

Logopédie après accident vasculaire cérébral

Iris Hoess^a, Claus Hoess^b, Sandra Cattenberg^a, Bruno Haug^c, Felix Müller^a

^a Abt. Neurologie und Neurophysiologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital Münsterlingen

^b Medizinische Klinik, Kantonsspital Münsterlingen

^c Medizinisches Zentrum Arbon

Quintessence

- L'évaluation logopédique d'un trouble du langage après accident vasculaire cérébral (AVC) se fait sur test de dépistage standardisé.
- Il y a des preuves du bénéfice d'une logothérapie à la phase aiguë, pour autant qu'elle soit mise en route rapidement et à haute fréquence.
- Avec une prise en charge de routine de la dysphagie, les troubles de la déglutition sont rapidement diagnostiqués pour abaisser le risque d'aspiration et de pneumonie.

Les possibilités médicamenteuses et techniques de traitement de l'accident vasculaire cérébral (AVC) se sont considérablement développées ces dernières années. L'ère du «wait and see» à la phase initiale est révolue. De nos jours, les patients victimes d'AVC sont idéalement admis le plus rapidement possible dans une Stroke Unit. En suivant des schémas clairement réglementés, l'on tente de recanaliser une artère obstruée à l'origine de l'AVC, de stopper une hémorragie cérébrale ou de compenser les complications de l'AVC.

S'il y a un trouble du langage un examen logopédique est vivement et rapidement recommandé. L'abolition du langage (aphasie) et/ou de la capacité de parler (dysarthrie, apraxie linguale) est l'un des handicaps les plus sérieux suite à un AVC. Ces patients non seulement doivent apprendre à vivre avec un handicap physique, ils sont également en danger d'isolement communicatif et social. La réinsertion dans la vie professionnelle n'est que rarement possible avec une aphasie chronique.

La logopédie est actuellement intégrée dans la prise en charge des dysphagies également. Aphasies et dysphagies sont les grands points de l'intervention logopédique à l'hôpital de soins aigus, raison pour laquelle cet article traitera surtout de ces deux troubles.



Iris Hoess

Bases théoriques

Les aphasies sont des troubles du langage acquis suite à certaines pathologies circonscrites du système nerveux central. Des symptômes aphasiques se manifestent dans 30–40% de tous les AVC. Ces troubles touchent généralement tous les composants du système du langage, à savoir parler, comprendre, lire et écrire. Ils résultent de lésions des régions du cerveau contrôlant le langage, situées chez plus de 90% des gens dans l'hémisphère gauche.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la cause la plus fréquente d'une aphasie. Les 6 semaines suivant l'AVC sont appelées phase aiguë. Lui fait suite la phase dite post-aiguë, intermédiaire entre la phase aiguë et la chronique, qui ne commence qu'après 12 mois.

- Les aphasies aiguës se distinguent des chroniques par plusieurs aspects. La gravité des symptômes d'aphasie est instable à la phase aiguë et marquée par d'importantes fluctuations. C'est la conséquence de mécanismes de régénérescence cérébrale physiologiques, par ex. le rétablissement du débit sanguin et la reprise des fonctions cellulaires dans la région atteinte ou sa périphérie (penumbra). Une régression spontanée des symptômes aphasiques s'observe dans env. un tiers des cas à la phase aiguë.
- Bien que les aphasies puissent régresser spontanément aussi à la phase post-aiguë, les symptômes sont souvent relativement stables à cette phase. Les améliorations sont très lentes et dépendent de l'entraînement et du traitement.
- A la phase chronique, il n'y a pratiquement plus aucune amélioration spontanée.

Les troubles aphasiques concernent différentes régions du langage. En général, ils ne sont pas isolés mais associés. Une classification des aphasies après AVC souvent utilisée dans les pays germanophones est celle du groupe d'Aix-la-Chapelle sous l'égide du neurologue Klaus Poeck. Les noms de ces syndromes ne tiennent pas compte de chaque situation clinique mais servent à mieux s'entendre en clinique. Nous faisons la distinction entre 4 syndromes standards:

- Aphasie globale
- Aphasie de Wernicke
- Aphasie de Broca
- Aphasie amnésique.

