



Paralysie faciale périphérique : impact de la rééducation sur la qualité de vie des patients vus en Service de Médecine Physique et de Réadaptation au CHU-Bogodogo, Burkina-Faso
Peripheral facial palsy: impact of rehabilitation on the quality of life of patients seen in the Physical and Rehabilitation Medicine Department at CHU-Bogodogo, Burkina-Faso

Yirozounlomian Tiaho¹, Julie Marie Adeline Wendlamita Kyelem², Salif Gandema³, Boukari Sebgo¹, Christian Napon⁴

Auteur correspondant

Tiaho Yirozounlomian

Courriel: tiahorx@gmail.com

Tél +226 52072664/77337552

Adresse postale : Service de Médecine physique et réadaptation, CHU-Bogodogo
03 BP 7027 Ouagadougou 03

Summary

Context and objective. Peripheral facial palsy (PFP) impairs patients' quality of life. The aim of the present study was to determine the impact of rehabilitation on quality of life in patients with facial paralysis. *Methods.* A 12-month, nearly experimental study has been conducted (January 1, 2021 to December 31, 2022) at the Physical and Rehabilitation Medicine Department at CHU-Bogodogo, Burkina-Faso. All patients who had given their informed consent and who had benefited from rehabilitation sessions without interruption of follow-up during the study period were included. Patients' quality of life was assessed before and after rehabilitation program by using the Facial Disability Index (FDI) and Facial Climetric Evaluation (FaCE) scales. *Results.* Fifty-seven patients were included in the study. The mean age of the patients was 38.14 ± 12.80 years, and the sex ratio M/F was 0.67. Average FDI (9.50 ± 10.87) and FaCE (8.42 ± 11.37) quality-of-life scores improved more than 10-fold at the end of rehabilitation (FDI score = 90.61 ± 11.76 and FaCE score = 88.87 ± 12.07). Factors associated with quality of life were duration of PFP evolution, number of sessions, age and absence of dysgeusia. *Conclusion.* Rehabilitation has a positive impact on the quality of life of facial palsy patients. It should be started early, and prescribed in the same way as medication.

Keywords: facial palsy, quality of life, rehabilitation

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.12>

Received: June 21st, 2023

Accepted: January 10th, 2024

1. Service de Médecine Physique et de Réadaptation CHU-Bogodogo
2. Service de Neurologie CHU-YO

Résumé

Contexte et objectif. La paralysie faciale périphérique (PFP) altère la qualité de vie chez les patients.

L'objectif de notre travail était de déterminer l'impact de la rééducation sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux. *Méthodes.* Une étude quasi-expérimentale a enrôlé tous les patients ayant bénéficié des séances de rééducation sans interruption de suivi pendant 12 mois (1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022). La qualité de vie des patients a été évaluée avant et après le programme de rééducation à l'aide des échelles Facial Disability Index (FDI) et Facial Climetric Evaluation (FaCE). *Résultats.* Cinquante sept patients ont été rééduqués. Leur âge moyen des patients était de $38,14 \pm 12,80$ ans et le sexe ratio de 0,67. Les scores moyens FDI ($9,50 \pm 10,87$) et FaCE ($8,42 \pm 11,37$) de la qualité de vie des patients ont été améliorés de plus de 10 fois en fin de rééducation (score FDI = $90,61 \pm 11,76$ et score FaCE = $88,87 \pm 12,07$). Les facteurs associés à la qualité de vie étaient la durée d'évolution de la PFP, le nombre de séances, l'âge et l'absence de dysgueusie. *Conclusion.* La rééducation a un impact positif sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux. Elle doit être entreprise de façon précoce avec une prescription au même titre que le médicamenteux ou étiologique.

