

# APHASIE POST-AVC

## Evaluation et prise en charge

A. Hajjioui<sup>\*(1,3)</sup>, M. Fourtassi<sup>\*(2)</sup>

\*Professeur assistant en Médecine Physique et de Réadaptation

<sup>(1)</sup> Laboratoire des neurosciences cliniques. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Sidi Mohammed Benabdallah. Fès

<sup>(2)</sup> Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed Premier. Oujda.

<sup>(3)</sup> Service de médecine physique et de réadaptation. CHU Hassan II. Fès

**L'aphasie est un trouble du langage humain en rapport avec une lésion cérébrale et traduisant une altération des systèmes de représentation du langage. Il s'agit d'une complication fréquente de l'AVC qui en constitue la principale étiologie.**

**Au Maroc, l'aphasie complique environ 19% des patients souffrant d'AVC selon l'étude épidémiologique des AVC de la région Rabat-Casablanca réalisée en 2009.**

**Les limitations de communication en rapport avec ce trouble du langage, sont souvent à l'origine de problèmes personnels, familiaux et sociaux considérables tant pour l'individu aphasique que pour ses proches avec, en l'absence de prise en charge, une évolution vers l'auto-isolement ou l'exclusion sociale.**

### BASES NEURO-ANATOMIQUES DU LANGAGE (Fig.1)

De manière générale, le substratum anatomique de la fonction langagière se situe au niveau de l'hémisphère cérébral gauche et oppose deux principaux systèmes :

#### L' AIRE DE WERNICKE OU SYSTÈME POSTÉRIEUR

L'aire de Wernicke est située au niveau de la moitié supérieure de la première circonvolution temporale. C'est une aire associative qui reçoit des informations du cortex visuel et auditif primaire réalisant un véritable réseau appelé "système postérieur" qui a pour vocation la compréhension du langage. Ce système décode les sons du langage et accorde une signification aux mots. Il permet la composition du langage en planifiant les séquences de sons qui constituent les mots.

#### L' AIRE DE BROCA OU SYSTÈME ANTÉRIEUR

L'aire de Broca est située au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante et reçoit des informations d'autres régions cérébrales (insula, noyau lenticulaire, noyau caudé, aire de Wernicke...etc) réalisant un véritable réseau ou "système antérieur". Ce système est responsable de la sélection et de l'exécution des programmes moteurs responsables de la parole. Il est également impliqué dans la compréhension des formes grammaticales et syntaxiques.

#### LES AUTRES RÉGIONS

D'autres zones du système nerveux central sont impliquées dans des aspects plus élaborés du langage, comme le thalamus et les régions pré-frontales qui assurent la planification

du discours et sa cohérence logique. L'hémisphère droit a aussi un rôle à jouer dans le langage normal, en modulant la prosodie et la connotation émotionnelle et fantaisiste du langage comme l'humour ou les métaphores.

### BILAN DE L'APHASIE

Le bilan de l'aphasie constitue la première étape de la prise en charge orthophonique de l'aphasie. Il doit être complet, comportant des tests explorant spécifiquement les déficiences langagières comme les tests de dénomination ou de fluence verbale, ainsi qu'une évaluation fonctionnelle soulignant les limitations d'activité du patient dans la vie quotidienne en rapport avec son aphasie. Ces bilans sont réalisés par l'orthophoniste qui utilisera, chaque fois que possible, des tests validés dans la langue maternelle du patient.

Dans les langues française et anglaise, il existe des batteries d'évaluation standardisées et adaptées aux contextes culturels des patients, visant à évaluer la performance des patients dans chaque fonction langagière (compréhension/production, langage oral/écrit), avec des niveaux de difficulté croissante et avec possibilité de comparaison avec des échantillons de référence. Nous citons comme exemple la BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) et le MT86 (Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie).