La littérature décrit en outre des formes particulières telles qu'aphasie de conduction et transcorticale.

A la phase aiguë, la recherche des principales caractéristiques de la production et de la compréhension du langage est plus importante que leur attribution à des syndromes standards.

Les aphasiques ne peuvent plus formuler entièrement leurs phrases à un débit normal. Pour l'évaluation, la subdivision en «langage fluide» et «langage non fluide» (longueur de phrase moyenne inférieure à 5 mots) s'est avérée utile (tab. 1 ↻). A la phase aiguë, toujours la compréhension du langage est également perturbée plus ou moins gravement dans la plupart des cas. Certains patients peuvent cependant réagir de manière

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

adéquate à des questions simples dans des situations bien précises, comme lors de la visite. L'appréciation de la situation souvent bien conservée et l'expression non verbale de l'interlocuteur jouent ici un rôle important. La littérature cite plusieurs facteurs pronostiques d'une aphasie. La nature, la localisation et l'importance de la lésion jouent un rôle déterminant. Les troubles du langage après traumatismes ont un pronostic meilleur que ceux après lésions ischémiques. Les volumineuses lésions cérébrales ont généralement un pronostic moins

Des symptômes aphasiques se manifestent dans 30–40% de tous les AVC. Ces troubles touchent généralement tous les composants du système du langage, à savoir parler, comprendre, lire et écrire

bon que les petites. L'âge, le sexe, droitier ou gaucher semblent être des facteurs pronostiques plutôt flous qui font l'objet de controverses. Les troubles concomitants, la motivation, les caractéristiques personnelles prémorbides, l'état général et l'environnement social sont considérés comme d'importants facteurs pour le résultat du traitement également.

Une intervention logopédique doit tenir compte de toutes les circonstances annexes. Elle commence avec un traumatisme psychique la plupart du temps sévère et doit en plus de l'aphasie prendre en compte les problèmes neurologiques dans toute leur ampleur. Lors de la prise de contact psychologiquement empathique, l'accompagnement et les conseils des proches sont extrêmement important.

Nul ne peut dire exactement dans quelle mesure les interventions logopédiques déjà à cette phase précoce influencent l'évolution spontanée. Plusieurs revues et méta-analyses en arrivent à des résultats différents [1, 2]. Une étude prospective contrôlée sur cette question n'est actuellement pratiquement plus envisageable. Nous pouvons admettre avec une grande sécurité que les victimes d'AVC ressentent un soutien logopédique comme très utile. Nous trouvons une recommandation pour une intervention logopédique précoce dans toutes les directives sur le traitement de l'accident vasculaire cé-

rébral émises par les sociétés de neurologie allemandes et anglo-saxonnes.

Interventions logopédiques

Les schémas de traitement des patients victimes d'un AVC suivent pour la plupart le modèle phasique de l'école d'Aix-la-Chapelle. A la phase aiguë (d'activation), c'est l'activation des capacités résiduelles du langage qui est au premier plan. Elles doivent être conservées et stimulées. Les processus de récupération doivent ainsi être soutenus, la production excessive de paroles doit être corrigée ou empêchée. A la phase post-aiguë (spécifique du trouble), le travail est spécifiquement centré sur le trouble et la systématique du langage. Le but majeur à la phase chronique (de consolidation) est d'améliorer la capacité d'action dans la vie courante.

Si les circonstances le permettent, un diagnostic logopédique systématique s'effectue actuellement déjà à la Stroke Unit. Les questions suivantes sont au premier plan:

- Y a-t-il une aphasie?
- Quelles sont les fonctions conservées, perdues ou perturbées?
- Quelle est la gravité du trouble?