Mots-clés : paralysie faciale, qualité de vie, rééducation

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.12>

Reçu le 21 juin 2023

Accepté le 10 janvier 2024



3. Service de Médecine Physique et Réadaptation CHU-SS
4. Service de Neurologie CHU-Bogodogo

Introduction

La paralysie faciale périphérique (PFP) désigne l'atteinte de la VII^{ème} paire de nerfs crâniens qui est le nerf possédant le plus long trajet intra osseux (1). Les étiologies de cette atteinte sont diverses mais dominées par la paralysie faciale idiopathique (PFI) (2–4). L'évolution de la PFP peut être spontanément favorable au cours des 6 mois suivant la paralysie en cas de PFI (4). Toutefois, avant cette récupération qui peut être totale ou partielle avec des séquelles (5), la PFP est source de disgrâce, avec un impact psychosocial important altérant la qualité de vie des patients (4, 6-7). Le traitement de la PFP est médicamenteux (8) et fonctionnel à travers la rééducation (4). Au cours de la PFP, le déficit des fonctions motrices des muscles du visage est à l'origine de nombreux troubles notamment le contrôle oral, lacrymal, oculaire et celui du sourire (9). La rééducation permet de réduire les troubles liés au déficit musculaire de la face. Elle fait appel à plusieurs techniques le plus souvent combinées ou non. Il s'agit entre autres de la facilitation neuromusculaire et proprioceptive, la thérapie miroir, l'électrostimulation, le biofeedback et les exercices faciaux. La rééducation des muscles de la face contribue à améliorer la fonction faciale (4). Au Burkina Faso, la rééducation quoique peu développée, contribue à la prise en charge des patients paralysés faciaux. La rééducation pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie (QDV) chez ces patients atteints de PFP. La sollicitation de la rééducation semble se faire devant la persistance des symptômes et le retentissement sur la qualité de vie des patients. A notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a évalué les résultats de la rééducation dans la prise en charge des patients paralysés faciaux au Burkina Faso. L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'impact de la rééducation sur la qualité de vie des patients paralysés faciaux vus en rééducation au CHU-Bogodogo.

Méthodes

Conception de l'étude

Nous avons mené une étude quasi expérimentale qui visait à mesurer l'impact de notre protocole

de rééducation sur la qualité de vie des patients souffrant d'une PFP.

Contexte

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022 au Service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) du CHU-Bogodogo. Chaque patient adressé au Service était immédiatement reçu en consultation par un médecin MPR pour un bilan des déficiences et des incapacités. A la fin de la consultation, le médecin MPR expliquait au patient le contenu du programme de rééducation. Il recueillait ensuite le consentement éclairé du patient pour participer à l'étude. Le programme de rééducation commençait le lendemain de la consultation médicale MPR à une fréquence d'au moins 3 fois par semaine et plus selon les possibilités d'accès du patient au service. Le protocole rééducatif comprenait à chaque séance qui durait environ 40 minutes :

- Un rappel sur proscription du mâchage de chewing-gum.
- Un massage décontractant et étirement des muscles faciaux du côté sain pendant 5 minutes.
- Un renforcement musculaire des orbiculaires de l'œil et de la bouche du côté parétique pendant 15 minutes.
- Un travail de la mimique devant un miroir pendant 5 minutes
- Des exercices fonctionnels pendant 5 minutes. Un travail de la phonation pendant 10 minutes
- Une physiothérapie (thermothérapie et électrothérapie) à la fin de chaque séance.

Chaque patient était revu en consultation après 4 semaines de rééducation pour un bilan des déficiences et incapacités en fin de programme de rééducation. Les données socio-démographiques étaient recueillies à la première consultation médicale MPR; les données cliniques et les données sur la qualité de vie étaient recueillies à la première consultation et en fin de programme de rééducation. Ces données ont été collectées par un médecin MPR et un kinésithérapeute, référents PFP du service.



Population d'étude

La population d'étude concernait tous les patients adressés au service de MPR pour une PFP. Nous avons inclus tous les patients ayant terminé le programme de rééducation selon la fréquence d'au moins de 3 fois par semaines. Nous n'avons pas inclus dans l'étude, les patients atteints d'une PFP ayant des troubles psychiatriques ou de la compréhension. Les patients étaient vus en début et en fin de programme pour évaluer la récupération des muscles de la face ainsi que la qualité de vie chez ces patients. La récupération de la PFP était complète si elle correspondait au stade I de la classification House-Brackmann) (10) ou sur la satisfaction personnelle du patient. En cas de récupération partielle de la PFP, des séances d'auto-rééducation étaient enseignées aux patients afin de consolider les acquis fonctionnels.

Variables d'intérêt

Elles englobaient les variables socio-démographiques (age, sexe), les antécédents médicaux, les déficiences et les incapacités observées lors de la consultation initiale, les étiologies de la PFP, la durée d'évolution de la PFP, le grade de la PFP à l'aide de la classification de House-Brackmann avant et après le programme de rééducation, la qualité de vie chez les patients avant et après rééducation, à l'aide des échelles de qualité de vie Facial Disability Index (FDI) et Facial Climetric Evaluation (FaCE) dans leurs versions Françaises validées (11). L'échelle FDI, les patients répondaient à 10 questions divisées en 2 domaines : fonction physique et fonction sociale (bien être). L'échelle de la fonction physique était notée de -25 (altération majeure de la QDV) à 100 (aucune altération de la QDV), tandis que la fonction sociale était notée de 0 (altération majeure de la QDV) à 100 (aucune altération de la QDV). L'échelle FACE, les patients répondaient à 15 questions qui concernent 6 domaines : mouvement facial, confort facial, fonction orale, confort oculaire, contrôle lacrymal, fonction sociale. Chaque domaine est noté sur 100, et un score global est obtenu sur 100, 0 traduisant une altération majeure de la QDV et 100 aucune altération.

