration des tumeurs du nerffacial, seulement 2 patients qui ont bénéficié de cet examen (28%)

2. Tomodensitométrie cervico-faciale : (TDM)

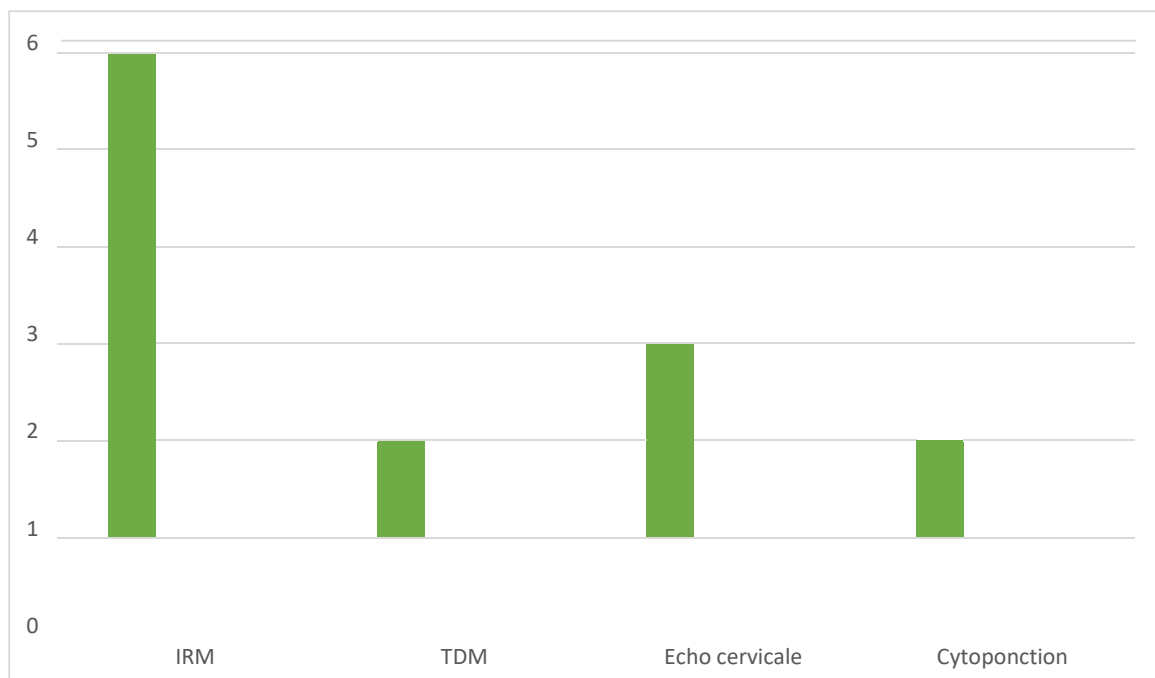
La TDM a été réalisé chez 1 seul patient (14%) pour but de bien visualiser les structures osseuses et pour les reconstructions multi planaires

3. Imagerie par résonance magnétique parotidienne : (IRM)

L'IRM est l'examen radiologique le plus réalisé (chez 5 patients : 71%), dans le but de décrire tous les tissus mous tels que les nerfs et peut fournir des informations très spécifiques sur la santé du nerf facial

4. La cytoponction :

La cytoponction n'a pas été réalisée que chez un malade de notre série



Graphique 7 : Répartition des examens paracliniques

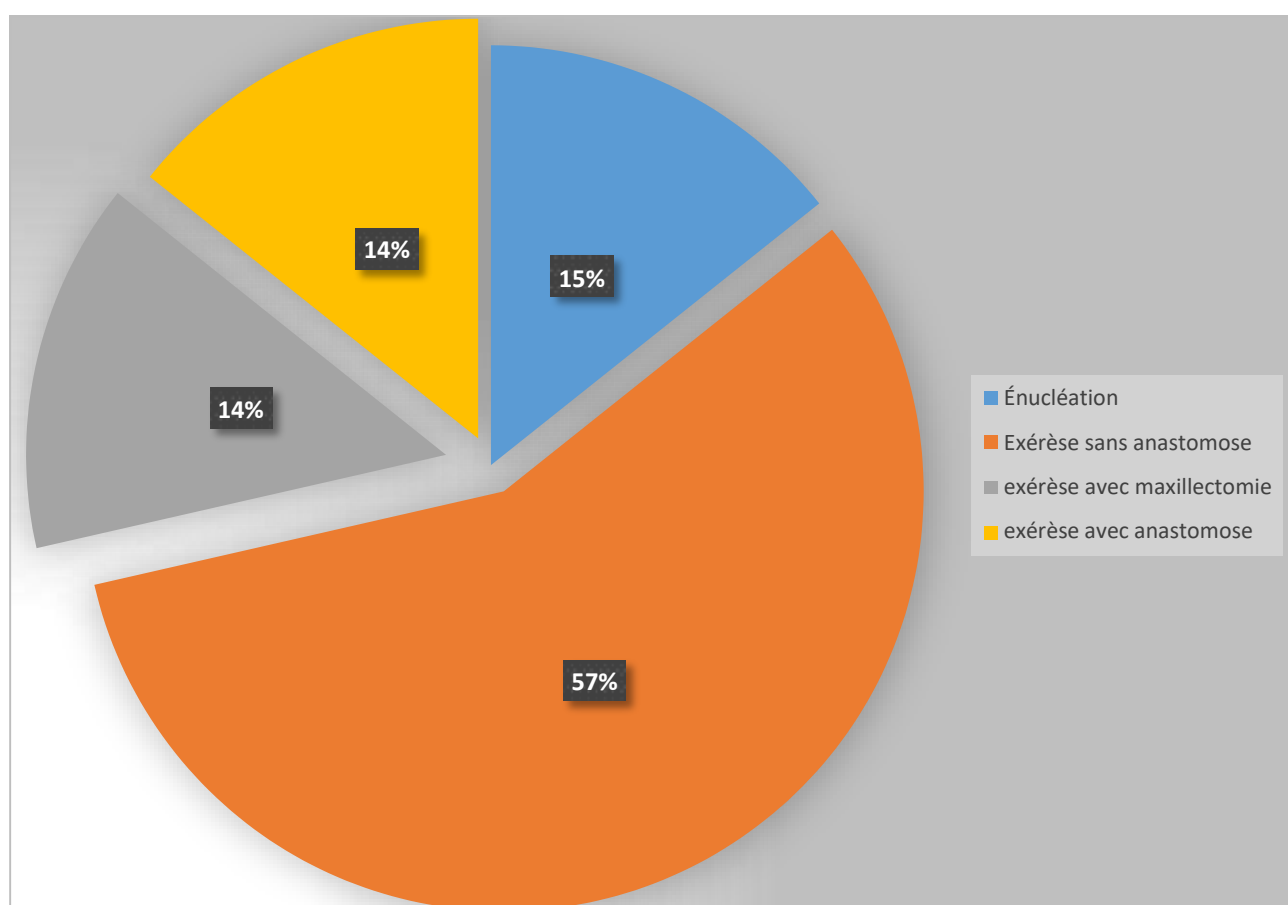
IV. Stratégie thérapeutique

1. Moyens de traitement

Le traitement des tumeurs du nerf facial dépend de localisation, la taille, et la sévérité de la paralysie, mais ils sont fréquemment réséqués chirurgicalement

Dans notre série les 7 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical Le geste chirurgical a été : (Graphique 8)

- Dans 1 cas une énucléation facile du schwannome sans lésion nerveuse
- Dans 4 cas une exérèse complète sans anastomose termino-terminale
- Dans 1 cas une exérèse complète avec maxillectomie
- Dans 1 cas une exérèse complète avec anastomose termino-terminale



Graphique 8 : répartition selon le geste chirurgical

2. Anatomopathologie : TYPE HISTOLOGIQUE

L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire a montré une dominance d'un seul type histologique : schwannome (100%)

V. Evolution

1. Suites post-opératoires des malades

➤ Recul :

Le délai moyen de suivi de nos patients était 214 jours Soit 7 mois et 4 jours avec des extrêmes allant de 06 mois à 14 mois.

➤ Perte de vue :

Dans notre série, un seul cas qui est perdue de vue après son traitement chirurgical (14%).

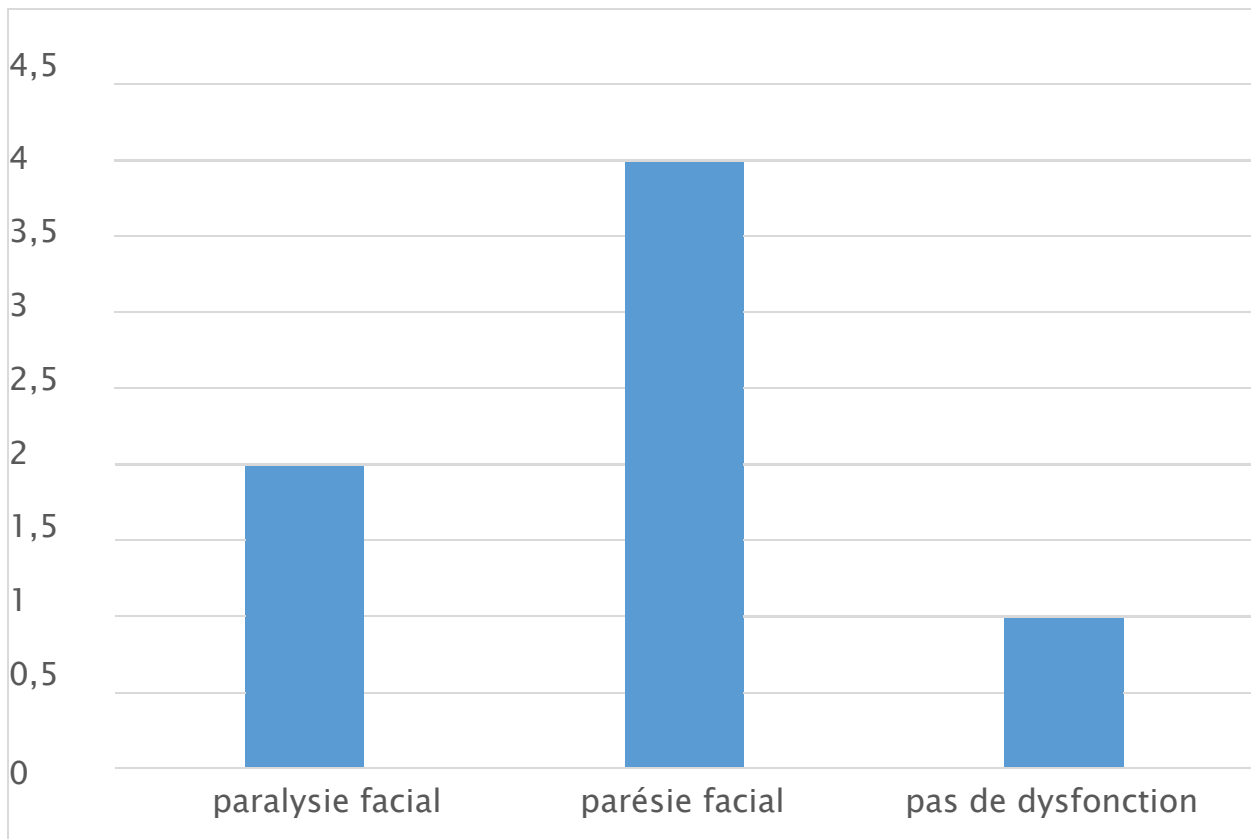
➤ Complications :

