

**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

**Révision : 19 août 2016**  
**Mise à jour des données probantes : Nouvelles données probantes**  
**Conclusion : Légère modification**  
**Première publication : 9 juillet 2009**

## **Paralysie de Bell : mesures à prendre et à éviter**

**Question clinique : Les corticostéroïdes ou les médicaments antiviraux offrent-ils des effets bénéfiques aux patients atteints de la paralysie de Bell?**

**Conclusion : Les meilleures données probantes indiquent que les corticostéroïdes (dose de 25 mg de prednisolone deux fois par jour ou dose de 60 mg pendant cinq jours, réduite ensuite de 10 mg par jour) augmentent les chances d'une guérison complète de la paralysie de Bell. Les résultats d'essais sur les antiviraux (utilisés seuls ou combinés à la prednisolone) sont incohérents, mais ces médicaments semblent n'offrir que peu d'effets bénéfiques, voire aucun.**

### **Données probantes**

- Corticostéroïdes
  - Une revue Cochrane<sup>1</sup> de sept essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 895 patients a comparé les corticostéroïdes à un placebo ou à l'absence de traitement.
    - Guérison satisfaisante après 6 mois et plus : 83 % pour les corticostéroïdes par rapport à 72 % avec leur absence, nombre de sujets à traiter (NST) = 10.
  
- Antiviraux
  - Une méta-analyse<sup>2</sup> de 10 ECR regroupant 2 419 patients a comparé l'ajout d'antiviraux (avec ou sans corticostéroïdes) à un placebo ou à l'absence d'antiviraux.
    - Aucune différence statistiquement significative du point de vue d'une guérison complète : 70,6 % (antiviraux) par rapport à 68,7 % (absence d'antiviraux).
      - Aucun bienfait en présence d'une paralysie de Bell grave et chez les patients qui recevaient aussi des corticostéroïdes.

- Guérison satisfaisante : 79,5 % (antiviraux) par rapport à 74,6 % (absence d'antiviraux), NST = 21.
      - Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs quand on exclut les essais comportant un risque de biais élevé.
  - Une revue Cochrane<sup>3</sup> de 10 ECR regroupant 2 280 patients a constaté que l'ajout d'antiviraux aux corticostéroïdes augmentait la probabilité d'une guérison complète, mais :
    - Elle a incorrectement indiqué comme étant une guérison complète une « guérison satisfaisante mais incomplète » (grade 2 de la classification House-Brackmann).
  - Limites : Un seul ECR présentait un faible risque de biais. L'efficacité a été exagérée dans des études plus petites de moindre qualité. La communication des résultats est sélective.

### Contexte

- D'autres méta-analyses ont tiré des conclusions semblables en ce qui concerne l'efficacité des corticostéroïdes<sup>4</sup> et l'inefficacité des médicaments antiviraux<sup>5</sup>.
  - Ces constatations sont en accord avec les résultats des deux essais de la meilleure qualité<sup>6,7</sup>.
- Les lignes directrices canadiennes<sup>8</sup> sur la paralysie de Bell :
  - Recommandent l'administration de corticostéroïdes à tous les patients atteints de paralysie de Bell.
  - Se prononcent contre le recours aux antiviraux seulement ou leur ajout aux corticostéroïdes en présence d'une paralysie de Bell légère-moderée.
  - Envisagent l'ajout d'antiviraux aux corticostéroïdes en présence d'une paralysie de Bell grave (en fonction d'une méta-analyse plus ancienne<sup>4</sup>).
- Doses de corticostéroïdes utilisées dans deux essais de haute qualité :
  - 25 mg de prednisolone deux fois par jour pendant 10 jours<sup>6</sup>.
  - 60 mg de prednisolone par jour pendant cinq jours, et réduction ensuite de 10 mg par jour<sup>7</sup>.
  - Dose de prednisone = dose de prednisolone.

### Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Michael Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.

### Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

### Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

### Références

1. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2016;7:CD001942.
2. Turgeon RD, Wilby KJ, Ensom MHH. Am J Med. 2015;128:617-628.
3. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2015;11:CD001869.
4. de Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, *et al.* JAMA. 2009;302:985-993.
5. Quant EC, Jeste SS, Muni RH, *et al.* BMJ. 2009;339:b3354.
6. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, *et al.* N Engl J Med. 2007;357:1598-1607.
7. Engstrom M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, *et al.* Lancet Neurol. 2008;7:993-1000.
8. de Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, *et al.* CMAJ. 2014;186:917-922.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.