

## **La relation entre la lésion cérébrale occasionnée par un AVC, le syndrome aphasique et la récupération**

BOURIDAH-OUNAS Nafissa  
Laboratoire SLANCOM, Université d'Alger

Parmi les troubles des fonctions cognitives, consécutifs à des lésions cérébrales, le clinicien est confronté aux troubles du langage, encore appelés « Aphasie ». Ce terme signifie au sens large du mot, un trouble des fonctions langagières qui survient chez un individu qui maîtrisait normalement le langage<sup>191</sup>.

La lésion cérébrale responsable d'une aphasie peut être d'étiologies : vasculaires, tumorale, infectieuses, dégénérative ou traumatiques. Cependant, celle qui est la plus fréquente dans notre milieu médical<sup>192</sup> c'est la pathologie vasculaire ou accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique dont la répercussion sur le plan fonctionnel est l'hémiplégie et sur le plan cognitif l'aphasie.

L'aphasie occasionnée par les AVC touche un nombre croissant de victimes et devient, de ce fait, un problème majeur de santé publique. L'aphasique est polyhandicapé, il est dépourvu totalement ou partiellement de ses fonctions cognitives, il perd ainsi son statut social et professionnel. Une prise en charge multidisciplinaire est entreprise par des médecins, le corps paramédical, le psychologue et l'orthophoniste spécialisé en neuropsychologie.

Notre rôle consiste en l'évaluation psycholinguistique de l'aphasique, pour pouvoir analyser la nature des troubles : diagnostic, appréciation du degré de récupération : pronostic. Le profil neurologique est tracé grâce au compte rendu tomодensitométrique. Il détermine le site et le type de la lésion visualisée par le scanner ou L'IRM.

Le profil psycholinguistique est établi par le biais du MTA (Montréal Toulouse Algérien) adapté à la réalité socioculturelle algérienne par N. ZELLAL. Cette démarche clinique permet d'observer une corrélation entre le territoire lésé, la sémiologie observée et le degré de récupération de l'aphasique.

Avant d'exposer nos illustrations pratiques, voici quelques notions de sémiologie corrélées à des données neuropathologiques. Nous nous limitons à la sémiologie des formes d'aphasie les plus fréquemment rencontrées au cours de notre pratique hospitalière, rappelant, cependant que celle-ci est souvent discutée par les auteurs<sup>193</sup>.

### **I. Aphasie de Broca**

#### **I.1 Tableau clinique**

- Expression orale pauvre ;
- Mutisme, réduction, stéréotypies ;
- Troubles de l'articulation ;
- Élocution lente, syllabique ;
- Trouble de l'évocation ;
- Évolution vers l'agrammatisme fréquente ;
- Compréhension relativement correcte.

---

<sup>191</sup> SERON X., RONDAL J. A., *Troubles du langage, bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, Belgique, 1999, p. 661.

<sup>192</sup> Service de médecine physique, EHS Ben Aknoun, Alger.

<sup>193</sup> SERON X., RONDAL J. A., loc.cit. p. 662.

- Troubles écrits, difficiles à apprécier en raison de l'hémiplégie droite. Certains patients refusent même de se soumettre à l'épreuve de l'écriture.

## I.2 Localisation

Aire de Broca, pied de la 3<sup>ème</sup> circonvolution frontale gauche, plus largement, lésions de l'opercule fronto-pariétal et de la partie antérieure de l'insula.

## II. Aphasie globale

Dite aussi aphasie sévère, ou aphasie massive. Soulignons la pauvreté de la littérature quant à l'approche clinique et thérapeutique de cette forme d'aphasie. Les auteurs qui s'y sont intéressés relèvent une réduction massive qualitative et quantitative de l'expression, associée à des troubles sévères de la compréhension. Sur le plan moteur, l'hémiplégie droite est complète<sup>194</sup>.

### Localisation

Affection de tout le territoire cérébral nourri par l'artère sylvienne gauche ; AVC ischémique intéressant le territoire profond et superficiel de l'artère sylvienne gauche, ou ramollissement sylvien étendu<sup>195</sup>.