Sources de données/mesures

Les données ont été recueillies pendant la consultation initiale et en fin de programme de rééducation. Une cotation des muscles de la face lors de l'examen clinique permettait de classer le grade de la PFP et l'administration des

questionnaires sur la qualité de vie de noter la qualité de vie en début de programme et en fin de programme de rééducation. Les données cliniques et sociodémographiques étaient recueillies à partir des dossiers cliniques des patients.

Biais

Les biais d'information et d'appréciation de la QDV ont été minimisés en respectant le caractère auto-administratif des questionnaires Facial Disability Index (FDI) et Facial Climetric Evaluation (FaCE). On accordait au patient dans une salle libre 1 heure de temps pour les réponses aux questionnaires.

Taille de l'étude

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif pendant la période d'étude des patients répondant aux critères d'inclusion.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées sur Epi info avec un seuil de significativité inférieur ou égal à 0,05. Les moyennes des différentes variables quantitatives (age et scores de FDI et de FaCE sur la QDV) ont été calculées. Une analyse ANOVA et une régression linéaire simple ont permis de déterminer les facteurs associés à la qualité de vie en fin de rééducation.

Considérations éthiques

Tous les participants à l'étude ont donné leurs consentements éclairés pour leur participation à l'étude et pour l'utilisation de leurs droits d'images dans l'étude. L'anonymat des patients pendant la collecte des données était une obligation. La confidentialité des résultats de chaque patient était respectée. Le protocole d'étude avait été approuvé par le comité d'éthique du CHU-B.

Résultats

Cinquante-sept patients ont été inclus dans la présente étude. Leur âge moyen des patients était de $38,14 \pm 12,80$ ans. Les extrêmes d'âge étaient de 17 et 58 ans. Le sexe ratio était de 0,67. On retrouvait chez les patients un antécédent d'hypertension artérielle dans 33,33 % des cas, un antécédent de diabète dans 36,84 % et une infection à VIH dans 24,56 % des cas. Le déficit moteur facial était localisé à droite dans 64,15 % des cas et à gauche dans 35,85 % des cas. La paralysie faciale était classée légère (7,14 % grade II), modérée (17,86 % grade III), modérément sévère (30,36 % grade IV) et sévère (44,64 % grade V).

Les principales déficiences associées au déficit moteur étaient :

e5530



- Une incontinence labiale (89,47 %)
- Une dysarthrie (84,21 %)
- Un larmoiement (82,46 % larmes de crocodile)
- Une douleur (77,19 %). Cette douleur était décrite dans 60,87 % des cas comme une otalgie irradiant la mâchoire et l'hémiface homolatérale associée à une douleur de l'œil également homolatérale, elle intéressait l'hémiface homolatérale sans otalgie dans 28,26 % des cas ;
- Une hyperacousie (50,88 %) ;
- Une dysgueusie (10,53 %).

Les incapacités fonctionnelles retrouvées étaient : une incapacité partielle, à manger, à boire, à se brosser les dents, à parler correctement, liées au déficit de contrôle oral (score moyen = $7,85 \pm 9,56$) ; une incapacité à fermer complètement les yeux (**image 1,2**) et à fixer du regard, liées au déficit du contrôle lacrymal (score moyen = $7,5 \pm 9,27$) et du contrôle oculaire (score moyen = $8,92 \pm 9,16$).



Image 1 : PFI gauche modérément sévère (grade IV), incapacité à fermer complètement les yeux

Image 2 : difficulté à gonfler les joues avec un déficit du contrôle oral et lacrymal

Les étiologies de la PFP étaient, à *Frigore* (53,57 %), infectieuses (19,65 % otorhinolaryngologie et dentaire), traumatique (19,64 %) et tumorale (7,14 %).