Le premier contact avec enregistrement des coordonnées personnelles du patient présuppose généralement, comme entrée en matière dans le traitement, une analyse très détaillée du langage (au lit du patient) selon une technique standardisée et normalisée. Elle permet d'évaluer la vigilance, le contact visuel, le langage spontané et les réactions du patient, ses éventuels troubles associés ou sa gestuelle et sa mimique.

L'examen au lit du patient doit rechercher, en plus des troubles du langage, les éventuels troubles de l'élocution et phénomènes neuropsychologiques tels qu'attention, concentration et dynamique. Il existe pour cette saisie de données très fouillée des tests de dépistage ou formels pouvant être effectués au lit du patient. De brefs items de ces tests tiennent compte de la capacité de

Tableau 1

Principaux types d'aphasie aiguë (mod. d'après Huber W, Poeck K, Springer L, 2006).

Elocution non fluide

- Elocution ralentie, parfois imprécise avec interruptions de phrases et pauses
- Elocution difficile
- Problèmes à trouver les bons mots
- Elocution mot par mot
- Répétition de mots ou phrases connues souvent possible
- Si aphasie aiguë grave souvent uniquement automatismes du langage, stéréotypie, recurring utterances, néologismes, persévérance et écholalie
- Compréhension du langage en général mieux conservée

Elocution fluide

- Elocution débordante, incompréhensible
- Usage incontrôlé de mots et de phrases (charabia)
- Très mauvaise compréhension du langage ou
- Débit verbal contrôlé avec grandes difficultés à trouver les mots et compréhension situationnelle du langage généralement intacte

Mutisme

- Réactions sensibles mais aucune expression verbale

concentration du patient souvent diminuée. Après que la logopédiste ait pris connaissance des résultats des examens médico-neurologiques, elle choisit un moment où le patient est capable de se concentrer suffisamment. Un environnement calme et une attitude permettant une attention optimale sont de rigueur. Elle doit tenir compte des handicaps physiques du patient et de ce dont il a besoin (lunettes, dentier, etc.). Les renseignements donnés par les proches aident à apprécier la personnalité du patient, ses intérêts et sa situation sociale. Il est recommandé de demander à un patient présentant de discrets troubles du langage comment il ressent subjectivement les diminutions de ses capacités de s'exprimer verbalement. Ce qui donne des indices sur des baisses de performance qui ne peuvent être obtenus par les tests standards.

Dans les pays germanophones sont souvent utilisés à la phase aiguë les tests diagnostiques standardisés suivants:

- Aachener Aphasia-Bedside-Test (AABT), Biniek et al. 1993.
- Aphasia-Checkliste (ACL), Kalbe et al. 2002.
- BIAS (Bielefelder Aphasia Screening), Richter et al. 2006.

Contrairement à l'AABT, indiqué surtout pour les patients présentant de graves déficits, le BIAS prend en compte un large spectre de degrés de gravité et peut être utilisé à plusieurs reprises pour le contrôle de l'évolution. Le BIAS examine le langage spontané, la compréhension auditive du langage, le langage automatique (par ex. liste des jours de la semaine), la production orale de langage dans différents domaines (par ex. décrire correctement des images) et la lecture.

Thérapie

L'intérêt d'une intervention logopédique précoce dans l'aphasie ne peut être précisé que par des résultats d'études sur la mise en pratique de concepts thérapeutiques intensifs. Nous partons actuellement du principe que les mesures de réadaptation à début précoce et fréquence de traitement élevée ont une influence positive sur l'évolution de la maladie. Ces traitements doivent en première ligne être adaptés à la gravité du problème et aux possibilités encore présentes de communication du patient.

Les aphasies peuvent être accompagnées d'autres déficits neuropsychologiques influençant la réadaptation du trouble du langage. Il s'agit surtout de troubles de la perception visuelle et auditive, apraxies, héminégligence et, typiques de la phase aiguë, de troubles de la dynamique, de la mémoire et de l'attention.

