

«Rhapsody in Blue de Gershwin»

Diagnostic et traitement de l'aphasie

Fanny Dittmann^a, Marianne Schneitter^b

^a Logopédiste, Hôpital cantonal du Bruderholz (BL), ^b neuropsychologue, Hôpital cantonal du Bruderholz (BL)



Quintessence

- L'aphasie est un ensemble de troubles du langage et de la communication qui se retrouve dans 30% des lésions de l'hémisphère gauche.
- La réhabilitation des troubles phasiques se fonde sur des connaissances neuro-linguistiques et neuropsychologiques.
- L'efficacité de la prise en charge en logopédie a été démontrée, notamment lors de thérapies intensives intermittentes.
- Les lésions du lobe frontal ou de l'hémisphère droit et les syndromes de démence peuvent s'accompagner de troubles du langage et de la communication dus à des déficits de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives qu'il convient de différencier de l'aphasie.

Summary

“Gershwin’s Rhapsody in Blue” Diagnosis and therapy of aphasia

- *Aphasia is defined as a multimodal impairment of language and communication, occurring in approx. 30% of patients with left-hemispheric stroke.*
- *Professional approaches to the therapy of language disorders are based on neurolinguistic and neuropsychological findings.*
- *There is some evidence that intensive interval therapy enhances the effectiveness of speech-language therapy.*
- *To be distinguished from classical aphasia syndromes are language and communication disorders secondary to impairments of attention, memory or executive functions in patients with dementia and frontal or right-hemispheric brain lesions.*

Introduction

«Rhapsody in Blue de Gershwin» s'exclame une patiente en contemplant la photo d'un champ de fleurs jaunes de colza sous un magnifique ciel bleu. En fait, elle avait mis passablement de temps avant de trouver le nom de la fleur (qui s'appelle *Rapsblume* en allemand) et éclate de rire en se rendant compte de ce qu'elle vient de dire. Exemple suivant: un autre patient décrit le poste de dirigeant qu'il occupait autrefois: «Je dirigeais un bureau d'architectes avec six paratonnerres» (citation en langue originale: «Ich habe ein Architekturbüro mit sechs Blitzableiter geführt): il y a ici déviation verbale du mot cible *Mitarbeiter* au mot *Blitzableiter*. Des lapsus fréquents? Pas vraiment – ces propos involontaire-

ment cocasses ne reflètent en réalité que les rares moments amusants dans un travail de logopédie par ailleurs très astreignant et qui requiert beaucoup de patience avec les patients aphasiques.

Définitions et historique

«Aphasie» signifie littéralement «absence de parole». On entend par aphasie un trouble du langage dû à une lésion cérébrale survenue après l'acquisition du langage. Les ictus de l'hémisphère gauche touchant en premier lieu le cortex périsylvien, y compris la région de l'insula et les structures fronto-temporales et sous-corticales (thalamus, noyaux gris de la base), sont le plus souvent en cause. Les tumeurs cérébrales et les traumatismes craniocérébraux sont d'autres causes possibles. Les modalités du langage (production, compréhension, lecture, écriture) peuvent être touchées à des degrés divers et les symptômes peuvent concerner un ou plusieurs niveaux du langage (phonologie, morphologie, sémantique, syntaxe, pragmatisme).

La compréhension de l'aphasie a beaucoup évolué au cours des siècles. Les débuts de l'aphasiologie classique remontent à la description par Paul Broca du cas d'un patient appelé Tan-Tan (1861). Le principal apport des travaux scientifiques de Broca a été l'association de la fonction du langage à un centre cérébral dédié, localisé dans l'hémisphère gauche. On doit la poursuite de la systématisation de localisation au neurologue allemand Carl Wernicke, qui a distingué deux centres du langage, un centre moteur dans le lobe frontal gauche (aire de Broca) et un centre sensoriel dans le lobe temporal gauche [1]. Cette vision d'école classique a survécu. Le modèle de classification de Boston, qui décrit plusieurs types de syndromes aphasiques, a été développé sur cette base.