Dans la période postopératoire précoce, les principales complications relevées dans les dossiers médicaux étaient :

- Paralysie faciale complète chez 2 cas (grade 6).
- Parésie faciale d'un territoire chez 4 cas (grade 3).
- Pas de signes de dysfonction du nerf facial chez 1 cas (grade 1). (Graphique 9)

❖ Suite à la présence de complications :

- 3 patients ont bénéficié de la kinésithérapie avec améliorations des symptômes chez un 1 patient
- 1 patient a bénéficié d'une tarsorrhaphie
- 1 patient a bénéficié d'une élévation de la commissure labiale droite (équipe de chirurgie plastique)



Graphique 9 : répartition des malades selon les complications post-opératoires

DISCUSSION

I. Rappel embryologique (6)[7]

La connaissance de l'embryologie du nerf facial permet de mieux comprendre l'anatomie du nerf facial et ses variations. La formation ainsi que l'organisation du nerf facial et des principales structures qu'il innerve s'effectuent essentiellement dans les trois premiers mois de vie in utero et se poursuivent ensuite après la naissance jusqu'à l'âge de 4 ans.

Primordium acoustico-facial

Le primordium (ou ébauche) acoustico facial est le premier élément du nerf facial à se développer et est identifié à partir de la fin de la troisième semaine in utero. Cette ébauche apparaît au sein du rhombencéphale qui se développe à partir de la partie postérieure du tube neural. Le rhombencéphale se divise en deux parties pour former : en avant, le métencéphale à l'origine du cervelet et de la protubérance, et, en arrière, le myélencéphale à l'origine de la moelle allongée (bulbe ou moelle allongée). Le métencéphale comprend lui-même :

- une lame fondamentale divisée en trois groupes de noyaux moteurs :

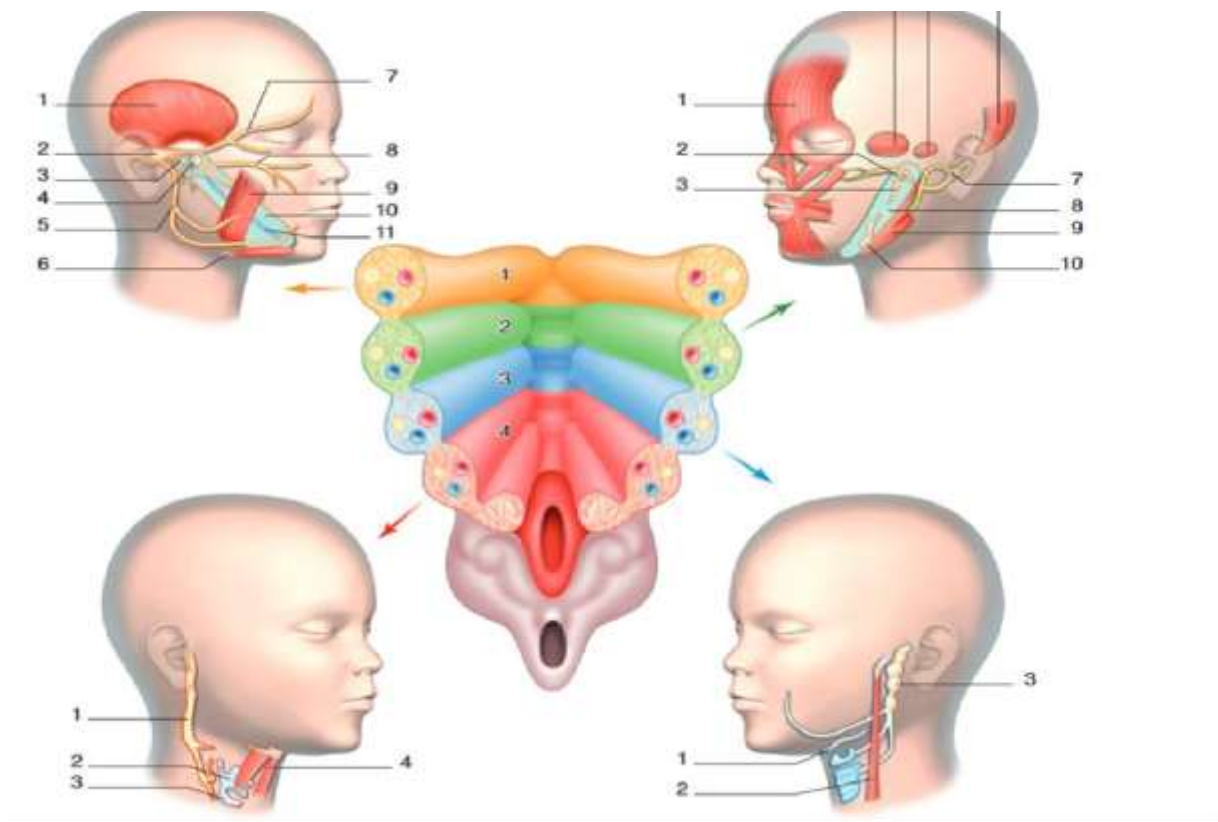


Figure 15 [6]:

A. Principales structures dérivant des quatre premiers arcs branchiaux.

Dérivés du premier arc branchial (en haut à gauche). 1. Muscle temporal ; 2. nerf trijumeau ; 3. incus ; 4. malleus ; 5. rameau mandibulaire du nerf trijumeau ; 6. ventre antérieur du muscle digastrique ; 7. rameau ophtalmique du nerf trijumeau ; 8. rameau maxillaire du nerf trijumeau ; 9. muscle masséter ; 10. ligament sphéno-mandibulaire ; 11. cartilage de Meckel.

Dérivés du deuxième arc branchial (en bas à gauche). 1. Nerf laryngé provenant du nerf vague ; 2. cartilage thyroïde ; 3. cartilage cricoïde ; 4. muscles pharyngiens.

Représentation schématique des arcs embryonnaires (au centre) 1. Premier arc brachial ; 2. deuxième arc brachial ; 3. troisième arc brachial ; 4. quatrième et cinquième arcs brachiaux.

Dérivés du troisième arc branchial (en haut à droite). 1. Muscles de l'expression faciale (muscles de la mimique) ; 2. stapes ; 3. processus styloïde de l'os temporal ; 4. muscle auriculaire antérieur ; 5. muscle auriculaire supérieur ; 6. muscle occipital ; 7. nerf facial à partir du ganglion géniculé ; 8. ligament styloïdien ; 9. ventre postérieur du muscle digastrique 10. petite corne de l'os hyoïde.

Dérivés du quatrième arc branchial (en bas à droite). 1. Grande corne de l'os hyoïde ; 2. muscle stylopharyngien ; 3. nerf glossopharyngien.

- Un groupe somato efférent médial à l'origine du nerf oculaire externe ;
- Un groupe somato efférent spécial (à l'origine des nerfs facial et trijumeau) innervant les muscles des premiers et deuxième arcs branchiaux ;
- Un groupe viscéro efférent général à l'origine du noyau salivaire supérieur dont les axones empruntent le trajet du nerf facial pour innerver les glandes sous-mandibulaires et sublinguales ;
- Une lame alaire divisée en trois groupes de noyaux de relai sensitif.

Quatrième semaine

Pendant la quatrième semaine (embryon de 4,8 mm), les poches, les fentes et les arcs branchiaux se développent. L'embryon comprend six arcs branchiaux, le cinquième ne se développant pas chez l'homme. Chaque arc est un renflement de mésenchyme bordant l'intestin antérieur dont la surface externe est segmentée par les fentes branchiales ectodermiques et la surface interne par les poches branchiales endodermiques. Chaque arc comprend un cartilage, un nerf crânien (qui innerve les muscles de son arc), une artère et des myoblastes (Fig. 15). Le deuxième arc branchial comprend ainsi : • le cartilage de Reichert qui donne le manche du malleus, la longue apophyse de l'incus, les tapes, la petite corne de l'os hyoïde, l'apophyse styloïde et le ligament stylohyoïdien ; • l'artère stapédienne ; • le nerf facial ; • la partie superficielle de la lame mésenchymateuse du deuxième arc qui se sépare en quatre couches formant les muscles cervico-faciaux : ◦ la lame occipitale pour les muscles occipital, auriculaire postérieur et transverse de la nuque ; ◦ la lame cervicale pour la partie cervicale du platysma ;



Figure 1. (suite)

B. Dérivés du deuxième arc branchial dans l'oreille moyenne. Dérivés du cartilage du deuxième arc (cartilage de Reichert) (flèche) : manche du malleus, longue apophyse de l'incus, stapes, styloïde, ligament styloïdien, petite corne de l'os hyoïde et partie du corps de l'os hyoïde.