Dans la plupart des graves aphasies, il y a des troubles concomitants qui exigent des exercices préparatoires adéquats. Si une interaction avec le patient est possible, nous pouvons exercer des techniques de communication, faire intervenir les auxiliaires non verbaux et lui permettre ainsi une certaine communication avec le personnel hospitalier et ses proches.

Les techniques prépondérantes à la phase précoce après AVC visent surtout stimulation, déblocage et

éventuellement inhibition. La stimulation est faite pour les patients qui ne peuvent pratiquement pas s'exprimer verbalement. Les fonctions élaborant le langage doivent

être réactivées en première ligne par des inputs auditifs, mais aussi par des auxiliaires de stimulation visuels, tactilo-kinesthésiques ou sensitifs. Sont utilisés des mots, images, écrits et

chants, mais aussi la gestuelle et la mimique. Chansons très connues, rythmes, expressions courantes, proverbes ou actions accompagnant le langage avec objets bien réels sont des éléments d'une stimulation multimodale censés stimuler l'expression verbale. Le patient peut peut-être déjà compléter des phrases non terminées avec des images, par ex. «le matin vous buvez volontiers du...». Il faut en principe travailler avec un vocabulaire courant, adapté à la situation du patient et un matériel adéquat. La technique de déblocage se base sur l'hypothèse que des troubles fonctionnels empêchent (bloquent) certaines fonctions du langage. Les prestations auparavant impossibles sont débloquées par des voies d'accès intactes. Exemple: le mot «chien» ne peut être prononcé. Ce blocage peut éventuellement être levé si ce mot est préalablement lu, composé avec ses lettres ou entendu. Une activation du langage à la phase aiguë vise les buts suivants:

- soutien de la rémission spontanée
- freinage des automatismes du langage et des mauvaises adaptations
- atténuation de la souffrance du patient.

Les preuves du bénéfice d'un traitement logopédique à la phase aiguë n'ont pu être apportées que s'il a été mis en route le plus tôt et le plus intensivement possible. Les améliorations ont été pratiquement doublées par rapport à la rémission spontanée [2]. Alors que plusieurs techniques thérapeutiques et matériels sont connus pour les phases post-aiguë et chronique, il n'y a que relativement peu de concepts scientifiquement prouvés pour la phase aiguë.

Dysphagie

La médecine intensive vise actuellement une reprise de l'alimentation entérale, idéalement orale, le plus rapidement possible. 50% des victimes d'AVC souffrent cependant à la phase aiguë d'un trouble de la déglutition passager ou prolongé. Un champ d'activité s'est ici ouvert depuis quelques années dans lequel la logopédie est toujours plus impliquée. La prise en charge des patients dysphagiques est actuellement la même que pour ceux présentant des troubles du langage ou d'élocution.

Les lésions unilatérales du cerveau causent généralement des troubles passagers de la déglutition qui s'atténuent nettement en quelques semaines. Les lésions bilatérales, notamment de l'operculum, ont un plus mauvais