## III. Récupération après AVC

Les recherches récentes en neurophysiologie ou neuroanatomie mettent en évidence des phénomènes de modification survenant dans le système nerveux central, susceptibles de rendre compte de la récupération post lésionnelle comme :

- la régression du phénomène pathologique, lui-même oedème entourant la lésion vasculaire ;
- Régression du phénomène de diaschisis qui signifie : inhibition des régions cérébrales situées à distance, mais connectées avec la zone lésée ;
- Remise en fonction des capacités linguistiques latentes de l'hémisphère droit ;
- La colonisation de la zone de nécrose par des neurones nouvellement formés à partir de cellules souches, reste hypothétique.

Le rôle de la rééducation orthophonique est incontestable quant à l'émergence de ces phénomènes. Cependant, certaines variables peuvent prévenir la qualité de la récupération. Les plus importantes sont l'âge, l'état de santé général, l'étendue des lésions, la sévérité initiale de l'aphasie<sup>196</sup>. Ces variables sont indépendantes l'une de l'autre : l'état de santé général est souvent lié à l'âge du patient. La lésion vasculaire est corrélée à l'âge (les jeunes sont plus touchés par les traumatismes crâniens)<sup>197</sup>.

Le mauvais pronostic est indiqué par l'étendue de la lésion : artère sylvienne, ou zone étendue du langage, qui est responsable de la gravité initiale de l'aphasie<sup>198</sup>.

C'est la pertinence de cette corrélation que nous tentons de vérifier dans notre expérience scientifique et clinique, et ce, auprès de 36 cas aphasiques observés de l'année 2000 à l'année 2005, au service de médecine physique et de réadaptation de l'EHS de Ben Aknoun.

<sup>194</sup> CAMBIER J., *Neuropsychologie*, Masson, Paris, 2004, p. 355.

<sup>195</sup> CAMBIER J., loc.cit., p. 356.

<sup>196</sup> SERON Xavier, VAN DER LINDEN M., *Traité de neuropsychologie clinique*, Solal, Marseille, 2000, Tome 2, p. 26.

<sup>197</sup> AHRAS Ahmed, BENHASSINE Nawel, *Étude de traumatismes crâniens en médecine physique et réadaptation*, Journée de médecine et réadaptation, HCA Ain Naadja, Alger.

<sup>198</sup> CAMBIER J., loc. cit., p. 356.

#### IV. Démarche : à propos de 36 cas

##### AVC Ischémique étendu dans le territoire sylvien gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
21	39 - 74 ans	17 ♂ 04 ♀	Droitiers	- Réduction sévère de l'expression orale et/ou écrite - Troubles de la compréhension	- Compréhension légèrement améliorée - Réduction sévère du langage - Aphasie stationnaire

##### AVC Ischémique dans le territoire Fronto temporo pariéto Occipital gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
02	63-75 ans	1 ♂ 1 ♀	Droitiers	- Réduction sévère de l'expression orale et ou écrite. - Troubles de la compréhension	- Aphasie sévère stationnaire

##### AVC Ischémique dans le siège frontal gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
04	39-73 ans	2 ♂ 2 ♀	Droitiers	- Manque du mot - Agrammatisme - Troubles d'articulation	- Bonne récupération

##### AVC Ischémique dans le territoire fronto-pariétal gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
01	57 ans	1 ♀	Droitière	- Troubles d'articulation - Réduction de l'expression orale et écrite	- Bonne évolution

##### AVC Ischémique dans les noyaux lenticulaires gauches

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
02	39-59 ans	1 ♂ 1 ♀	Droitier	- Expression orale et écrite pauvre	- Bonne récupération

### AVC Ischémique dans le territoire pariéto-occipital gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
01	63 ans	1 ♂	Droitier	- Manque du mot	- Bonne Récupération

### AVC Ischémique dans le territoire pariétal gauche

Nb de patients	Âge	Sexe	Latéralité	Symptômes	Récupération après 1 an de Rééducation Orthophonique
05	56 -65 ans	3 ♂ 2 ♀	Droitiers	- Paraphasies	- Bonne récupération

