Minerva - Analyse - 20/04/2022

Stratégies de prise en charge logopédique des troubles dysarthriques suite à un AVC

Référence
Chiaramonte R, Pavone P, Vecchio M. Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. Eur J Phys Rehabil Med 2020;56:547-62 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06185-7

Analyse de
Emilie Levaux, logopède
Aucun conflit d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelles sont les meilleures stratégies de prise en charge logopédiques pour améliorer les compétences langagières des patients adultes dysarthriques suite à un AVC ?

Contexte

Les difficultés langagières, telles que l'aphasie et la dysarthrie, sont fréquentes après un AVC (1). L'aphasie rend le patient incapable de produire et/ou de comprendre le langage suite à l'atteinte d'une région cérébrale spécifique, alors que la dysarthrie résulte d'une atteinte des muscles nécessaires à la production du langage (faiblesse, problème de coordination). Cette dernière touche 30 à 40% des patients ayant fait un AVC (2) et impacte très négativement le quotidien. Une prise en charge adéquate est donc nécessaire afin d'améliorer l'autonomie et le bien-être des patients (3). Il existe plusieurs stratégies de prise en charge, mais celles-ci sont peu évaluées dans la littérature scientifique. En 2018, l'analyse d'un essai randomisé dans Minerva montrait qu'une thérapie logopédique intensive durant 3 semaines dans la phase de longue durée (> 6 mois) de l'aphasie après un AVC permet d'améliorer significativement la communication fonctionnelle verbale (4,5). Encore moins d'études concernent la prise en charge des dysarthries en post AVC. Cette étude (6) a donc pour but d'informer assez largement les cliniciens sur les possibilités de prise en charge logopédique face à des patients dysarthriques en post AVC.

Résumé

Méthodologie

Revue systématique de la littérature sans méta-analyses.

Sources consultées

- les auteurs ont consulté les bases de données PubMed, EMBASE, Cochrane Library et Scopus Web of Science.

Etudes sélectionnées

- critère d'éligibilité : études évaluant l'intérêt (évaluation clinique, échelles diagnostiques ou analyse acoustique de la voix) de la logopédie chez les adultes dysarthriques en post-AVC (études de cas, études rétrospectives ou essai clinique contrôlé randomisé)
- au total, 25 études, menées entre 2004 et 2018 ont été incluses (mais le tableau de synthèse des preuves reprend 26 études…9 essais cliniques randomisés, 8 études rétrospectives et 9 études de cas)

- 33 articles ont été exclus pour les raisons suivantes : 12 portaient sur des patients aphasiques ou ayant d'autres troubles que la dysarthrie, 10 examinaient les caractéristiques cliniques de la dysarthrie, 3 concernaient l'impact de la dysarthrie sur la participation sociale, 8 n'incluaient pas de patients ayant subi un AVC.

Mesure des résultats

- dans cette revue, les auteurs ne précisent pas les critères qui les intéressent a priori ; ils ne font que décrire sommairement les différentes études incluses et les stratégies logopédiques recensées, mais ne les comparent pas entre elles
- aucune méta-analyse n'est réalisée.

Résultats

- vingt stratégies logopédiques sont recensées et décrites : interventions traditionnelles, exercices phono-respiratoires, soutien psychologique, intervention comportementale, exercices oro-moteurs (OME) langagiers ou non-langagiers, communication augmentative/alternative, activités pratiques, thérapie induite par la contrainte, 'Be Clear', exercices vocaux/chant, 'ReaDySpeech', e-learning based therapy (EST), acupuncture, stimulations transcraniennes, 'LSVT', thérapie de groupe, AM protocol, thérapie pour incompétence vélopharyngée, exercices à domicile.

Conclusion des auteurs

Les auteurs disent avoir tenté de fournir au lecteur une vue d'ensemble complète de la littérature sur les différents traitements de la dysarthrie après un accident vasculaire cérébral mais que des essais contrôlés à grande échelle pour comparer les différentes stratégies de réadaptation pour traiter ce trouble seraient nécessaires.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Deux chercheurs ont indépendamment consulté les titres et les résumés des publications. En cas de désaccords, une discussion entre les auteurs a mené à un consensus. Les auteurs se réfèrent au protocole PRISMA mais plusieurs éléments importants de ce protocole ne sont pas suivis comme la stratégie de recherche précise pour chaque base de données, d'éventuelles limitations de langues dans les critères d'éligibilité ou encore l'évaluation des risques de biais dans les études inclues. De plus, il n'y a pas eu de prépublication du protocole.