La lame mandibulaire pour les muscles mentalis, risorius, déprimeur de la lèvre inférieure et de la commissure labiale (depressor anguli oris), la partie inférieure de l'orbiculaire des lèvres (orbicularis oris), le buccinateur et l'élévateur de la commissure labiale ; la lame temporale pour le muscle auriculaire supérieur ; la partie profonde de la deuxième lame mésenchymateuse qui donne le muscle stapédien, le ventre postérieur du muscle digastrique et le muscle stylohyoïdien. Le deuxième arc recouvrira les troisièmes et quatrièmes arcs pour venir se souder au sixième. L'évolution des poches, quant à elles, va donner naissance aux éléments suivants :

- Première poche : trompe auditive, caisse du tympan et cellules mastoïdiennes;
- Deuxième poche : cryptes épithéliales des amygdales palatines ;
- Troisième poche : thymus et glandes parathyroïdes inférieures ;
- Quatrième poche : corps ultimo branchial et glandes parathyroïdes supérieures ; à la face ventrale de l'intestin primitif existe un petit renflement d'endoblaste appelé foramen caecum. Il s'invagine pour passer entre les premiers et deuxièmes arcs branchiaux et donner le tractus thyroglosse qui donne deux lobes au contact de la trachée pour former la thyroïde ; les anomalies de migration et la persistance de fentes lors de l'évolution de

l'embryon sont à l'origine des kystes et des fistules cervicales. Durant cette quatrième semaine, le nerf facial va ensuite se diviser pour donner la corde du tympan rostralement et le tronc principal du nerf facial plus caudal. La corde du tympan se dirige vers la première poche pharyngée et rejoint l'arc mandibulaire (premier arc branchial). À la fin de la quatrième semaine (embryon 6 mm), le ganglion géniculé débute son développement

Cinquième semaine

Durant la cinquième semaine (embryon de 7 mm), les muscles céphaliques se forment à partir du mésenchyme et s'associent à leur branche nerveuse. Le ganglion géniculé et le nerf intermédiaire se développent. Le nerf grand pétreux apparaît. La corde du tympan s'unit à une branche du nerf mandibulaire (futur nerf lingual). Les branches pour le ventre postérieur du muscle digastrique se forment. Lorsque l'embryon mesure 8 à 14 mm, le nerf auriculaire postérieur apparaît en aval de la corde du tympan. À 14 mm, le nerf grand pétreux superficiel et le ganglion géniculé sont bien individualisés. Le nerf grand pétreux superficiel se développe à la partie latérale de la future artère carotide interne. Il se joint au nerf pétreux profond pour donner le nerf du canal ptérygoïdien qui va rejoindre le ganglion ptérygo palatin

Septième à neuvième semaine

À la septième semaine (embryon de 18 mm), le nerf intermédiaire est visible au niveau du tronc cérébral entre le nerf cochléaire et la racine motrice du nerf facial, tandis que la corde du tympan et le nerf lingual s'unissent près de la glande submandibulaire. A ce stade, la glande parotide se présente comme une invagination latérale de l'aire de la cavité orale. Le nerf facial se divise et les premières ramifications (temporales, zygomatiques, buccales, mandibulaires et cervicales) apparaissent. A la fin de la septième semaine (embryon de 22 mm), les anastomoses entre les branches du nerf facial apparaissent et les branches

terminales continuent de se développer. Les muscles de la face commencent à s'individualiser chez l'embryon de 24-26 mm et la parotide se développe de part et d'autre du nerf facial. À la huitième semaine débute la formation du canal de Fallope à partir d'un sulcus creusé dans la capsule cartilagineuse de la vésicule otique qui entoure le nerf facial, l'artère stapédienne et le muscle stapédien. Durant la neuvième semaine (embryon de 50 mm), le canal de Fallope poursuit son développement et l'éminence pyramidale apparaît.

Douzième semaine

À ce stade d'embryon de 80 mm, la parotide a achevé son développement de part et d'autre du nerf facial, définissant ainsi un lobe superficiel (exo facial) et un lobe profond (endo facial). Tous les muscles faciaux sont individualisables avec leur branche nerveuse. Si cette innervation est absente (comme dans le syndrome de Moebius [3]), les muscles subissent une involution

Quatorzième et quinzième semaines

Entre la quatorzième et la quinzième semaine, le nerf facial est en contact avec la formation mésenchymateuse qui va se différencier en labyrinthe et mastoïde.

Seizième semaine à la naissance

À la 16^{es} semaine, les connexions du nerf facial sont toutes établies et l'artère stapédienne involue. À la 21^{es} semaine débute l'ossification de la capsule otique qui ne se terminera qu'après la naissance. Une anomalie de ce processus est à l'origine des déhiscences du canal facial, notamment dans le segment tympanique. Le trajet du nerf facial va subir, à partir de la sixième semaine, des modifications liées à la croissance de ses rapports anatomiques. Le nerf est initialement rectiligne à partir des crêtes neurales, puis va se couder une première fois par la croissance du mésencéphale, formant ainsi le genou du nerf facial. Le coude du nerf facial apparaît au quatrième mois in utero par le développement de la cavité tympanique à partir de

la première poche branchiale.

Développement post-natal

Ce développement est majoritairement lié au développement du canal de Fallope qui dépend ici encore de la croissance des structures environnantes. À la naissance, le processus mastoïdien est inexistant, tout comme la troisième portion intra pétreuse du nerf. La seconde portion émerge juste après son coude, directement par le foramen stylo-mastoïdien qui a une position très latérale (Fig. 16). La corde du tympan naît en aval du foramen stylo-mastoïdien, croise l'apophyse styloïde en avant pour gagner la caisse du tympan en traversant la scissure pétro tympanale postérieure qui est élargie. Jusqu'à l'âge de 2 ans, la position très superficielle du tronc du nerf facial et le cheminement de sa branche marginale sur la mandibule le rendent donc vulnérable en cas de traumatisme. Ces caractéristiques expliquent la fréquence de l'atteinte de la motricité faciale dans la chirurgie de la région parotidienne chez le jeune enfant. De 2 à 4 ans, le développement du processus mastoïdien et du tympanal permet au nerf de cheminer plus profondément dans la mastoïde. Les fibres du nerf facial vont par ailleurs progressivement se myéliniser, rendant le nerf moins vulnérable lors de sa manipulation.

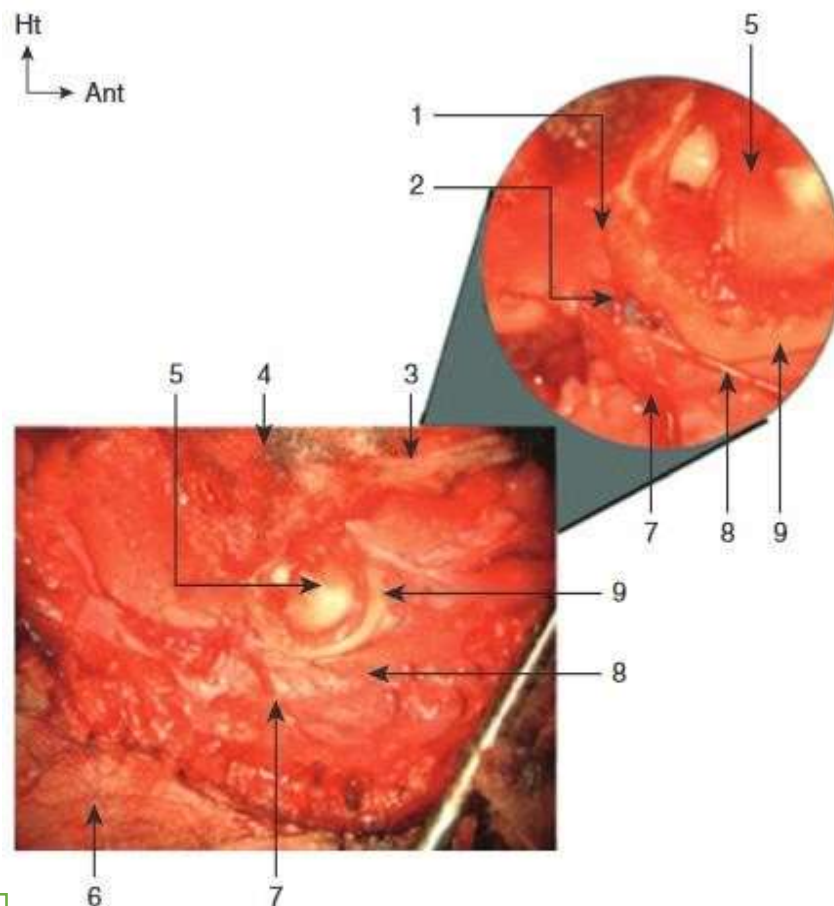


Figure 16[6]

Figure 2. Émergence extracrânienne du nerf facial chez le nouveau-né ; en gros plan : naissance extracrânienne de la corde du tympan, qui pénètre ensuite la fissure pétrotympanique postérieure : vue latérale. 1. Scissure pétrotympanale postérieure ; 2. corde du tympan ; 3. arcade zygomatique ; 4. écaille du temporal ; 5. tympan ; 6. tissu cutané ; 7. apophyse styloïde ; 8. nerf facial ; 9. os tympanal.

II. Rappel anatomique (8)

Le nerf facial ou septième nerf crânien est le nerf du deuxième arc branchial ou archyôidien.

C'est un nerf mixte (sensitivomoteur) et sensoriel (gustatif).

• Il est constitué par :

- le VII moteur et -le VII sensitif ou nerf intermédiaire (intermédiaire de Wrisberg).

• Il assure :

- Une fonction motrice : Il innerve :

- Les muscles peauciers de la face et du cou (Préside ainsi à la mimique).

- Le muscle stylo-hyoïdien.

- Le ventre postérieur du digastrique

- Le muscle de l'étrier (Intervient dans l'audition : réflexe stapédien).

- Une fonction sensitivo-sensorielle par le biais du nerf intermédiaire pour :

- L'innervation sensitive du conduit auditif externe

- L'innervation gustative des deux tiers antérieurs de la langue.

- Une fonction vaso-motrice et sécrétoire, par son contingent de fibres neuro-végétatives, pour :

- Les glandes lacrymales-Les glandes de la muqueuse nasale

- Les glandes sub mandibulaire et sublinguale.

1. ANATOMIE DESCRIPTIVE

- a. **Origine apparente** : Le VII moteur naît à la partie latérale du sillon ponto-bulbaire (bulbo-protubérantiel), le nerf intermédiaire est en dehors de lui.
- b. **Trajet** : Il traverse :
 - L'étage postérieur du crâne, au niveau de l'angle ponto-cérébelleux.
 - Le méat acoustique interne, pour pénétrer dans le rocher.
 - Le canal facial (ou aqueduc de Fallope) = canal osseux intra-pétreux, où son trajet comprend plusieurs segments :
 - Labyrinthique, □ tympanique, □ mastoïdien.
 - Le foramen stylo-mastoïdien par lequel il sort du rocher.
- c. **Terminaison** : il pénètre dans la parotide et se termine en ses deux branches terminales.

2. RAPPORTS :

Le nerf suit un trajet divisé en cinq parties :

- a. **Dans la fosse crânienne postérieure** : le VII fait partie du paquet vasculo-nerveux acoustico-facial qui comprend :
 - Le VII et l'intermédiaire
 - Le VIII
 - L'artère labyrinthique (auditive interne).

Les nerfs sont entourés par une gaine pie-mérienne et cheminent dans la citerne ponto-cérébelleuse.