Dans l'aphasiologie du XXI^e siècle, un changement de conception se dessine: d'une part à la suite des nouvelles données neuropsychologiques, neurolinguistiques et neuroradiologiques et d'autre part en raison de l'expérience pratique acquise durant les thérapies sur le terrain. Les troubles du langage sont hétérogènes et dynamiques, raisons pour lesquelles ils ne peuvent

être décrits de manière adéquate en se référant uniquement aux syndromes aphasiques classiques. La thérapie du langage part des symptômes se manifestant dans les différentes modalités et les différents niveaux linguistiques et nécessite par conséquent un profil individuel reflétant les troubles et les ressources de chaque patient.

Classification des aphasies

Malgré les réserves émises précédemment à propos du concept des syndromes, la classification de Boston de l'aphasie est et reste un moyen utile et apprécié dans la pratique clinique quotidienne (fig. 1 [6]). Ce modèle distingue d'abord les aphasies en fonction du flux de la parole et ensuite en fonction de symptômes clés généraux (compréhension verbale et présence ou non de difficultés de répétition).

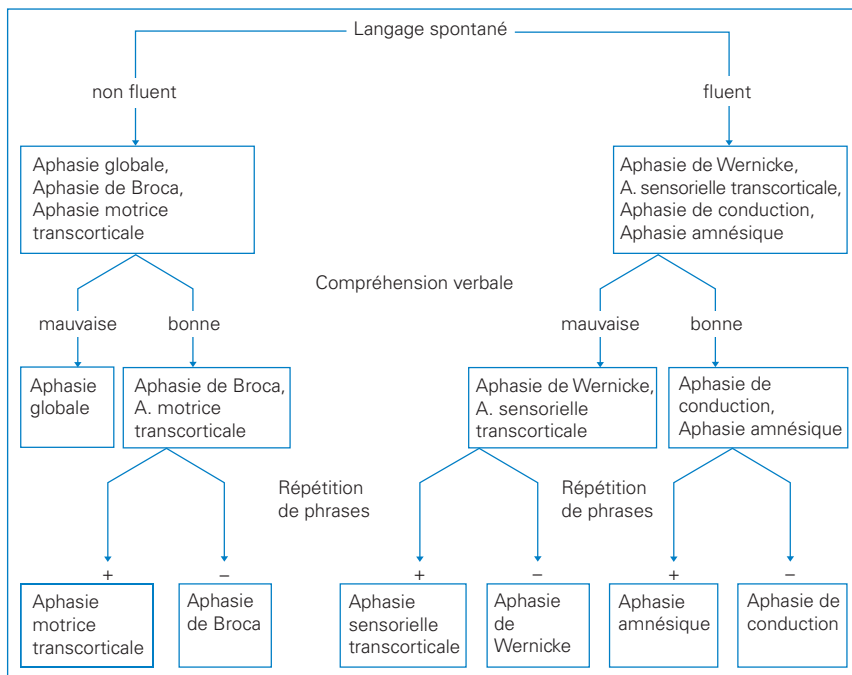


Figure 1
Classification de Boston de l'aphasie.

Dans le sillage de l'école de Boston, une variante de cette classification s'est imposée dans l'espace germanophone. Le test d'aphasie d'Aachen (AAT) est devenu un instrument de diagnostic standardisé en allemand et est largement utilisé [2].

La classification d'Aachen englobe des syndromes standards et des syndromes non standards. La différence entre ces deux groupes réside dans la fréquence des syndromes. Les syndromes standards représentent 80% des aphasies [1]. Nous nous limiterons dans ce qui suit à la description des quatre syndromes standards qui se différencient par leur degré de sévérité et qui sont caractérisés par des combinaisons de symptômes bien

définis. Les symptômes prédominants sont appelés symptômes clés. Le tableau 1 [6] présente les syndromes standards avec quelques exemples de phrases produites par des patients.

L'intensité, la fréquence et la combinaison de ces symptômes peuvent considérablement varier d'un patient à l'autre.