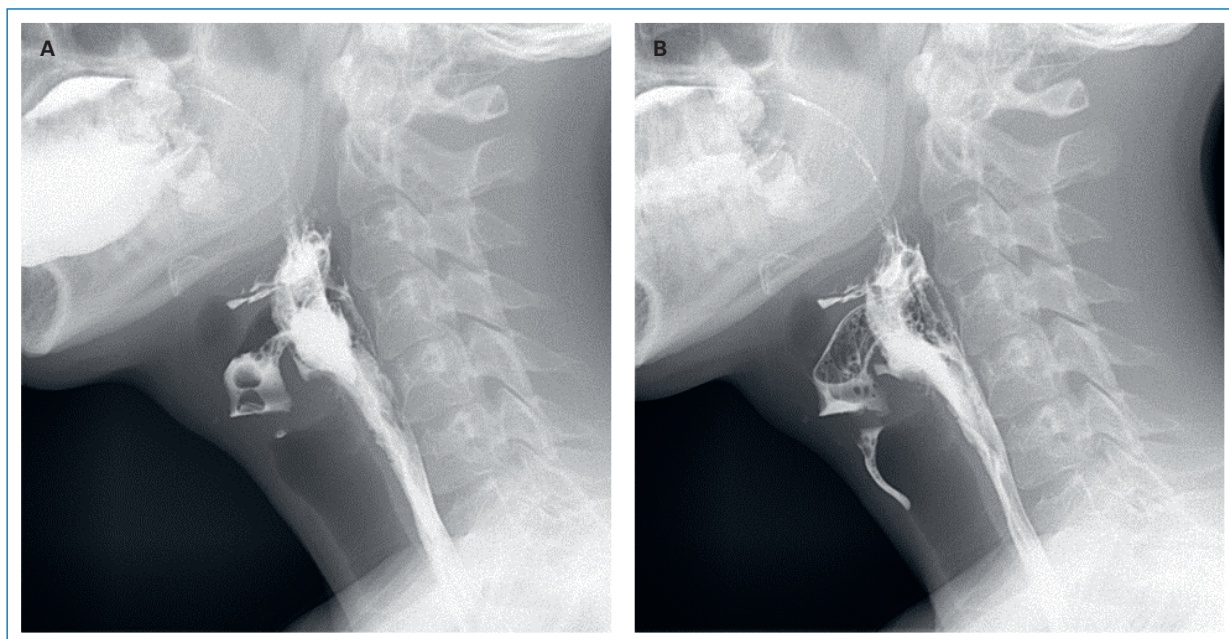


Figure 1

Vidéo fluoroscopie d'une bronchoaspiration chez un patient souffrant d'une pathologie neuromusculaire.

A Pénétration.

B Aspiration.

pronostic. Les dysphagies sont les plus fréquentes après les lésions du tronc cérébral. Le syndrome tronculaire classique avec dysphagie marquée est le syndrome de Wallenberg.

La dysphagie est un trouble de l'absorption, du broyage ou du transit de nourriture liquide et/ou solide de la cavité buccale dans l'estomac. Les dysphagies oropharyngées se présentent selon des modèles typiques:

- préparation orale de la nourriture et transit insuffisants;
- déglutition faible, inefficace: résidus alimentaires dans le pharynx par manque de force pour propulser et diriger le bolus;
- déglutition mal coordonnée ou retardée: mauvaise coordination dans le temps des gestes de déglutition, le bolus envahissant les voies respiratoires avant la fermeture du larynx.

La bronchoaspiration est la complication la plus redoutée d'une dysphagie, qui peut être la cause d'une pneumonie. Un diagnostic et un traitement rapides de la dysphagie sont importants pour en estimer le risque.

Il existe de très nombreuses méthodes standards pour le dépistage. Il suffit généralement de voir comment le patient déglutit une nourriture liquide. Le Gugging Swallowing Screen [3] est plus récent, qui prévoit en plus du liquide des tests avec une nourriture en bouillie et solide et permet de donner des recommandations bien précises en fonction du résultat des différents tests. Ces tests de dépistage peuvent être effectués par un personnel soignant formé à cet effet.

Sont des indices cliniques directs de dysphagie:

- écoulement d'aliments/salive par la bouche,
- retard ou absence de surélévation du larynx,
- toux ou raclement de gorge pendant ou après la déglutition,

- râles respiratoires et signes de dyspnée,
- voix humide, gargouillante, voilée après la déglutition.

Traitement de la dysphagie


De manière à réduire à un minimum le risque de pneumonie par aspiration, il est important de mettre rapidement en route un traitement de la dysphagie. Il a pour but de dépister les patients à risque d'aspiration par une séquence d'examen standardisée, de les faire profiter le plus rapidement possible d'un traitement individualisé et d'informer toutes les personnes impliquées dans la réadaptation. A fait ses preuves dans notre service le standard suivant:

- Tous les patients victimes d'un AVC sont soumis à un test de dépistage de la dysphagie dans les 24 heures suivant leur admission ou dès que leur état le permet. En attendant, ils restent «à jeun» avec une bonne hygiène buccale.
- Les patients positifs au dépistage reçoivent une explication clinico-logopédique détaillée sur la déglutition, éventuellement avec diagnostic technique de la déglutition, traitement adéquat de leur dysphagie et alimentation ad hoc, et ils sont suivis de près.
- Toutes les personnes intervenant dans la réadaptation reçoivent les instructions, informations, explications et conseils nécessaires.
- Les patients sans particularité au dépistage reprennent rapidement un régime surveillé.