Le VII est en rapport avec :

- En bas : l'occipital et la face postéro-supérieure du rocher.
- En arrière : Le pédoncule cérébelleux moyen +le cervelet.
- En dedans et en haut : le VI et le V
- En haut : l'artère cérébelleuse supérieure et la tente du cervelet

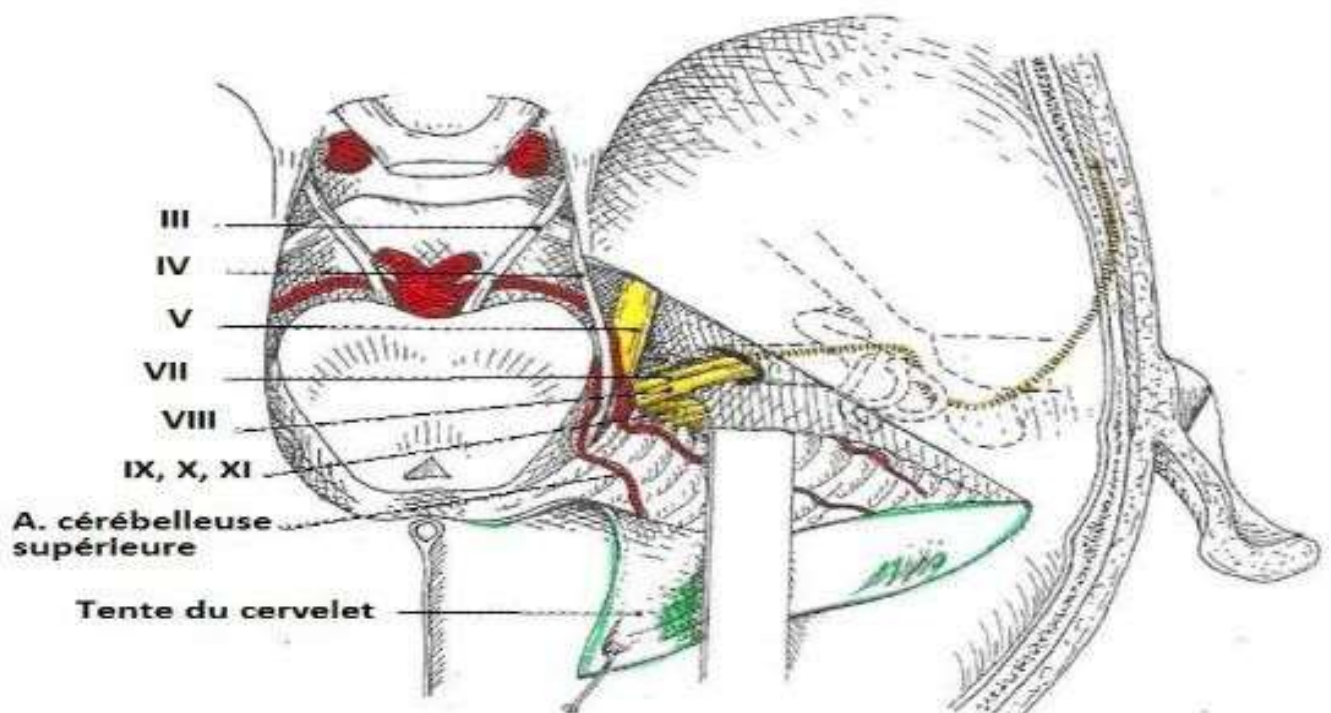


Figure 17 [8] :

**Le VII à l'étage postérieur du crâne
Angle ponto-cérébelleux**

b. Dans le méat acoustique : (longueur du canal = 1 cm)

Le VII repose sur le nerf vestibulo-cochléaire (VIII), le nerf intermédiaire est entre les deux nerfs.

Il est accompagné par : - l'artère labyrinthique

- les veines auditives.

Il pénètre dans le rocher.

c. Dans le canal facial (cette portion du VII est intra pétreuse).

Le fond du méat acoustique est divisé par une crête transversale en deux étages. L'étage supérieur présente en avant l'orifice du canal facial (1mm de diamètre) dans lequel s'engagent le VII et le nerf intermédiaire. Il présente trois portions :

- La portion labyrinthique : horizontale et longue de 4 mm, elle passe entre la cochlée en avant et le vestibule en arrière, puis se coude en arrière pour former le genou du facial, dans ce coude se trouve le ganglion géniculé (Ganglion sensitif) dans lequel l'intermédiaire forme un seul cordon nerveux avec le VII.
- La portion tympanique : longue de 10 mm, fait saillie sur la paroi médiale de la caisse du tympan,

Elle est située entre :

- En haut : le conduit semi-circulaire latéral,
- En avant : Le premier tour de spire de la cochlée
- En bas : La fenêtre du vestibule

Au niveau de cette deuxième angulation, le facial longe le plancher de l'additus ad antrum dans lequel il saillie.

Remarque : Lors d'épisode d'otite, sa paroi souvent déhiscente, explique la paralysie faciale

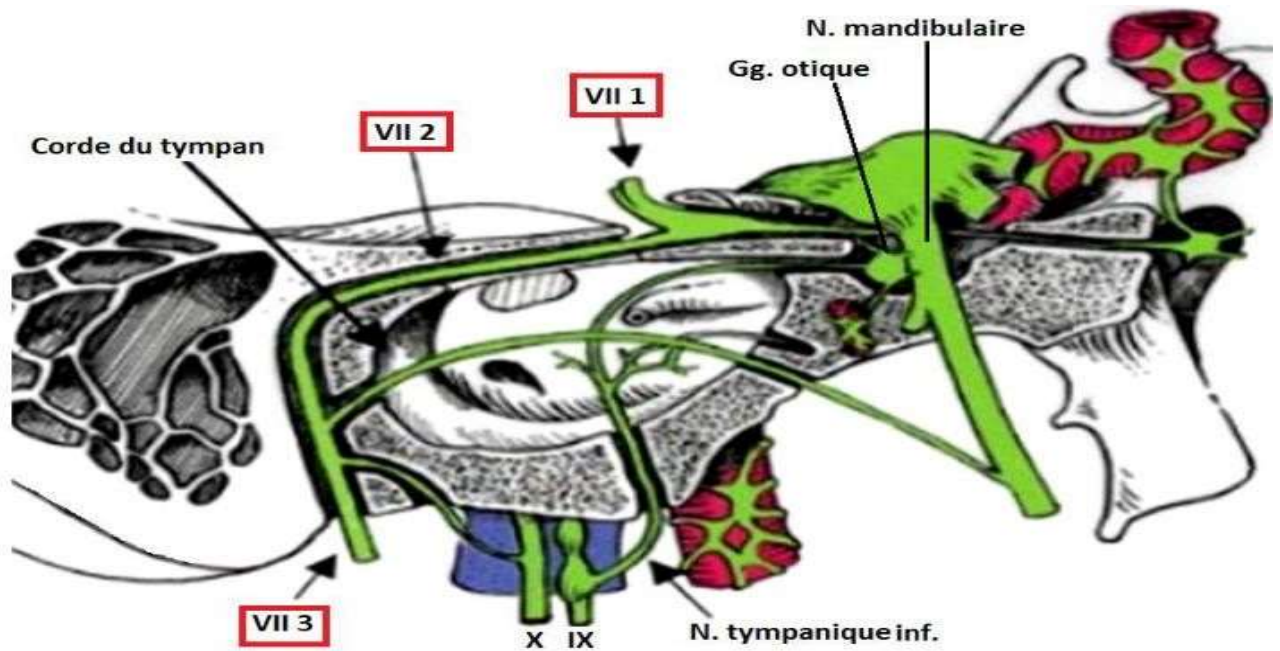


Figure 18[8] :

Trajet intrapétreux du N. facial.

- La portion mastoïdienne : verticale, longue de 12mm, elle descend en arrière du canal du muscle stapédien (muscle de l'étrier), elle est entourée par les cellules mastoïdiennes.

Elle se termine dans le foramen stylo-mastoïdien.

A l'intérieur du canal facial, le nerf est accompagné par l'artère stylo-mastoïdienne.

d. Par le trou stylo-mastoïdien, le nerf sort du rocher.

- Se porte en bas, en avant et en dehors
- Il est à égale distance de l'arcade zygomatique et de l'angle de la mâchoire, à 2,5 cm de profondeur.
- Il pénètre dans la glande parotide en passant entre le digastrique et le stylo-mastoïdien.

e. **Dans la parotide**, il est oblique : en avant, en bas et en dehors.

Le facial et la partie initiale de ses branches terminales, divisent la parotide en deux lobes : • superficiel et profond.

Il se divise en deux branches terminales :

- Temporo-faciale.
- Cervico-faciale

3. **BRANCHES COLLATÉRALES :**

A sa pénétration dans le rocher le nerf facial est composé de fibres motrices, sensibles et neuro-végétatives ; à sa sortie il n'a que des fibres motrices.

Le nerf facial donne :

- Des branches collatérales intra-pétreuses.
- Des branches extra pétreuses.