Prévalence

Une étude épidémiologique effectuée dans le canton de Bâle-Ville a trouvé une prévalence de 30% pour les troubles aphasiques chez 269 patients qui avaient été victimes d'un premier ictus ischémique. Dans plus de la moitié de ces cas, l'aphasie était modérée à sévère [3]. La fréquence des accidents vasculaires cérébraux avant l'âge de 65 ans atteint 30%. Les hommes sont trois fois plus exposés que les femmes. Les hommes d'âge moyen souffrent ainsi plus d'aphasie, alors qu'à l'âge avancé, les femmes sont davantage concernées en raison de l'évolution démographique [4].

Evolution

L'aphasie aiguë décrit les troubles du langage se manifestant immédiatement ou au cours des premières semaines qui suivent l'événement. Au début, la symptomatologie peut changer extrêmement rapidement. La rémission spontanée survient le plus souvent durant les trois premiers mois (l'aphasie régresse complètement chez environ un tiers des patients) [5]. On parle d'une aphasie chronique après 12 mois au maximum. Une rémission complète est très improbable à ce stade, même si on peut encore obtenir chez de nombreux patients des progrès avec des traitements intensifs.

La sévérité initiale de l'aphasie est souvent corrélée à la taille de la lésion cérébrale. Les chances de rémission dépendent de la forme d'aphasie: l'aphasie amnésique présente les meilleurs taux de «guérison»; les aphasies globales peuvent se transformer en aphasies de Broca et ces dernières peuvent tourner en aphasies amnésiques [6]. On parle d'aphasie résiduelle lorsque les déficits du langage sont minimes ou ne sont plus décelables par les tests d'aphasie.

Diagnostic

Le but du diagnostic d'une aphasie est d'appréhender la nature des troubles du langage dont souffre le patient et les conséquences psychosociales qu'ils vont avoir. Des procédés standardisés permettent d'établir dans cette optique un profil des capacités linguistiques et de communication, qui sera ensuite complété par une anamnèse sociale détaillée et une évaluation des be-

Tableau 1. Syndromes standards avec exemples.

Syndrome	Symptômes clé	Autres symptômes possibles	Exemples
Aphasie globale	«recurring utterances» (automatismes du langage)	Troubles sévères de la compréhension; Communication très perturbée; Alexie, agraphie	«ba, ba, ba ... ba, ba, ba!» «feu vert, vert, vert, ...»
Aphasie de Wernicke	Paragrammatisme (doublement de certaines parties de phrases, phrases déformées)	Troubles modérés à sévères de la compréhension; Paraphasies sémantiques et/ou phonémiques; néologismes (création de nouveaux mots) Jargon	«Un machoir à couvrir des bins ...» (P. décrit un ouvre-boîte)
Aphasie de Broca	Agrammatisme Style dit «télégraphique» = succession de mots à contenu sans mots de fonction, ni de conjonctions	Manque du mot sévère; paraphasies phonémiques et sémantiques; Perturbation du flux du langage; souvent apraxie de la parole	«Frère Benno ... Heinz ... frère, mort cancer» (Heinz, le frère de Benno, est mort d'un cancer)
Aphasie amnésique	Manque du mot	Peu de paraphasies sémantiques, interruptions occasionnelles de phrases, manque du mot fréquent	«la décision doit enfin ... eh ... eh être faite ...» (Il faut prendre une décision)

soins individuels. Toutes ces informations sont importantes pour définir les objectifs et les points forts de la prise en charge thérapeutique.

Les aphasies s'accompagnent souvent d'autres troubles cognitifs, qui vont avoir une influence décisive sur le cours de la maladie et sur le traitement des troubles du langage. C'est la raison pour laquelle une évaluation neuropsychologique différenciée constitue fréquemment une base essentielle pour la planification de la réadaptation.