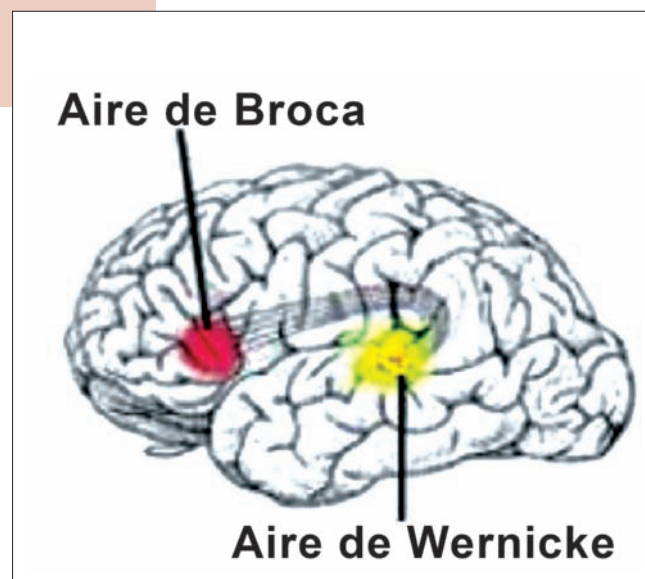


Fig. 1 : Aires cérébrales du langage

## FORMES CLINIQUES DE L'APHASIE

On distingue trois principales formes classiques de l'aphasie :

### L'APHASIE DE BROCA OU MOTRICE

C'est essentiellement un **trouble de l'expression** qui se réduit de façon dramatique aussi bien dans son débit que dans son contenu : le sujet ne peut s'exprimer que par des itérations pauvres de phonèmes ou de formules automatiques courtes et stéréotypées, d'où l'appellation d'aphasie non fluente.

Malgré une assez bonne compréhension, la répétition des mots, la dénomination d'objets sont perturbées par des persévérations car le sujet ne peut sortir d'autres sons que ses stéréotypies habituelles. Le sujet est généralement conscient de son trouble qui devient source d'irritabilité et de dépression.

### L'APHASIE DE WERNICKE OU SENSORIELLE

Dans ce type d'aphasie, il n'existe pas de trouble articulatoire, mais essentiellement **des troubles de la compréhension**. L'expression orale spontanée ou provoquée est généralement fluide avec même parfois une logorrhée, d'où la dénomination d'aphasie fluente. Le discours est souvent riche en paraphrasies et marqué par un néologisme le rendant incohérent et incompréhensible.

Cette aphasie s'accompagne souvent d'une anosognosie (inconscience du trouble), compliquant les efforts de rééducation.

### L'APHASIE DE CONDUCTION

Ce type d'aphasie est en rapport avec la lésion du faisceau arqué, assurant la connexion entre l'aire de Broca et celle de Wernicke (Fig.1). Les sujets ont une compréhension du langage oral et écrit quasi-normale, une articulation normale, mais ils sont incapables de reproduire les mots ou les phrases qu'ils entendent : **c'est un trouble majeur de la répétition**.

## LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE (RO) DE L'APHASIE (Fig. 2)



Fig. 2 : Séance de rééducation orthophonique

## LES OBJECTIFS

La rééducation orthophonique chez l'aphasique vasculaire a pour principal objectif d'optimiser la récupération des fonctions linguistiques altérées, et/ou de développer des méthodes alternatives de communication afin de réinsérer la personne aphasique dans son milieu habituel en lui permettant une communication optimale avec son environnement social, quel que soit le degré des déficits résiduels.

## LES MOYENS

La RO fait appel à des techniques différentes et variées, basées sur des approches cognitives visant la restauration des fonctions, ou des approches pragmatiques plutôt à visée de réadaptation.

### • Approche cognitive

Cette approche se base sur l'analyse très précise des déficits langagiers conduisant le thérapeute à formuler une hypothèse sur le mécanisme du trouble. L'orthophoniste utilisera ensuite le modèle théorique impliqué pour imaginer des voies de renforcement, de contournement ou de suppléance aux composantes altérées.