A. **COLLATÉRALES INTRAPÉTREUSES :**

Elles naissent dans le canal facial, ce sont :

1. Le nerf grand pétreux (grand nerf pétreux superficiel) : Il naît du genou du VII et non du ganglion géniculé qu'il traverse. Il reçoit le nerf pétreux profond et un filet sympathique du plexus carotidien pour former avec eux le nerf du canal ptérygoïdien (nerf vidien) qui aboutit au ganglion ptérygo-palatin.
 - Rôles :
 - Sécrétoire lacrymo-nasal.
 - Vaso-moteur étendu aux fosses nasales.
2. Le nerf petit pétreux (petit nerf pétreux superficiel) : il naît du VII, chemine parallèle au précédent dans un canalicule osseux qui aboutit à l'hiatus accessoire. Il aboutit au ganglion otique. (Rôle probablement sécrétoire et vaso-moteur)

3. Le nerf stapédien ou nerf du muscle de l'étrier : naît de la partie mastoïdienne du facial, traverse la mince paroi osseuse qui sépare le muscle stapédien du canal facial, et se rend au muscle stapédien.
4. La corde du tympan : elle naît au-dessus du foramen stylo-mastoïdien, remonte dans le canal facial, puis dans le canal de la corde du tympan creusé dans la paroi postérieure de la caisse du tympan. Elle est située dans l'épaisseur des plis malléaires antérieur et postérieur. Elle traverse la fissure pétro-tympanale descend contre la face médiale de l'épine du sphénoïde et s'incorpore au nerf lingual. Elle donne un rameau à la trompe auditive. → Rôle : le nerf de la corde du tympan s'anastomose avec le lingual, nerf sensitif de la langue, sans mélanger ses fibres aux siennes. Il lui porte des fibres vasomotrices et sécrétrices pour les glandes sub-mandibulaire et sublinguale.
5. Le rameau auriculaire (rameau sensitif du conduit auditif externe) : naît au niveau du foramen stylo-mastoïdien. Il se distribue à la face externe du tympan, aux téguments du méatacoustique externe et à l'auricule

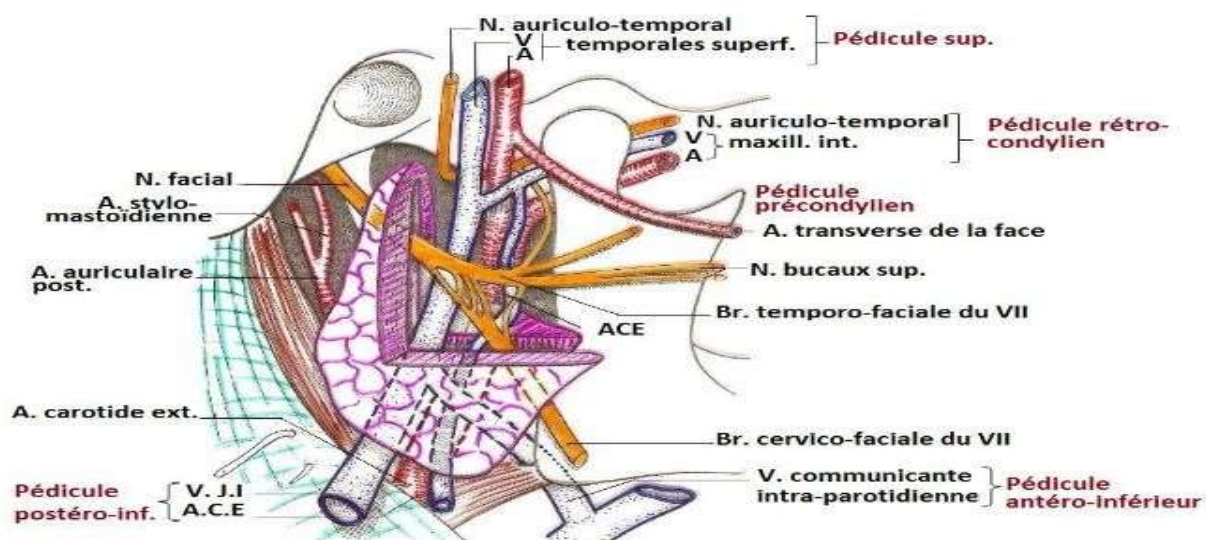


Figure 19[8] : REGION PAROTIDIENNE. VUE LATÉRALE. FACIAL EXTRACRANIEN

B. COLLATÉRALES EXTRAPÉTREUSES :

Elles sont surtout motrices :

1. Les nerfs du digastrique et du stylo-hyoïdien :
2. Le nerf auriculaire postérieur : pour les muscles auriculaires postérieurs et supérieur, et le muscle occipital.
3. Les rameaux communicants avec le IX et le X

4. BRANCHES TERMINALES : au nombre de deux :**a. BRANCHE TEMPORO-FACIALE :**

Elle donne ses branches terminales à l'intérieur de la parotide, au niveau du col du condyle de la mandibule. Ce sont :

- Les rameaux temporaux : destiné au muscle auriculaire antérieur, il s'anastomose avec l'auriculo-temporal.
- Les rameaux frontaux : pour le muscle orbiculaire des paupières et le muscle frontal.
- Le rameau palpébral : pour le muscle orbiculaire des paupières
- Les rameaux sous-orbitaires : pour - les muscles petit et grand zygomatiques
 - L'élévateur de la lèvre supérieure
 - Le canin
 - Le transverse du nez.
- Les rameaux buccaux supérieurs : pour les muscles :
 - Buccinateur.
 - Orbiculaire des lèvres.

b. BRANCHE CERVICO-FACIALE :

Elle descend verticalement derrière la branche de la mandibule. Elle se divise en ses branches terminales dans la parotide. Elle donne des rameaux :

- *Buccaux inférieurs : pour -le risorius,
 - le buccinateur
 - L'orbiculaire des lèvres
- *Mentonnières : pour- Le peaucier du cou
 - Le triangulaire des lèvres
 - Le carré du menton
 - Le muscle de la houppe
- Cervical : Situé dans la région sus-hyoïdienne, innerve le platysma (peaucier du cou).

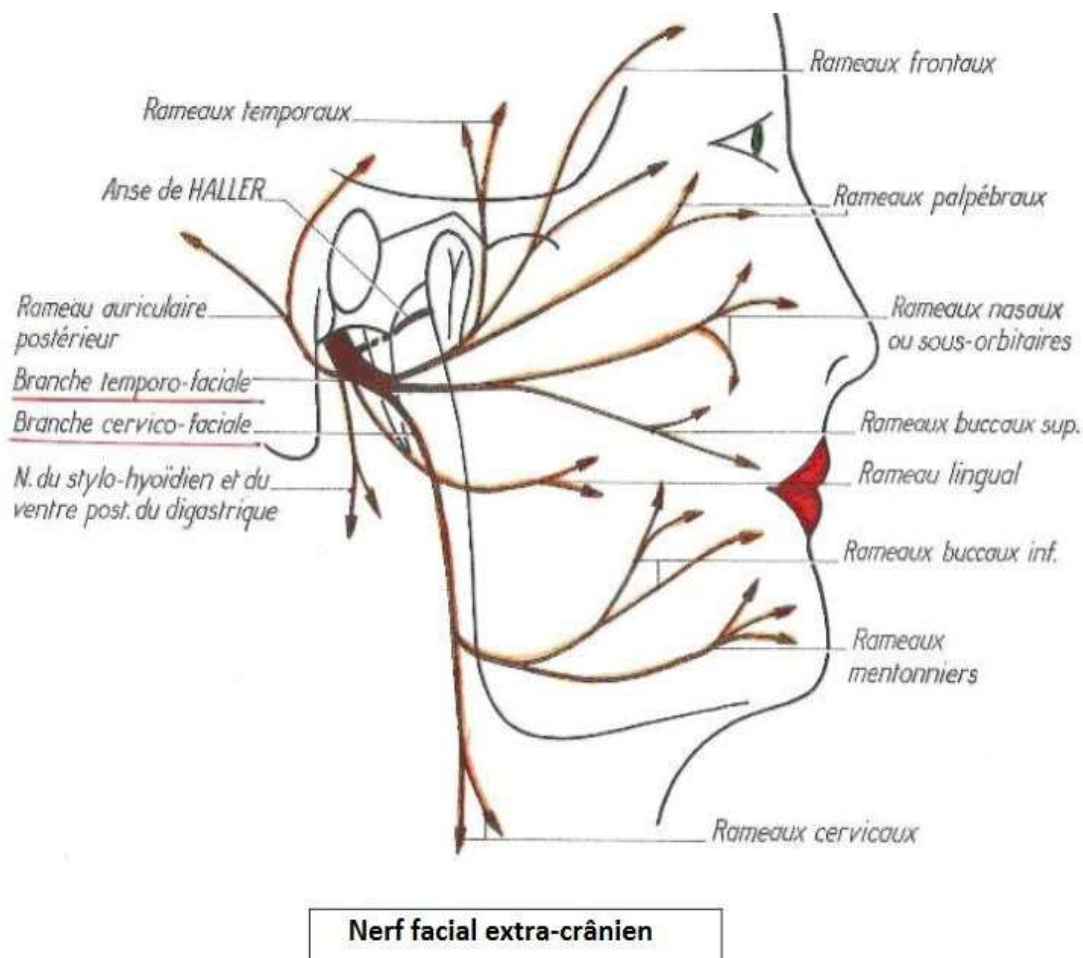


Figure 20[8] : Branches du nerf facial

5. ANASTOMOSES :

Le facial s'anastomose avec :

- Le trijumeau
- Le glosso-pharyngien
- Le pneumogastrique
- Le sympathique
- Le plexus cervical

III. Les tumeurs du nerf facial

1. Définition

Les tumeurs du nerf facial sont des tumeurs qui se développent sur le nerf facial (7eme nerf crânien), elles sont presque toujours bénignes, les types les plus courants sont les schwannomes et les hémangiomes.

2. Stratégie diagnostique

- Symptomatologie

Les symptômes varient en fonction de l'emplacement de la tumeur sur la longueur du nerf facial. Certaines tumeurs peuvent se développer dans la glande parotide (glande salivaire dans la joue), d'autres peuvent se développer plus en arrière et présenter des symptômes légèrement différents.

- Voici une courte liste de symptômes possibles :

- Tics faciaux
- Développement lent d'une faiblesse faciale sur une période de plusieurs semaines
- Une perte auditive et / ou des acouphènes peuvent être présents en fonction de l'emplacement de la tumeur
- Vertiges

- Faiblesse faciale récurrente unilatérale qui s'améliore puis revient (2)

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE



Figure 21 : paralysie faciale
(dzayer-esthetic.com, jim.fr)

➤ L'examen clinique

Examen physique du visage et du cou pour exclure la présence de tumeurs qui peuvent être facilement ressenties ou vues, en particulier les tumeurs des glandes salivaires.



Figure 22 : tuméfaction parotidienne

HOUSE BRACKMANN GRADING

House-Brackmann Scale

The House-Brackmann scale is a facial nerve grading system, at one end of the scale there is normal facial nerve function and at the other there is complete paralysis.

Grade	Function Level	Symmetry at Rest	Eye(s)	Mouth	Forehead
I	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
II	Mild	Normal	Easy and complete closure	Slightly asymmetrical	Reasonable function
III	Moderate	Normal	With effort, complete closure	Slightly affected with effort	Slight to Moderate movement
IV	Moderately Severe	Normal	Incomplete closure	Asymmetrical with maximum effort	None
V	Severe	Asymmetry	Incomplete closure	Minimal Movement	None
VI	Total Paralysis			Total Paralysis	

➤ Les examens paracliniques

Le protocole d'imagerie couramment utilisé pour l'évaluation des tumeurs du nerf facial comprend :

- Une tomodensitométrie à haute résolution (HRCT) de l'os temporal avec des reconstructions multi planaires
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) de la tête au gadolinium. Le gadolinium est un agent de contraste qui permet de mieux voir les structures internes du corps et peut identifier de très petites anomalies. Le gadolinium est généralement administré au patient en l'injectant directement dans la circulation sanguine. Cela décrit clairement tous les tissus mous tels que les nerfs et peut fournir des Informations très spécifiques sur la santé du nerf facial (8) : une tumeur avait une intensité

de signal plus élevée autour de la périphérie sur les images pondérées en T2 (signe cible). Ces résultats peuvent être très évocateurs d'un schwannome du nerf facial. (9)

- Comme les tumeurs peuvent se développer sur n'importe quelle partie du nerf facial, toutes les investigations doivent porter sur toute la longueur du nerf plutôt que sur des sections.