La durée d'évolution de la paralysie faciale était de $39,10 \pm 20,67$ jours avec des extrêmes de 15 et 125 jours. La durée moyenne de suivi dans le service de Médecine Physique était de $34,63 \pm 19,86$ jours, avec des extrêmes de 10 et 110 jours. Le nombre moyen de séance était de $13,03 \pm 2,50$ séances. La récupération était complète

(89,47 %), partielle (10,53 %) en fin de séances de rééducation (**Images 3,4, 5 et 6**).



Image 2 : PFP grade III, d'étiologie infectieuse dentaire, asymétrie du visage avec effacement du sillon nasoaléarien

Image 3 : Récupération de la PFP au bout de 12 séances de rééducation



Image 4 : PFI modérée

Image 5 : récupération complète après 12 séances de rééducation, restitution du sourire

Au plan de la qualité de vie des patients, les scores moyens de FDI et de FaCE étaient respectivement, de $9,50 \pm 10,87$ et de $8 ;42 \pm 11,37$ avant le début des séances de rééducation. En fin de séances de rééducation les scores moyens FDI et FaCE étaient passés respectivement, à $90,61 \pm 11,76$ et de $88,87 \pm 12,07$. A l'analyse ANOVA, seule la Dysgueusie a émergé comme facteur associé à la mauvaise qualité de vie des patients en fin de rééducation ($p= 0,04$). Tous les autres facteurs étudiés, n'étaient pas associés au score FDI de la qualité de vie chez les patients à savoir le mâchage de chwingum avant la consultation en MPR ($p=0,63$), l'hyperacousie ($p=0,28$), la dysarthrie ($p=0,45$), le larmoiement ($p=0,58$), l'incontinence labiale ($p=0,81$), l'antécédent de diabète ($p= 0,51$), l'antécédent d'HTA ($p= 0,87$), et l'antécédent d'infection à VIH ($p= 0,45$) (**Tableau 1**).

Tableau 1: Facteurs associés à la qualité de vie des patients rééduqués pour une PFP au CHU-B (Analyse ANOVA)



Facteurs		m score FDI	p
Dysgueusie	Oui	81,66 ± 14,37	0,04
	Non	91,66 ± 11,12	
Chiwingum	Oui	90,97 ± 11,03	0,63
	Non	89,09 ± 14,96	
Hyperacousie	Oui	88,96 ± 12,98	0,28
	Non	92,32 ± 1031	
Dysarthrie	Oui	90,10 ± 12,26	0,45
	Non	93,33 ± 8,66	
Larmolement	Oui	90,21 ± 11,83	0,58
	Non	92,50 ± 11,84	
Incontinence labiale	Oui	90,49 ± 12,05	0,81
	Non	91,66 ± 9,83	
Diabète	Oui	89,28 ± 12,57	0,51
	Non	91,38 ± 11,37	
HTA	Oui	90,26 ± 10,98	0,87
	Non	90,78 ± 12,27	
VIH	Oui	88,57 ± 12,62	0,45
	Non	91,27 ± 11,55	

En analyse par régression linéaire simple, une corrélation positive a été notée entre le score FDI de qualité de vie et le nombre de séances de rééducation réalisées ($r^2=1,822$). En revanche, une corrélation négative a été observée entre l'âge des patients ($r^2= -0344$), la durée d'évolution de la PFP ($r^2=-0,248$) et l'EVA à l'entrée ($r^2=-1,705$) (**Tableau 2**).

Tableau 2 : facteurs dépendants de la qualité de vie en fin de rééducation (régression linéaire simple)

Facteurs dépendants	Coefficient	Std Error	P
EVA à l'entrée	-1,705	0,670	0,013751
Fréquence des séances	3,234	3,231	0,321212
Nombre de séances	1,822	0,583	0,002847
Âge	-0,344	0,115	0,004166
Durée d'évolution de la PFP	-0,248	0,069	0,000699
Constant	121,186	7,950	0,000000

Coefficient de corrélation r^2

La récupération de la force musculaire des muscles zygomatique, buccinateur et sourcilier était fortement associée à la durée d'évolution de la PFP au moment de la rééducation ($p < 0,0001$); la récupération partielle (force musculaire = 2) était associée à une durée d'évolution supérieure 64 jours.