Par exemple, la difficulté d'accès aux représentations lexico-sémantiques (troubles de compréhension) sera évoquée en cas de difficultés d'exécution d'ordres complexes, d'erreurs importantes dans les épreuves de catégorisation sémantique des mots entendus ou lus et en cas de troubles de compréhension d'histoires logiques. Dans ces cas, on peut proposer en rééducation des tâches de définitions de mots, des exercices d'associations sémantiques, de classements catégoriels, de recherche d'intrus sémantiques ou encore, des tâches de compréhension d'histoires logiques.

En cas de troubles phonologiques, se traduisant par une confusion des sons proches (/rateau/ # /bateau/ et /vie/ # /fille/), la RO peut faire appel à des tâches de désignation d'images, d'association mots-images ou d'épellation.

On peut également développer la conscience phonologique par des tâches de rimes, de segmentation et de repérage des syllabes, etc.

En cas de troubles phonétiques, caractérisés par un déficit de production du programme moteur articulatoire, la rééducation est basée sur un travail analytique, son par son, des positions bucco-faciales d'articulation, lecture à haute voix, en accentuant les mouvements bucco-faciaux et la prosodie.

La thérapie mélodique et rythmée consiste à accompagner les phrases par un fond mélodique simple que l'on retire au fur et à mesure des progrès.

Enfin, en cas d'agrammatisme révélé par les perturbations syntaxiques, on utilise surtout le renforcement lexical des verbes, la mémorisation des structures de la phrase et le repérage des rôles thématiques (qui fait quoi à qui ?).

## • Approche pragmatique

Cette approche, encore dite écologique, ne vise pas à réduire directement la symptomatologie aphasique mais plutôt à **sortir le patient de son isolements social** en l'aidant à mieux communiquer avec son entourage et à retrouver sa place dans la famille et dans la société.

- La PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness), est la technique la plus ancienne de cette approche. Elle pousse le patient à communiquer par tous les moyens : parole, dessin, mimes, onomatopées..., à travers un jeu très simple visant à faire découvrir le contenu d'une image à une autre personne ne voyant pas l'image (en l'occurrence l'orthophoniste). Au fur et à mesure de l'évolution, on peut faire appel à des jeux de rôle (commerçant et client, médecin et patient...) pour permettre un travail de groupe dans des situations concrètes.

- L'Analyse de Conversation est une autre technique plus récente dérivée de l'approche pragmatique visant plutôt d'agir au niveau de l'entourage proche des patients. Elle consiste à analyser avec les membres de la famille des vidéos réelles de conversations qui ont eu lieu entre le patient et sa famille à domicile ou sur le lieu de rééducation afin de pointer les problèmes dans l'attitude de l'entourage pouvant être préjudiciable au patient. Après cette prise de conscience, l'orthophoniste donne des conseils pour améliorer la qualité des échanges avec la personne aphasique.

En cas de déficits majeurs persistants, des classeurs de communication, personnalisés en fonction des besoins de chaque patient en particulier peut être proposé comme moyen efficace et rapide pour mieux communiquer avec le patient.

## INDICATIONS

La RO est indiquée chez toute personne souffrant d'aphasie. Elle doit démarrer le plus tôt possible, dès les premiers jours, pour renforcer le potentiel de récupération spontanée et éviter

l'installation de certaines compensations comme les stéréotypies et la jargonaphasie. Elle doit être poursuivie aussi longtemps que nécessaire dans l'objectif de promouvoir la réorganisation du langage. Sa durée totale est au minimum de 3 mois et peut aller au delà de 2 ans, notamment si des progrès continuent à être observés et que le patient garde sa motivation. La RO est initialement quasi-quotidienne, puis elle peut être continuée à la phase sub-aiguë et chronique, à raison de 2 à 3 séances hebdomadaires.