3.Stratégie thérapeutique

Le traitement dépendra de l'emplacement, de la taille de la tumeur et de la gravité de la faiblesse du nerf facial. Le chirurgien tiendra également compte de l'âge, du niveau de forme physique et de la gravité des symptômes du patient avant de décider du meilleur plan d'action. Ces tumeurs peuvent être gérées de manière non opératoire car la chirurgie comporte des risques qui peuvent aggraver la faiblesse du visage. Cela dépendra des circonstances individuelles.

- Si les symptômes sont très légers, le clinicien peut suggérer de surveiller régulièrement le nerf facial à l'aide de l'IRM. Les tumeurs du nerf facial ont souvent une croissance très lente et ne peuvent causer que des symptômes légers, le cas échéant, tout au long de la vie d'une personne.
- Si la faiblesse faciale du patient est plus évidente, une ablation chirurgicale de la tumeur est généralement recommandée. Il est souvent plus facile de préserver le nerf facial si la tumeur n'est pas devenue trop grosse. Les nerfs faciaux contrôlent tous les mouvements et fonctions du visage. Il y en a un sur le côté gauche qui actionne le côté gauche du visage et un sur le côté droit qui actionne le côté droit du visage. Il est important que le nerf ne soit pas endommagé pendant le processus d'élimination de la tumeur.
- Les chirurgiens sont conscients que des lésions du nerf facial peuvent survenir et peuvent essayer de réparer le nerf en même temps que

l'ablation de la tumeur ; il existe diverses techniques chirurgicales qui sont utilisées.

- Plus récemment, la radiothérapie a été utilisée dans la prise en charge des tumeurs du nerf facial. Cependant, comme ces tumeurs sont si rares, il existe très peu de recherches pour étayer les arguments pour ou contre cette approche thérapeutique. Pour les petites lésions, la radiothérapie stéréotaxique peut être une considération. (2)

➤ **TECHNIQUES ET PRINCIPES DE LA CHIRURGIE**

▪ ***Nerf facial : abord chirurgical et décompression***

Le nerf facial peut être abordé dans l'angle ponto-cérébelleux par voies rétro sigmoïde (RS) ou sus pétreuse (SP). La voie SP est indiquée pour l'abord du nerf dans le conduit auditif interne ainsi que pour celui des segments labyrinthique et tympanique. Le segment mastoïdien est abordé par une mastoïdectomie. La portion intra parotidienne est exposée par un abord pré auriculaire et après une parotidectomie superficielle (11)

▪ ***L'anastomose termino-terminale du nerf***

L'anastomose termino-terminale doit être la première option thérapeutique proposée devant une interruption du nerf facial, car cette chirurgie est la seule à restituer une mimique spontanée en plus de la symétrie au repos et la fermeture oculaire (11). Cette technique peut être proposée en cas d'interruption du nerf de moins d'un an. Le délai entre l'interruption et la réparation est le facteur pronostic majeur : les réparations avant le 30e jour donnent le meilleur résultat. Les résultats postopératoires se détériorent modérément pour les réparations entre 30 jours et 6 mois après l'interruption. La dégradation des résultats postopératoires s'observe de manière beaucoup plus

Nette entre 6 mois et un an. Pour les interruptions plus anciennes, d'autres techniques de

Réhabilitation, notamment l'anastomose hypoglosso-faciale(AHF), doivent être envisagées (11). Un autre facteur pronostique important est la fonction faciale préopératoire. Une tumeur ayant entraîné une paralysie faciale progressive et ancienne produit une dégénérescence des axones et des plaques motrices sur le segment distal. L'anastomose nerveuse dans ces conditions donne des résultats fonctionnels médiocres (11). L'anastomose termino-terminale peut nécessiter un déroutement du nerf en cas de petite perte de substance (< 1 cm) pour obtenir une anastomose sans tension. Elle est maintenue par des micro-sutures ou de la colle de fibrine. Une fonction faciale de grade 3 ou 4 de House et Brackmann est obtenue dans 50 à 100 % des cas après 18 mois. La réapparition de la fonction faciale survient après 7 mois en moyenne (12).

- ***La greffe du nerf facial***

Une interruption du nerf facial récente (< 1 an) associée à une perte de substance importante (> 1 cm) constitue l'indication d'une greffe du nerf facial. Le greffon est prélevé aux dépens de **nerf grand auriculaire** par une petite incision cervicale ou du **nerf saphène externe** prélevé en arrière de la malléole externe. Par sa longueur importante, ce dernier type de greffon permet des reconstructions nerveuses complexes allant du rocher jusqu'aux branches du nerf facial dans la parotide. Cette Technique permet d'obtenir des résultats fonctionnels comparables à l'anastomose termino-terminale (fonction faciale de grades 3 ou 4) (12)

- *L'anastomose hypoglosso-faciale*

L'anastomose hypoglosso-faciale permet de ré innerver la partie distale du nerf facial et l'hémiface paralysée par le nerf hypoglosse homolatéral par une voie d'abord cervicale. La technique classique nécessite le sacrifice du nerf hypoglosse homolatéral. Une variante technique consiste à anastomoser une partie du nerf hypoglosse au nerf facial. Elle donnerait des résultats similaires sur la motricité faciale sans entraîner de paralysie linguale. Cette intervention est indiquée en cas de neurotmésis sans récupération fonctionnelle après 12 mois et en cas d'impossibilité de reconstruction du nerf facial (extrémité proximale introuvable après exérèse d'une lésion

Volumineuse dans l'angle ponto-cérébelleux). Une rééducation faciale et linguale permet d'obtenir un tonus musculaire facial de base. Une fermeture oculaire efficace avec une symétrisation du visage au repos est obtenue dans environ 50 % des cas. Les troubles de l'articulation et de la déglutition en rapport avec la paralysie linguale restent modérés (13, 14)

- Les autres moyens de réhabilitation de la face paralysée

D'autres moyens de réhabilitation de la face paralysée peuvent s'associer aux techniques de ré innervation. La chirurgie palpébrale peut être associée à la chirurgie de ré innervation. La tarsorrhaphie a des indications limitées. Elle peut être indiquée de façon temporaire pour une kératite d'exposition. La correction de la lagophtalmie (relâchement de la paupière inférieure) peut être réalisée par des greffons de cartilage dans la paupière inférieure ou la resuspension de l'orbiculaire des paupières. Cette chirurgie peut être associée à un allongement du releveur de la paupière supérieure, une implantation de plaque d'or ou de ressort en titane afin d'améliorer la descente de la paupière supérieure (14). En cas de perte du tonus musculaire de base, le lifting cervico-facial permet de symétriser le visage au repos.

Cette technique peut être associée à une transposition du muscle temporal. Au cours de cette intervention, une partie du muscle temporal est désinsérée de la région temporale et resuturée à l'orbiculaire des paupières et à l'orbiculaire des lèvres. Cette transposition permet des mouvements volontaires et la récupération d'un tonus facial de base mais ne restitue pas la mimique spontanée (14). En cas de spasmes séquellaires, les injections locales de toxine botulinique permettent de corriger de façon très efficace l'asymétrie faciale. Cependant, leur effet ne dure qu'environ 3 mois et les injections doivent être répétées (15, 16).

4. Complications (2)

Les risques ou complications de la chirurgie doivent être discutés. Les risques dépendront du type de tumeur, de sa taille et de son emplacement le long du nerf

Vous trouverez ci-dessous une liste générale des risques ou complications possibles de la chirurgie du nerf facial :

- L'un des risques majeurs est la lésion du nerf facial, entraînant une faiblesse ou une paralysie du côté affecté du visage. Si le nerf facial a été préservé, la fonction faciale devrait revenir, mais pas complètement.
- Si, dans des circonstances extrêmes, le nerf facial a été coupé ou sacrifié, il en résultera une paralysie faciale permanente et la fonction du nerf facial reviendra au mieux à un grade III. (L'échelle de House-Brackmann utilisée pour évaluer le degré de fonction faciale à six degrés, de I pour une fonction normale à VI pour une paralysie complète.) Lorsque cela se produit, le patient aura potentiellement besoin d'un traitement supplémentaire avec l'équipe de réanimation faciale pour restaurer la symétrie faciale au repos.

Il existe également une gamme d'interventions chirurgicales qui peuvent rendre possible un petit sourire et aider à fermer les yeux.

- Méningite (inflammation des couches recouvrant le cerveau)
- Perte auditive
- Vertige
- Acouphène
- Infection
- Ecchymose (hématome)

IV. Epidémiologie

1. Répartition selon l'âge [1][18][22]

- L'âge moyen

L'âge moyen de la population de notre série était de $45,13 \pm 16,26$ ans ; ce qui est presque similaire à la série de R. CAUGHEY où l'âge moyen est de 44ans ; et à la série de D. BERNARDESCHI où l'âge moyen est 44 ± 13 ans ; et la série de YU.LI avec un Age moyen de 44ans.

Tableau 2 : L'âge moyen des patients avec des tumeurs du nerf facial

Série	L'âge moyen
Notre série	$45,13 \pm 16,26$ ans
R.CAUGHEY(USA)	44ans
D. BERNARDESCHI (France)	44ans
YU.LI (chine)	44ans

- Les extrêmes d'âge [17][18][19][22]

Les extrêmes des âges dans notre série allant de 13 ans à 57 ans ; la série de R. CAUGHEY avec un intervalle plus large de 7 ans à 78 ans ; la série de YU.LI avec un intervalle d'âge Allant de 7 ans à 69 ans ; la série de N.SAI avec un intervalle allant de 16 à 67 ans et la série de KW. CHANG allant de 29 ans à 65ans.

Tableau 3 : les extrêmes des âges des patients de différentes séries

La série	L'intervalle d'âge
Notre série	13 ans à 57 ans
R.CAUGHEY(USA)	7 ans à 78 ans
YU.LI (chine)	7 ans à 69 ans
N.SAI (chine)	16 à 67 ans
KW.CHANG (SINGAPORE)	29 ans à 65ans

2. Répartition selon le sexe [1] [17] [20] [21]

La répartition des patients selon le sexe dans notre série, montre une prédominance masculine avec 86% d'hommes contre 14% de femmes ; ce qui est similaire à la série de D.BERNARDESCHI avec prédominance masculine (58%) et à la série de KW. CHANG avec 60% d'hommes ; mais qui est différent à la série de R. CAUGHEY avec prédominance féminine(62%) et à la série de N.SAI avec 54% de femmes.