Discussion

Dans la présente étude la PFP survenait chez des adultes jeunes ($38,14 \pm 12,80$ ans) et concernait plus les femmes. Ce constat a été fait dans plusieurs séries d'études africaines sur la PFP (3,12–14). La PFP était sévère (44,64 % grade V) ; le grade sévère prédominant dans notre série pourrait s'expliquer par les cas de PFP traumatiques qui n'étaient pas négligeables (19,64 %). Avec l'avènement des engins à deux roues en Afrique et particulièrement au Burkina Faso, le nombre de traumatismes crâniofaciaux ne fait qu'augmenter dans un contexte où les usagers n'utilisent pas de casque ; occasionnant des lésions sévères dont la PFP (15-16). En dépit de la sévérité, on retrouvait une bonne récupération, complète (89,47 %), partielle (10,53 %) ; avec en moyenne $13,03 \pm 2,50$ séances. Les traitements médicamenteux ou de l'étiologie de la PFP permettent évolution clinique favorable mais toutefois la rééducation reste indispensable pour favoriser une bonne récupération fonctionnelle (4,17). L'atteinte musculaire au cours de la PFP intéressait tous les muscles de la face qui étaient touchés de manière plus ou moins sévère. Cette atteinte était à l'origine de plusieurs déficiences dont la dysgueusie qui était associée à une diminution de la qualité de vie des patients paralysés faciaux en fin de séance. En effet, l'altération du goût est un trouble fréquent au cours de la PFP dans notre contexte (3) et elle altère la qualité de vie des patients (18). La récupération motrice des muscles zygomatique « muscle de la joie de Duchenne de Boulogne », buccinateur « muscle de la vidange buccale », et sourcilier « muscle de la tristesse » était fortement associée à un délai d'évolution court de la PFP au moment de la rééducation. La rééducation devrait être systématiquement associée aux traitements médicamenteux et étiologiques de la PFP et de façon précoce de sorte à réduire les séquelles (3,17,19). Les scores moyens FDI ($9,50 \pm 10,87$) et FaCE ($8,42 \pm 11,37$) de la qualité de vie des patients ont été améliorés de plus de 10 fois en fin de rééducation (score FDI = $90,61 \pm 11,76$ et score FaCE = $88,87 \pm 12,07$). La rééducation a permis d'améliorer la qualité de vie des patients paralysés faciaux. La rééducation a un impact positif sur la qualité de vie des paralysés faciaux. L'amélioration de la qualité de vie des patients était meilleure lorsque les patients étaient vus tôt en rééducation. Ce constat a été fait également rapporté dans plusieurs études et la rééducation

aiderait à réduire le stress, voire la dépression qui pourrait en résulter et altérer la qualité de vie (6-7). La prescription de la rééducation devrait être systématique au même titre que les traitements médicamenteux ou étiologiques afin de permettre une bonne récupération musculaire et fonctionnelle de la face ; mais aussi d'améliorer la qualité de vie des patients au cours de la PFP.

Conclusion

La rééducation a un impact positif sur la qualité de vie des paralysés faciaux. Elle devrait être débutée de façon précoce et ne devrait pas être indiquée que seulement dans les cas de PFP n'ayant pas récupéré totalement avec le traitement médicamenteux et ou étiologique. Il convient cependant, de déterminer et de hiérarchiser les différentes techniques rééducatives utilisées au cours de la prise en charge de la PFP afin d'éviter certaines séquelles liées à une stimulation sensorimotrice et ou renforcement musculaire inadaptés.

Etat des connaissances sur le sujet

La PFI est la plus fréquente des PFP, l'étiologie traumatique connaît un essor en Afrique du fait de l'avènement des engins à deux roues ;

C'est une affection qui entraîne des troubles psychologiques et affecte la qualité de vie des patients atteints ;

La rééducation joue un rôle important dans la récupération fonctionnelle au cours des PFP.

Contribution de la présente étude à la connaissance

C'est une première étude africaine prenant en compte la qualité de vie des paralysés faciaux ; elle constitue un socle pour de futures études.

La rééducation permet d'améliorer significativement la qualité de vie des paralysés faciaux et la prise en charge rééducative doit être précoce pour une bonne récupération motrice de la face.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Conception et plan de l'étude : TY, KYMAW, et SB. Collecte des données : TY et SB. Analyse des données, interprétation et rédaction du manuscrit : TY. Révision du manuscrit : KYMAW, SB, GS et CN. Garant de l'étude : TY. Tous les auteurs ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références