Traitement

L'indication au traitement d'une aphasie est donnée lorsqu'il existe un trouble gênant dans la vie quotidienne au niveau d'au moins une des modalités du langage, soit l'*expression orale*, la *compréhension*, la *lecture* et l'*écriture*, et que l'état physique, émotionnel et cognitif du patient est suffisamment bon pour permettre un tel traitement [7]. Une thérapie consistant en exercices de la parole systématiques devrait commencer dès la phase précoce de la récupération spontanée. La thérapie individuelle est couramment utilisée pour tenter de corriger les défauts du langage spécifiques du patient et les objectifs thérapeutiques sont à adapter à chaque situation. Une thérapie de groupe est un complément utile pour permettre la mise en application de ce qui a été appris et pour tester les résultats en situation certes assistée, mais tout de même réelle. La thérapie de groupe peut d'autre part contribuer à une meilleure gestion de la maladie.

La *phase d'activation* (phase aiguë) consiste à stimuler et à activer le langage d'une manière générale pour favoriser la rémission spontanée et inhiber les symptômes indésirables, tels qu'automatismes et compensations erronées.

La *phase consacrée au trouble spécifique* (phase post-aiguë et chronique) est une période durant laquelle le travail se concentre plus sur les trou-

bles spécifiques présentés par le patient, autrement dit des symptômes isolés ou des modalités ou niveaux du langage.

La *phase de consolidation* (phase chronique tardive) est la période du transfert optimal des progrès accomplis dans la communication de tous les jours.

Les thérapeutes du langage font appel à toute une série de méthodes qui reposent sur des concepts neurolinguistiques communicatifs et pragmatiques, souvent fondés sur des modèles [4]:

- *canalisation* des activités de la langue et de la parole bloquées vers des fonctions du langage restées intactes (techniques de déblocage);
- *activation* de capacités verbales instables par stimulation multimodale (par ex. méthode de stimulation auditive selon Schuell [8]);
- *inhibition* de comportements linguistiques et verbaux automatiques pathologiques par des techniques de blocage;
- *mise en place* des aptitudes linguistiques et verbales par un réapprentissage systématique;
- *modification* des aptitudes linguistiques et verbales incomplètes ou erronées à l'aide de modèles adaptés;
- *optimisation* des comportements de communication verbale et non verbale à l'aide d'approches pragmatiques;
- *compensation* des troubles irréversibles de la parole et du langage par des méthodes de remplacement du langage et divers outils techniques.

A côté du traitement des fonctions perturbées, le soutien apporté aux personnes touchées pour améliorer l'acceptation de leur perte d'aptitude au niveau de la parole est une partie importante du traitement.

De nouvelles approches dans la thérapie du langage placent au centre des préoccupations les capacités de communication du patient dans sa vie

de tous les jours. Le langage, considéré sous un angle fonctionnel, est associé à tous les aspects des interactions sociales et fait l'objet d'une appréciation fondée sur le contenu informatif de ce qui est dit. Une communication est réussie si un premier interlocuteur parvient à communiquer ses pensées, ses avis et ses buts et que le second interlocuteur les comprend. Chez les aphasiques, la communication est compromise par les troubles du langage, notamment les difficultés d'expression et la diminution de la compréhension. C'est pour cette raison que l'on parle de trouble secondaire de la communication. Vu sous cet angle, le traitement de l'aphasie doit donc inclure une thérapie du langage *et* de la communication et se préoccuper des facteurs qui influencent négativement ou positivement la communication avec les patients aphasiques. Des méthodes d'évaluation et des interventions thérapeutiques orientées vers la communication spécifique ou quotidienne ont été développées et ont trouvé place dans le travail thérapeutique. On fait appel aux proches pour l'appréciation des capacités de communication des personnes aphasiques, afin qu'ils puissent fournir leur contribution à la réussite d'une bonne communication. L'accompagnement des patients aphasiques dans la reprise des activités professionnelles qu'ils exerçaient avant la maladie constitue un défi particulier pour les thérapeutes. Un retour du patient à son poste

nécessite d'abord une évaluation des exigences en matière de communication dans la profession exercée jusque-là, peut-être la mise en place de certains moyens auxiliaires et certainement des discussions avec les collègues de travail et les supérieurs hiérarchiques.