Tableau 4 : répartition des patients selon la prédominance du sexe

La série	La prédominance	Le pourcentage
Notre série	Masculine	86%
D. BERNARDESCHI(France)	masculine	58%
KW.CHANG(SINGAPORE)	Masculine	60%
R.CAUGHEY(USA)	Féminine	62%
N.SAI(Chine)	Féminine	54%

V. Données cliniques

1. Les circonstances de découverte [18] [19][20]

Dans notre série, le symptôme pour lequel les patients ont consulté est la tuméfaction parotidienne [N=7 malades (100%)] ; ce qui est similaire à la série de KW.CHANG dans laquelle la tuméfaction parotidienne était le maître symptôme (100%) ; et qui est différent de la série de CAGATAY HAN ULKU d'où la tuméfaction était présente que chez 2 patients (50%) et une paralysie faciale chez les deux autres(50%) ; dans la série de R.CAUGHEY seulement 8 cas qui avaient une tuméfaction parotidienne(27%) ; dans la série de D. BERNARDESCHI 22 patient ont été admis pour paralysie faciale (64,7%)suivi d'un symptomatologie cochléo-vestibulaire (35,3%).

Tableau 5 : Pourcentage des symptômes de découverte selon les différentes séries

La série	Tuméfaction parotidienne	Paralysie faciale	Symptôme cochléo-vestibulaire
Notre série	100%	---	---
KW.CHANG	100%	---	---
CAGATAY HANULKU	50%	50%	---
R.CAUGHEY	27%	73%	---
D. BERNARDESCHI	---	64 ,7%	35,3%

Parmi les 7 malades de notre série, Deux patients ont présenté des signes associés à la tuméfaction type paralysie faciale et une douleur à la palpation de la masse chez 5 malades ; dans la série de KW. CHANG 2 patients qui ont présenté une douleur à la palpation parmi ses 5 malades.

La caractéristique clinique principale de ces tumeurs est son évolution lente, 8,4 ans s'écoulant en moyenne entre le début des symptômes et le diagnostic dans la série de RJ. CAUGHEY par rapport à notre série où la moyenne est de 16 mois soit 1,25 an

VI. Données paracliniques

1. (IRM) et (TDM)

L'IRM est l'examen radiologique le plus réalisé (chez 5 patients : 71%), dans le but de décrire tous les tissus mous tels que les nerfs et peut fournir des informations très spécifiques sur la santé du nerf facial ; La TDM a été réalisé chez 1 seul patient (14%) pour but de bien visualiser les structures osseuses et pour les reconstructions multi planaires ; par rapport aux autres séries où tous les patients ont bénéficié d'un IRM et d'un TDM

2. La cytoponction :[20]

La cytoponction n'a pas été réalisée que chez un malade de notre série ; ce qui est similaire à la série de KW.CHANG où 1 patient qui bénéficié de la cytoponction parmi les 5 cas.

VII. Stratégie thérapeutique

1. Moyens de traitement [17][18][19][20][21][22][23]

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical (100%) ; qui est similaire à la série de KW. CHONG et la série de R.CAUGHEY et la série de N.SAI dans tous les patients ont été opérés ; mais qui est différent de la série d'ELKE LOOSE où le traitement a consisté en une approche de surveillance chez 67,5%, une intervention chirurgicale dans 30% et une radiothérapie chez 2,5% des patients. Dans la série de T. MCRACKAN, où sur 56 patients de cette étude, 53 (94,6%) ont subi une résection chirurgicale et une surveillance avec des scans pour le reste ; la série de G. LAHLOU avec 19 patients opérés et 3 patients surveillés

Tableau 6 : répartition selon le pourcentage des différents moyens de traitements

LA série	TTT chirurgical	surveillance	Radiothérapie
Notre série	100%	---	---
KW.CHONG	100%	---	---
R.CAUGHEY	100%	---	---
N.SAI	100%	---	---
ELKE LOOSE	67 ,5%	30%	2,5%
T.MCRACKAN	94,6%	5 ,4%	---
G.LAHLOU	86,36%	13,64%	---

2. Le geste chirurgical [1][20][21]

Dans notre série ,Le geste chirurgical a été une énucléation du shwannome sans lésion nerveuse dans 1 cas(14%) et une exérèse complète dans les 6 autres cas(86%) parmi eux : une exérèse complète sans anastomose termino–terminale dans 4 cas ; une exérèse complète avec maxillectomie dans 1 cas ;une exérèse complète avec anastomose termino–terminale dans1 cas ;dans la série de KW.CHONG,Quatre patients ont eu une excision complète avec greffe de câble de l'anomalie nerveuse et Un patient qui a subi une énucléation de la tumeur avec préservation nerveuse ;dans la série de G.LAHLOU, tous les patients(17) ont subis une exérèse complète avec greffe pour 16 des patients(94%) ;dans la série de D. BERNARDESCHI, la chirurgie d'exérèse a été accompagnée d'une greffe du nerf facial dans 25 cas (73,4%), d'une dissection sans interruption du nerf dans 4 cas (11,8%), de deux cas d'anastomose termino–terminale (5,9%),d'un cas d'anastomose hypoglosso–faciale (3%).

Tableau 7 : répartition selon le type de traitement chirurgical

La série	Exérèse complète	enucléation sans lésion nerveuse
Notre série	86%	14%
KW.CHONG	80%	20%
G.LAHLOU	100%	---
D. BERNARDESCHI	100%	---

3. Type histologique [1][20][21]

Dans notre série tous les cas étaient des schwannomes qui est similaires à la série de KW. CHONG avec 5 cas de schwannomes (100%) ; dans la série de D. BERNARDESCHI, les cas sont divisés en trois groupes selon l'histologie : 18 schwannomes, 14 hémangiomes, et 2 méningiomes ; ce qui est similaire à la série de G. LAHLOU où les cas sont divisés en 3 groupes : 10 hémangiomes, 6 schwannomes, 1 méningiome

Tableau 8 : répartition selon le type histologique des tumeurs

La série	schwannome	hémangiome	méningiome
Notre série	100%	---	---
KW.CHONG	100%	---	---
D. BERNARDESCHI	52,9%	41 ,1%	6%
G.LAHLOU	35,2%	58 ,8%	6%

VIII. EVOLUTION

1. Suites post-opératoires des malades

➤ Complications : [20] [21]

Dans la période postopératoire précoce, les principales complications relevées dans les dossiers médicaux étaient :

Paralysie faciale complète chez 2 cas (Grade 6), Parésie facial d'un territoire chez 4 cas (Grade 3), Pas de signes de dysfonction du nerf facial chez 1 cas (Grade 1). Donc l'amélioration des symptômes juste pour 1 seul cas ; par rapport à la série de G. LAHLOU où La fonction nerveuse faciale postopératoire a été améliorée ou stabilisée dans 94% des cas ; dans la série de KW. CHONG, 3 cas avec une parésie facial (Grade 3) et 1 cas sans signes de dysfonction (Grade 1) donc amélioration d'un seul cas

Tableau 9 : répartition des patients selon l'amélioration des symptômes

postopératoires

La série	Amélioration des symptômes	Pas d'amélioration
Notre série	14%	86%
G.LAHLOU(France)	94%	6%
KW.CHONG(SINGAPORE)	25%	75%

CONCLUSION

Les tumeurs du nerf facial extra crânien sont des lésions rares, les principaux types sont les schwannomes (tumeurs nerveuses bénignes), hémangiomes. La présentation clinique dépend de la localisation et l'extension tumorale, la manifestation la plus fréquente est une paralysie faciale d'aggravation progressive.

Les schwannomes du nerf facial sont des tumeurs à croissance lente, généralement asymptomatiques mais pouvant être douloureuses au contraire des hémangiomes qui ont une évolution plus rapide.

La tumeur doit être suspectée si le nerf facial est introuvable en peropératoire ou si la tumeur est intimement adhérente au nerf facial.

La prise en charge de ces tumeurs a bénéficié des progrès de l'imagerie et des techniques de microchirurgie. L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix.

Dans les cas où une tumeur du nerf facial est suspectée, une biopsie est recommandée.

Le traitement dépend du stade de la paralysie faciale et la voie d'abord chirurgical dépend de la topographie de la tumeur ; L'énucléation avec préservation nerveuse lorsque cela est possible semble offrir une meilleure fonction faciale, tandis que l'excision nerveuse avec greffe de câble peut donner des résultats satisfaisants.

Grâce à l'amélioration des techniques chirurgicales et de reconstruction, la morbidité postopératoire est à des niveaux acceptables. Le taux de récurrence est faible. Il convient de garder à l'esprit pour le diagnostic différentiel de la paralysie du nerf facial.

ANNEXES

☒Type histologique

TRAITEMENT

Traitement chirurgical :

- excision complète avec résection du nerf
- énucléation sans lésion nerveuse

☒Complications : - paralysie totale

- parésie des muscles faciaux

SUIVI ET EVOLUTION :

☒Recul en mois

☒Amélioration des complications

☒Rechute

☒Perdu de vue

RESUME

RESUME

Introduction : Les tumeurs du nerf facial extra crânien sont des lésions rares, dont la prise en charge reste controversée. Elles sont dominées par les schwannomes et hémangiomes.

L'objectif principal de cette étude est de décrire le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des patients présentant des tumeurs du nerf facial extra crâniendiagnostiqués et traités au sein de l'Hôpital militaire de Meknès.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 7 cas, descriptive portant sur tous les patients admis pour la prise en charge d'une tumeur du nerf facial extra crânial au sein de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès ; L'âge moyen est de $45,13 \pm 16,26$ ans, avec des extrêmes allant de 13 ans à 57 ans, La prédominance masculine a été nette (sex-ratio homme /femme de 6).

Le délai de consultation est en moyenne de 7 mois. La symptomatologie clinique était dominée par une tuméfaction parotidienne retrouvée chez tous les malades, l'IRM était l'examen le plus demandé dans le but de décrire tous les tissus mous tels que les nerfs et peut fournir des informations très spécifiques sur la santé du nerf facial, Le diagnostic de la nature a été confirmé par examen anatomopathologique de la pièce opératoire (shwannome pour tous les cas).