### Les Pourcentages de récupération

Lésions	Symptômes	Récupération	Pourcentage
Territoire sylvien gauche, zone étendue	Aphasie sévère	Élémentaire	64 %
Autres	Moins sévère	Bonne évolution	36 %

## V. Discussion

Les valeurs numériques et les pourcentages sont en faveur de la corrélation entre la sévérité de l'Aphasie qui résulte d'une lésion sylvienne gauche et de plusieurs lésions associées fronto-temporo-pariéto-occipitales et le degré presque insignifiant de sa récupération. Le reste des sites lésionnels plus ou moins focalisés, présente des symptômes de sévérité moindre avec une bonne récupération

Cette observation est limitée dans le temps et dans l'espace. Elle ouvre cependant des perspectives pour des études statistiques sur des groupes plus larges, et à des études comparant le retentissement des étendues des lésions cérébrales sur la capacité motrice et la récupération.

L'étude de la variable lésionnelle en corrélation avec le caractère sévère des symptômes et le caractère élémentaire de la récupération dans l'aphasie peut être l'objet de très nombreuses controverses. Elle nécessite donc une analyse minutieuse des données neuropathologiques, grâce à l'imagerie cérébrale. Un examen méticuleux de l'aphasie permet d'évaluer les formes cliniques observées, et une rééducation orthophonique visant la revalidation du patient, le tout en réorganisant ses fonctions cognitives post-lésionnelles.

A l'heure actuelle, des études épidémiologiques et expérimentales permettent d'objectiver la réorganisation des fonctions intracérébrales après AVC et aphasie.

Toutefois, nous sommes loin de pouvoir établir précocement un pronostic fiable, et de connaître de façon absolument exacte les éléments thérapeutiques permettant d'optimiser ou d'améliorer la récupération chez les aphasiques globaux. A cet égard l'orthophoniste neuropsychologue éprouve un grand inconfort vis-à-vis du patient, de son entourage et de son milieu professionnel, d'autant plus que les aphasiques globaux présentent le plus grand pourcentage de patients dans notre milieu clinique. La question sur les moyens

d'approche thérapeutiques des aphasiques chroniques sévères globaux dans le but d'une revalidation et d'une réinsertion sociale et/ou professionnelle reste donc posée.

## **Bibliographie**

- AHRAS Ahmed, BENHASSINE Nawel, Étude de traumatismes crâniens en médecine physique et réadaptation, Journée de médecine et de réadaptation, HCA Ain Naadja, Alger.
- BOURIDAH Nafissa, *L'agrammatisme dans l'aphasie de Broca chez les patients parlant l'arabe dialectal Algérien*, mémoire de Magistère en Orthophonie, s/d de Nacira ZELLAL, IPSEO, Université d'Alger, 2002.
- BOURIDAH Nafissa, *Aphasie et rééducation du langage*, Journée sur l'orthophonie, Service de médecine physique, EHS Ben Aknoun, Alger, 1997.
- CAMBIER Jean, *Neuropsychologie*, Masson, Paris, 2004.
- JEANNEROD Marc, SERON Xavier, *Neuropsychologie Humaine*, Mardaga, 1994.
- LECOURS André Rock, *Les troubles aphasiques du langage oral*, La Revue du praticien, n° 2, J.B. Baillière, 1991.
- LHERMITTE François, LECOURS André Rock, *L'aphasie*, Flammarion, 1979.
- SERON Xavier, VAN DER LINDEN Martial, *Traité de neuropsychologie clinique*, Solal, Marseille, 2000, Tomes 1 et 2.
- SERON Xavier, RONDAL Jean Adolph, *Troubles du langage, bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, Belgique, 1999.
- SERON Xavier, *Aphasie et neuropsychologie, Approches thérapeutiques* », Mardaga, 1979.
- ZELLAL Nacira, *L'aphasie n'est plus dichotomie : essai de démonstration sous l'angle de la psychologie cognitive*, Glossa, n° 23, UNADRIO, Paris, pp. 35-45, 1991.