Outre les recommandations individuelles, centrées sur la personne, il y a quelques règles de comportement très simples à observer pour les proches, le personnel soignant, les médecins et les collègues de travail d'un patient aphasique, afin d'améliorer la communication. Il faut avant tout ralentir le rythme du langage, éviter les bruits de fond et les activités parallèles, et se concentrer entièrement sur la situation de communication. Il est conseillé aux interlocuteurs d'une personne aphasique de parler lentement, clairement et distinctement, en se limitant à des phrases simples. De brusques changements de thèmes sont aussi à éviter. En situation d'écoute, on demandera au patient de répéter si l'on a mal compris ou si l'on n'a pas compris quelque chose, et on tentera d'aider la personne aphasique qui a des difficultés à trouver ses mots (tab. 2 ↩).

Divers traitements ont été développés ces dernières années pour compléter la thérapie individuelle classique et le conseil aux proches. Les logopédistes utilisent d'ores et déjà largement dans leur pratique les groupes de communication avec modérateur chez les aphasiques. Le traitement de l'aphasie assisté par ordinateur, la téléthérapie et les échanges sur Internet («chat») animés par un thérapeute trouvent également de plus en plus de champs d'application.

Tableau 2. Quelques conseils pour communiquer avec des patients aphasiques.

La personne considérée a des troubles de compréhension de la parole: que puis-je faire pour qu'elle me comprenne mieux?
Le calme est essentiel. Les discussions à deux sont plus simples que les discussions en groupe.
Formez des phrases simples et courtes.
Etre attentif au contact du regard. Le patient doit bien voir le visage de celui qui lui parle.
Parlez d'une voie normale.
Posez des questions de type oui/non (questions fermées) et évitez les questions ouvertes.
Utilisez les mimiques et la gestuelle.
Répétez les paroles en changeant le phrasé.
Procédez par étapes en cas de directives complexes comportant plusieurs volets.
Posez des mots-clés ou le thème de la discussion par écrit.
Eviter les brusques changements de sujet.
Comment puis-je améliorer ma compréhension de la personne aphasique? Comment puis-je lui faciliter la communication?
Ecouter signifie attendre: le patient a besoin de plus de temps pour s'exprimer qu'une personne en bonne santé.
Convenez d'abord ensemble de l'objet de la discussion et mettez au clair de quoi il va être question.
Concentrez-vous uniquement sur le contenu. Ne corrigez pas les erreurs. Seul le contenu importe!
N'interrompez pas le patient.
Quittancez ce que vous avez compris.
Tranquillisez votre interlocuteur en cas de difficultés: «Vous pourriez peut-être me le dire plus tard.»
Ecoutez attentivement. On peut souvent deviner le sens d'une phrase à l'aide de quelques mots clés.

Fin de la thérapie

En l'absence d'améliorations patentes à la fin de la phase de traitement, on peut mettre un terme à la thérapie. Les examens de contrôle annuels devraient cependant être poursuivis après la fin de toute thérapie du langage. Une reprise du traitement pourra être envisagée si la situation le justifie.

Documentation des traitements de logopédie

Une documentation détaillée des données des patients et du déroulement du traitement est indispensable à l'évaluation des résultats de la thérapie. Les points suivants doivent y figurer: informations médicales et diagnostics, durée, fréquence et contenu des traitements, informations relatives aux autres traitements, aspects psychosociaux, niveau de performances avant l'événement, objectifs du traitement, visites de contrôle, résultats des tests et examen final.