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont 6 résections complètes de la tumeur et 1 énucléation du shwannome sans lésion nerveuse. Les suites opératoires sont : Paralysie faciale complète chez 2cas (Grade 6), Parésie faciale d'un territoire chez 4 cas (Grade 3), Pas de signes de dysfonction du nerf facial chez 1 cas(Grade1).

Conclusion :

Le traitement des tumeurs du nerf facial fait appel essentiellement à la chirurgie. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente.

ABSTRACT

Introduction: Extra crânial facial nerve tumors are rare lesions, the management of which remains controversial. They are dominated by schwannomas and hemangiomas

Goal:

The main objective of this study is to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary profile of patients with extra cranial facial nerve tumors diagnosed and treated at the Meknes Military Hospital.

Patients and methods:

This is a retrospective study of 7 cases, descriptive of all patients admitted for the management of an extra cranial facial nerve tumor at the Moulay Ismail Military Hospital in Meknes; the average age is 45.13 ± 16.26 years, with extremes ranging from 13 years to 57 years. Male predominance was clear (male / female sex ratio of 6).

The consultation period is on average 7 months. The clinical symptomatology was dominated by parotid swelling found in all patients, MRI was the most requested examination with the aim of describing all soft tissues such as nerves and can provide very specific information on the health of the nerve facial, the diagnosis of nature was confirmed by pathological examination of the operative specimen (shwannoma for all cases).

All of our patients underwent surgical treatment including 6 complete tumor resections and 1 shwannoma enucleation without nerve damage. The operative consequences are: Complete facial paralysis in 2 cases (Grade 6), Facial paresis of a territory in 4 cases (Grade 3), No signs of facial nerve dysfunction in 1 case (Grade1).

Conclusion:

Treatment of facial nerve tumors is frequently surgical treatment. Facial paralysis is the most common complication.

ملخص

نبذة مختصرة

مقدمة: أورام العصب الوجهي القحفي هي آفات نادرة ، ولا يزال علاجها مثيرًا للجدل. يهيمن عليها

الأورام الشفانية والأورام الوعائية.

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو وصف الصورة الباثية والتشخيصية والعلاجية والتطورية للمرضى الذين يعانون من أورام عصبية الوجه القحفية الإضافية التي تم تشخيصها وعلاجها في مستشفى مكناس العسكري.

مرضى وطرق:

هذه دراسة بأثر رجعي لـ 7 حالات ، وصفية لجميع المرضى المقبولين لعلاج ورم إضافي في العصب الوجهي في مستشفى مولاي إسماعيل العسكري في مكناس ؛ متوسط العمر 45.13 ± 16.26 سنة ، مع فترات قصوى تتراوح من 13 عامًا إلى 57 عامًا . غلبة الذكور كانت واضحة (نسبة الذكور / الإناث بين الجنسين 6).

فترة التشاور في المتوسط 7 أشهر. سيطر على الأعراض السريرية انتفاخ الغدة النكفية الموجود في جميع المرضى ، وكان التصوير بالرنين المغناطيسي هو الفحص الأكثر طلبًا من أجل وصف جميع الأنسجة الرخوة مثل الأعصاب والأنسجة الرخوة.

يمكن أن توفر معلومات محددة للغاية عن صحة العصب الوجهي ، تم تأكيد تشخيص الطبيعة من خلال الفحص المرضي للعينة الجراحية (الورم الشاني لجميع الحالات).

خضع جميع مرضانا لعلاج جراحي بما في ذلك 6 عمليات استئصال كاملة للورم واستئصال واحد للورم الخبيث دون تلف الأعصاب. النتائج العملية هي: شلل وجهي كامل في حالتين (الدرجة 6) ، شلل جزئي في منطقة في 4 حالات (الدرجة 3) ، لا توجد علامات على خلل وظيفي في العصب الوجهي في حالة واحدة (الدرجة 1).

استنتاج:

يشمل علاج أورام العصب الوجهي الجراحة بشكل أساسي. شلل الوجه هو أكثر المضاعفات شيوعًا.

BIBLIOGRAPHIES

- [1]. BERNARDESCHI, G. Lahlou*, Y. Nguyen, M. SMAIL, O. SterkersAP-HP, Groupe hospitalier Pitié– Salpêtrière, département d’otologie, implants auditifs et chirurgie de la base du crâne, 75013, Paris, France, Paris, France
- [2]. Facial nerve schwannoma
Sam J. Marzo, Chad A. Zender and John P. Leonetti Current Opinion in Otolaryngology& Head and Neck Surgery 2009, 17:000–00
- [3]. AJ GULYA departement of otolaryngology,head and neck surgery Georgetown university one main west 3800 reservoir road N.W 2007 Wachington DC
- [4]. :R. Abada, A. BELAMKADDEM, S. MOUJAHID, S. ROUADI, M. MAHTAR, M. ROUBALA.JANAHA, M. ESSAADI, F. Kadiri Service ORL ET Chirurgie Cervico–Faciale, Hôpital 20 AOUT, Casablanca, MAROC
- [5]. :J. Barbut: Ancien chef de clinique des Universités, assistant des Hôpitaux, F. Tankéré: Professeur des Universités, praticien hospitalier
Service d’oto–rhino–laryngologie, de chirurgie cervico–faciale, d’otologie et d’otoneurochirurgie, Hôpitaux universitaires La Pitié–Salpêtrière–Charles Foix, 47–83, boulevard de l’Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France
- [6]. SataloffRT,SelberJC.Phylogenyand embryology of the facial nerveandrelated structures. Part II: embryology.EarNoseThroat J2003;82,764–6 [769–72, 774 passim].
- [7]. Sadler TW, LangmanJ.Langman’s medical embryology. Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins; 2000

- [8]. Le nerf facial(VII) Elaboré par le Dr DOUS SAID
P.BONFILS, J-M CHEVALIER Anatomie ORL, Tome 3 (2è édition), Médecine-
sciences Flammarion.2005.
KAMINA, P. ANATOMIE, Introduction à la clinique, 10, TÊTE ET COU,
NERFS CRÂNIENS ET ORGANES DES SENS. TOME 2. MALOINE1996.
-LAZORTHE. G, Le système nerveux périphérique, 3è édition. Masson
1981 PARIS.
-KAHLE. W, LEONHARDT. H, PLATZER. W. Anatomie, édition Française
dirigée par C. Cabrol, Tome3, Système nerveux et organes des sens;
Flammarion-médecine-Sciences. 1978.
-WALIGORA. J, PERLEMUTER. L, ANATOMIE enseignement des centres
hospitalo-universitaires.Nerfs crâniens et organes correspondants F.
Legent, L. Perlemuter, M. Quéré
-Masson 1976.-CREPY. C, anatomie cervico-faciale, volume I, ostéologie
crânio-faciale, anatomie descriptive de la tête et du cou, Masson &
Cie.1964
- [9]. Harnsberger HR, Glastonbury CM, Michel MA, Koch BL. Diagnostic
imaging: Head and neck. 2nd ed. Vol. 6. Altona: Amirsys; 2011. pp. 14-
17./ Wiggins RH, 3rd, Harnsberger HR, Salzman KL, Shelton C, Kertesz TR,
Glastonbury CM. The many faces of facial nerve schwannoma. AJNR Am J
Neuroradiol. 2006;27:694-699
- [10]. Intra parotid facial nerve schwannoma: a report of five cases and an
analysis of MR imaging results
Ken Shimizu ¹ , Hiroshi Iwai, Koshi Ikeda, Noriko Sakaida, Satoshi Sawada
- [11]. Sterkers JM, Sterkers O. Chirurgie du nerf facial. Encycl Med Chir,
Paris,20260-A20, 4. 1983.

- [12]. : May M. Nerve repair. In : May M, Shaitkin BM (ed). The facial nerve, 2eédition, New York : Theime medical publishers, 2000 : 571–609.
- [13]. : Sterkers O, Fraysse B, Charachon R et al. Traitement chirurgical. In :Charachon R, Bebear JP, Sterkers O, Magnan J, Soudant J (ed). La paralysiefaciale, le spasme hémifacial. Rapport de la Société française d’oto– rhino–laryngo–logie et de pathologie cervico–faciale. Paris : L’Européenne d’éditions, 1997 :285–311
- [14]. : Steinert EI. Hypoglosso facial anastomosis: its significance for modern facialsurgery II. Combined approach in extratemporal facial nerve reconstruction. ClinPlast Surg 1979 ; 6 : 471–86.
- [15]. : Soudant J, Martin C. Séquelles et complications des paralysies faciales et leur traitement. Rapport Réhab. Face. In : Charachon R, Bebear JP, Sterkers O, Magnan J, Soudant J (ed). La paralysie faciale, le spasme hémifacial. Rapport de la Société française d’oto–rhino–laryngologie et de pathologie cervico–faciale. Paris : L’Européenne d’éditions, 1997 : 345–83.
- [16]. : Mattox DE. Clinical disorders of the facial nerve. In : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE (ed). Otolaryngology– Head and Neck Surgery. Saint–Louis : Mosby Year Book, 2eédition, 1993, 3217–32
- [17]. [Clinical diagnosis and surgical management of 110 cases of facial nerve schwannomas][Article in Chinese]
N Sai 1 , W J Han 1 , M M Wang 2 , X Qin 3 , T Zhang 1 , W D Shen 1 , J Liu 1 , P Dai 1 , S M Yang 1 , D Y Han 1
- [18]. Facial nerve schwannomas: a report of four cases and a review of the literature Cagatay Han Ulku 1 , Yavuz Uyar, Osman Acar, Huseyin Yaman, Mustafa Cihat Avunduk

- [19]. Intraparotid facial nerve schwannoma: diagnosis and management Robert J Caughey 1 , Mark May, Barry M Schaitkin
- [20]. Management of intraparotid facial nerve schwannomas
K W Chong 1 , Y F Chung, M L Khoo, D T Lim, G S Hong, K C Soo
- [21]. Intratemporal facial nerve schwannoma: clinical presentation and management
Ghizlene Lahlou 1 2 3 , Yann Nguyen 1 2 3 , Francesca Yoshie Russo 1 2 3 , Evelyne Ferrary 1 2 3 , Olivier Sterkers 1 2 3 , Daniele Bernardeschi 4 5 6
- [22]. [The management of facial nerve tumor manifested as facial paralysis]
[Article in Chinese] Yu Li, Chunfu Dai
- [23]. Facial nerve outcomes in facial nerve schwannomas
Theodore R McRackan 1 , Alejandro Rivas, George B Wanna, Mi Jin Yoo, Marc L Bennett, Mary S Dietrich, Michael E Glasscock, David S Haynes