1. Prud'hon S, Kubis N. La paralysie faciale périphérique a frigore. *Rev Médecine Interne*. janv 2019;**40** (1):28- 37.
2. Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba SO, Tall I, Fall M, *et al.* Facteurs pronostiques de récupération des paralysies faciales persistantes. *RAFMI* Juin 2022 ; **9** (1) : 52-55.
3. Alvarez V, Dussoix P. Paralysie faciale : diagnostic et prise en charge par le médecin de premier recours. *Rev Med Suisse* 2009 ; **5** : 258-262.
4. Fieux M, Franco-Vidal V, Devic P, Bricaire F, Charpiot A, Darrouzet V, *et al.* Recommandations de la SFORL. Prise en charge de la paralysie faciale idiopathique à la phase aiguë chez l'adulte. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. déc 2020;**137**(6):433- 438.
5. Picard D, Leroy R, Poussy T, Tankéré F, Gatignol P. Facteurs prédictifs des séquelles de paralysie faciale idiopathique : suivi longitudinal. *Ann Chir Plast Esthét*. oct 2021;**66** (5):364- 370.
6. Díaz-Aristizabal U, Valdés-Vilches M, Fernández-Ferreras TR, Calero Muñoz E, Bienzobas-Allué E, Moracén-Naranjo T. Correlations between impairment, psychological distress, disability, and quality of life in peripheral facial palsy. *Neurología*. 2019 ;**34** (7):423—428.
7. Pouwels S, Beurskens CHG, Kleiss IJ, Ingels KJAO. Assessing psychological distress in patients with a facial paralysis using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016 Aug;**69** (8):1066-1071.
8. O TM. Medical Management of Acute Facial Paralysis. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018 Dec;**51** (6):1051-1075.
9. Clédes G, Felizardo R, Carpentier P. Anatomie musculaire du sourire. *Actual Odonto-Stomatol*. Juin 2008;(242):111- 120.
10. Vincent Darrouzet, François Disant and Frédéric Tankéré. Réhabilitation de la face. In: Elsevier Mason. Le nerf facial : de la paralysie faciale à la réhabilitation. Paris (France) ;,2020.p.337-342 ISBN : 9782294774447.
11. Barry P, Mancini J, Alshukry A, Salburgo F, Lavieille JP, Montava M. Validation of French versions of the Facial Disability Index and the Facial Clinimetric Evaluation Scale, specific quality of life scales for peripheral facial palsy patients. *Clinical Otolaryngology*. 2019 ;**44** :313–322.
12. Millogo A, Ki-Zerbo GA, Sawadogo AB, Andonaba JB, Ouedraogo, Tamini IMM, *et al.* Paralysies faciales périphériques: étude prospective et relations avec l'infection à VIH au CHNSS de Bobo-Dioulasso. *Médecine d'Afrique Noire* : 1997, **44** (8/9): 463-464.
13. Bombo J, Manou B, Alloh AD, Toowlys A, Kouakou J, Datié A, *et al.* Place de la rééducation dans le traitement des paralysies faciales périphériques : expérience du service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Yopougon, Abidjan. *J Réadapt Médicale*. Avr 2008;**28** (1):3- 6.
14. Diallo AO, Diallo LL, Kéita A, Barry S, Diallo MM, Baldé R, *et al.* Paralysie faciale périphérique révélatrice d'une infection par le VIH chez le noir africain. *Mali medical* 2017; Tome XXXII (2): 7-11.
15. Sanogo S, Kouma A, Cissé I, Guindo I, Diarra O, Traoré O, *et al.* Profil épidémiologique et tomodensitométrique des fractures maxillo-faciales post-traumatiques à Mopti au Mali. *Pan Afr Med J*. Apr 2022;**41**:309.
16. Moussa M, Abba Kaka HY, Bancolé PS, Kone R, Sidibe O. Traumatismes cranio-faciaux et absence de casque de sécurité chez les conducteurs de moto à Niamey. *Health Sci. Dis*. Sept 2020; **21** (9):73-76.
17. Martin F. Rééducation des paralysies faciales. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ;**60** (5):448-453.
18. Desport JC, Jésus P, Terrier G, Massoulard A, Bourzeix JV, Grouille D, *et al.* Nutrition et troubles du goût en pratique courante. *Nutr Clin Métabolisme*. Févr 2011;**25** (1):24- 28.
19. Picard D, Leroy R, Poussy T, Tankéré F, Gatignol P. Facteurs prédictifs des séquelles de paralysie faciale idiopathique : suivi longitudinal. *Ann Chir Plast Esthét*. oct 2021;**66** (5):364-370.

Voici comment citer cet article : Tiaho Y, Kyelem JAW, Gandema S, Sebgo B, Napon C. Paralysie faciale périphérique : impact de la rééducation sur la qualité de vie des patients vus en service de Médecine Physique et de Réadaptation au CHU-Bogodogo. *Ann Afr Med* 2024; **17** (2): e5528-e5534. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.12>