Effacité du traitement de l'aphasie

Dans quelle mesure la thérapie est-elle efficace (mesurable)? Plusieurs méta-analyses sur des essais randomisés et contrôlés dans le domaine de l'aphasie ont été publiées. Leurs résultats sont contradictoires [9, 10]. On a néanmoins pu démontrer que les essais thérapeutiques positifs et négatifs se différencient par l'«intensité du traitement» (nombre d'heures de traitement par semaine) et par la «durée du traitement» (nombre de semaines). Les études ayant trouvé des résultats positifs reposent sur une fréquence moyenne des traitements hebdomadaires beaucoup plus élevée que les essais ayant donné des résultats négatifs. La durée du traitement était cependant nettement plus courte en moyenne avec les thérapies efficaces qu'avec les traitements inefficaces. On peut en déduire que des thérapies du langage intensives de courte durée sont plus efficaces que des traitements de longue durée peu intensifs. Dans la phase chronique, les thérapies intensives ciblées du langage permettent souvent aussi d'obtenir des succès significatifs [9]. Ces observations parlent en faveur du concept de traitement intermittent, alternant des phases de thérapies intensives et des périodes sans traitement. Malgré ces résultats encourageants, il faudra encore d'autres études interventionnelles pour objectiver l'efficacité de la thérapie du langage. Compte tenu de l'hétérogénéité de la symptomatologie et de l'évolution des différents troubles, la publication de quelques études de cas individuels méthodologiquement bien faites pourrait peut-être apporter des informations importantes dans ce domaine.

Troubles du langage centraux non aphasiques

Les troubles du langage dus à des lésions cérébrales organiques, mais qui ne relèvent pas de la définition classique du syndrome aphasique et qui ne sont pas associées à une lésion typique localisée au niveau de l'hémisphère gauche doivent être considérées à part. Il s'agit de troubles de la parole survenant après des lésions de l'hémisphère droit ou du lobe frontal, après une hypoxie ou dans le cadre de certaines psychoses ou de certaines démences. Ces maladies s'accompagnent fréquemment d'anomalies du langage manifestes, mais difficiles à caractériser. Elles se manifestent par exemple par une pauvreté du langage, une difficulté à trouver les mots, une logorrhée, des incohérences dans les réponses, des attitudes compliquées, des interruptions du flux du langage et des incohérences à l'oral ou à l'écrit. Ces manifestations ont en commun le fait qu'elles ne concernent pas des déficits structurels du langage, mais la fonction essentielle de ce dernier, c'est-à-dire la communication. Si la majorité des aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent, les personnes présentant des troubles du langage non aphasiques parlent mieux qu'elles ne communiquent. Une communication fondée sur le langage est basée sur une connaissance implicite parallèle et en partie indépendante des aptitudes systématiques du langage. On admet que ces troubles du langage non aphasiques sont des conséquences de troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives.

Références

- 1 Tesak J. Geschichte der Aphasie. Idstein: Schultz-Kirchner Verlag; 2001.
- 2 Huber W, Poeck K, Weniger D, Willmes K. Der Aachener Aphasie Test (AAT). Göttingen: Hogrefe; 1983.
- 3 Born C, Engelter S, Gostynski M, Papa S, Frei M, Djadic-Gross V, Lyrer P. Epidemiologie der Aphasie nach Schlaganfall. Aphasie und verwandte Gebiete. 2007;1(21):33–8.
- 4 Huber W, Poeck K, Springer L. Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme Verlag; 2006.
- 5 Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Leitlinien GAB und DGNKN. [letztmals eingesehen am 9. September 2008]. www.aphasiegesellschaft.de/Leit.pdf.
- 6 Kertesz A. Die Restitution der Aphasie nach Schlaganfall. Neurol Rehabil. 1995;2:75–80.
- 7 aphasie suisse. Guidelines zur Behandlung von Aphasien. Schweizerische Ärztezeitung. 2005;86(40):2290–7.
- 8 Tesak J. Grundlagen der Aphasitherapie. Idstein: Schultz-Kirchner Verlag; 1999.
- 9 Bhogal SK, Teasell RW, Speechley MR. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke. 2003a;34:987–93.
- 10 Bhogal SK, Teasell RW, Foley NC, Speechley MR. Rehabilitation of aphasia: more is better. Topics in Stroke Rehabilitation. 2003b;10:66–76.

Correspondance:
Fanny Dittmann
Logopédiste
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz
fanny@dittmann.ch