## COMMENT MIEUX COMMUNIQUER AVEC UNE PERSONNE APHASIQUE

- Eviter de lui parler en présence de distracteurs de l'attention (télé, bruit...)
- Parler lentement mais pas plus fort, car la personne aphasique n'est pas sourde.
- Parler lui comme un adulte, car ce n'est plus un enfant.
- Privilégier les phrases courtes et directes
- Ne donner pas toutes les informations dans une seule phrase, mais fractionner.
- Si elle ne comprend pas, reformuler la phrase de façon plus simple.
- Utiliser des gestes et des mimiques pour faciliter la compréhension
- Encourager la personne aphasique à vous parler, et essayer de faire un effort pour comprendre
- Donner lui du temps, et ne pas se montrer rapidement impatient
- Eviter de toujours vouloir corriger ses erreurs
- Pour les choses importantes ou urgente, formuler des questions à réponse fermée "oui" ou "non"
- La règle d'or c'est : "patience..patience.. et encore patience"

## LEXIQUE

**Phonèmes** : éléments sonores dont l'enchaînement dans un ordre donné forme les syllabes.

**Syntaxe** (ou grammaire) : arrangement des mots dans les phrases selon un ordre obéissant à des règles précises.

**Lexique** : ensemble des mots d'une langue.

**Sémantique** : sens correspondant à chaque élément du lexique et à chaque énoncé possible.

**Prosodie** : intonation vocale susceptible de modifier le sens littéral des mots et des énoncés.

**Discours** : suite d'énoncés formant une narration.

**Les stéréotypies** : Emissions répétitives du même segment linguistique, apparaissant parfois automatiquement lors de toute émission verbale. Il peut s'agir d'un mot ou d'une phrase courte "clac-clac", "Bonsoir le monde"...

**Le manque de mot** : Difficulté, voire impossibilité de produire un mot en situation d'énonciation (hésitations, pauses, "truc", périphrase : "c'est le nom d'un animal...", etc.)

**Paraphasies phonémiques** : Addition, omission, déplacement de phonèmes. Fourchette = Rouchette ; Allumette = Palumelle ; Cigarette = Ciguerapette

**Paraphasies sémantiques** : Remplacement d'un mot par un autre correspondant par la forme ou le rapport conceptuel : Bureau/ Bourreau, Chaussette/ Sandale, Table/ Banc, Pied/Main, Boulevard/Piéton.

**Néologismes** : Les éléments linguistiques produits comme des mots n'existant pas dans la langue de la communauté verbale du sujet : Carvabrac Birbuche

**Agrammatisme** : Emission de phrases qui transgressent certaines règles de la grammaire avec prédominance de verbes à l'infinitif :

Sept ans...malade...opération....paralyser

Ophthalmo...vérifier....yeux

**Jargonaphasie** : Productions linguistiques comportant un nombre important de paraphasies, de néologismes et d'agrammatisme, incompréhensibles pour l'examineur.

**RÉSUMÉ :** L'aphasie est un trouble du langage qui accompagne souvent un AVC de l'hémisphère gauche. Ce trouble peut avoir une expression clinique variable selon la topographie des lésions cérébrales, et peut avoir des conséquences dramatiques sur la réinsertion sociale du patient en entravant ses capacités de communication. Ainsi une prise en charge précoce et adaptée est indispensable chez tout patient souffrant d'aphasie dans les suites d'un AVC.

**SUMMARY :** Aphasia is a language disorder that often occurs in left hemisphere strokes. Depending on brain lesions topography, aphasia can have variable clinical expressions. It also has a dramatic impact on social integration of the patients because of their communication skills alteration. Hence ,an Early and appropriate management is essential in any patient with aphasia following stroke.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Pedersen PM, Stig Jorgensen H, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol* 1995;38: 659-666.
- 2- aylor Sarno M. Aphasia rehabilitation: Psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology* 1993; 7( issue 4).
- 3- **Stroke recovery and rehabilitation.** New York:Demos medical publishing. 2009.
- 4- **Accident vasculaire cérébral :** méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte Recommandations. HAS pour la pratique clinique (RPC). Juin 2012.
- 5- **Hazzami G.** Analyse de la prévalence des AVC au Maroc. Mémoire de Master sous la direction de F MOURJI et M. EL ALAOUI FARIS. Université Hassan II Casablanca.