Examen clinico-logopédique et technique de la déglutition

L'examen clinico-logopédique de la déglutition est plus complet que le dépistage de la dysphagie. Sont examinés la fonctionnalité de tous les organes impliqués dans la déglutition, les fonctions et interactions de même que

la coordination des gestes et phases de la déglutition. Cet examen donne généralement la véritable nature du trouble et le principal traitement, les recommandations diététiques et les premières mesures compensatoires et adaptatives pour rendre l'alimentation orale aussi facile et sans risque que possible.

Le diagnostic clinique ne permet pas toujours d'estimer suffisamment bien la problématique de la déglutition, ce qui fait que d'autres techniques instrumentalisées sont utilisées, dont notamment la vidéofluoroscopie (fig. 1 ) ou l'endoscopie de la déglutition. Ces deux méthodes d'examen se complètent et permettent une estimation beaucoup plus spécifique et précise du pathomécanisme, du risque d'aspiration et de l'efficacité des manœuvres de déglutition compensatoires. L'aspiration muette tant redoutée enfin ne peut être dépistée en toute sécurité qu'à l'aide du diagnostic technique de la déglutition.

Les résultats du diagnostic clinico-logopédique et instrumentalisé donnent la base d'un traitement de la dysphagie individuel, adapté au patient. Bien que le traitement de la dysphagie soit essentiellement du ressort de la logopédie, il s'agit toujours d'un travail d'équipe avec médecins, thérapeutes, soignants, cuisine et diététique.

Conclusion

Les interventions logopédiques précoces, aussi bien pour les troubles du langage que pour les dysphagies, sont entrées dans les recommandations de traitement des accidents vasculaires cérébraux. Le principe pour le traitement de l'aphasie est: «le plus tôt et le plus souvent possible». En plus de l'entraînement du langage à proprement parler, le patient doit recevoir une perspective de la menace d'isolement communicatif. Bien que la prise en charge soit nettement du ressort de

spécialistes bien formés, les proches sont impliqués le plus rapidement possible. Une explication sur le handicap verbal et la distribution d'aides à la communication ont tout leur sens. La planification des autres mesures de réadaptation doit se faire à la phase précoce déjà pour assurer un traitement logopédique à long terme le cas échéant.

Pour les dysphagies aussi un dépistage précoce et les mesures logopédiques *ad hoc* s'effectuent selon des directives. Des algorithmes standardisés ont fait leurs preuves en pratique clinique pour réduire le nombre de bronchoaspirations.

Remerciement

Nous remercions Madame Dr phil. Ursula Frey, Schaffhouse, pour ses précieux commentaires sur le manuscrit.

Correspondance:

Iris Hoess
 Logopädie, Abt. Neurologie und Neurophysiologie
 Medizinische Klinik
 Kantonsspital Münsterlingen
 Spitalcampus 1
 CH-8596 Münsterlingen
[iris.hoess\[at\]stgag.ch](mailto:iris.hoess[at]stgag.ch)

Références recommandées

- Huber W, Poeck K, Springer L: Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart 2006, Thieme.
- Bartolome G, Schröter-Morasch H: Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation. München 2010, Urban und Fischer, 4. Auflage.

Références

- 1 Greener J, Enderby P, Whurr R. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000425.
- 2 Robey RR. A Meta-Analysis of Clinical Outcomes in the Treatment of Aphasia. J of Speech, Language, and Hearing Research. 1998;41: 172-87.
- 3 Trapl A, et al. GUSS. Stroke. 2007;38(11):2948-52.