Les études sélectionnées sont très hétérogènes en ce qui concerne le nombre de participants, la sévérité des troubles, la durée du traitement, le moment de la première séance, les critères d'évaluation examinés et le "study design". Aucune tentative de synthèse des preuves par critère d'évaluation et donc de génération d'un niveau de preuve (par exemple au moyen d'un tableau de type « Summary of Findings ») n'a été réalisé. L'exercice se résume à un tableau purement descriptif des études sélectionnées puis à une description des différentes interventions logopédiques recensées.

Évaluation des résultats de l'étude

Cette revue ne fait que décrire les différentes méthodes de prise en charge existantes. La question posée est peu précise et les critères d'éligibilité des études ne sont pas suffisamment développés. Par exemple, nous ne savons pas ce que les auteurs entendent par 'patients dysarthriques', à part que ces derniers doivent éprouver des difficultés oromotrices suite à un AVC. Nous ne savons pas si les auteurs s'intéressent à tous les types de dysarthrie, ou à un type en particulier (flasque, spastique, ataxique, hypo/hyperkinétique ou mixte). Aucune information n'est donnée sur le contexte spécifique (prise en charge plus ou moins spécialisée, ligne de soin…) des interventions décrites. Enfin, aucune comparaison n'a été réalisée entre les études, afin de déterminer si certaines se montrent plus efficaces que d'autres.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Les guides de pratique clinique belges ne fournissent pas ou très peu d'informations relatives à la prise en charge de la dysarthrie dans un contexte d'AVC. Concernant l'intérêt de la logopédie, ils affirment qu'il n'existe pas de preuves suffisantes quant à l'effet de la logopédie sur la dysarthrie (7). L'ASHA (American Speech Language Hearing Association) détaille ses recommandations en rappelant qu'il important de prendre en compte certains éléments pour mettre en place une prise en charge de qualité : sévérité du trouble, les besoins de communication, les préférences du patient et de sa famille et la présence de comorbidités (8). Et qu'il existe deux types de traitements : les premiers visent directement les fonctions langagières (respiration, phonation, articulation, résonance, prosodie), les seconds incluent la « CAA » (« communication augmentative et/ou alternative »), la modification de l'environnement, les interventions chirurgicales ou encore l'utilisation de diverses stratégies par le patient ou l'entourage.

Des études recommandent de commencer par restaurer les fonctions vélopharyngées afin de pouvoir ensuite rééduquer la respiration et la phonation (9,10). De plus, prendre en charge certains troubles secondaires peut parfois corriger d'autres fonctions importantes. Par exemple, la rééducation de la prosodie peut améliorer l'intelligibilité (9,11), alors que la rééducation de l'intensité vocale peut impacter positivement l'articulation (12).

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique de la littérature de très faible qualité méthodologique se limite à fournir au lecteur une vision d'ensemble des différents traitements logopédiques de la dysarthrie suite à un AVC sans réellement discuter la qualité des preuves.

Références

1. Tamplin J. A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech. NeuroRehabilitation 2008;23:207-16. DOI: 10.3233/NRE-2008-23302
2. Mahler LA, Ramig LO. Intensive treatment of dysarthria secondary to stroke. Clin Linguist Phon 2012;26:681-94. DOI: 10.3109/02699206.2012.696173
3. Mackenzie C, Kelly S, Paton G, et al. The Living with Dysarthria group for post-stroke dysarthria: the participant voice. Int J Lang Commun Disord 2013;48:402-20. DOI: 10.1111/1460-6984.12017
4. Vandenborre D. Logopédie intensive chez les personnes atteintes d'aphasie de longue durée post-AVC. MinervaF 2018;17(2):24-7.
5. Breitenstein C, Grewe T, Flöel A, et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. Lancet 2017;389:1528-38. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3
6. Chiaramonte R, Pavone P, Vecchio M. Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. Eur J Phys Rehabil Med 2020;56:547-62 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06185-7
7. Rééducation d'un patient ayant subi un AVC. Duodecim Medical Publications 2017. Screené par Ebpracticenet 2018.
8. American Speech-Language-Hearing Association. Dysarthria in adults (Practice Portal). (n.d.) Retrieved april, 07, 2022, on : www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dysarthria-in-Adults/.
9. Yorkston KM, Beukelman DR, Strand E, Hakel M. Management of motor speech disorders in children and adults. Pro-Ed 2010.
10. Duffy JR. Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management. Elsevier 2013.
11. Patel R. Prosodic control in severe dysarthria: preserved ability to mark the question-statement contrast. J Speech Lang Hear Res 2002:5:858-70. DOI: 10.1044/1092-4388(2002/069)
12. Neel, AT. Effects of loud and amplified speech on sentence and word intelligibility in Parkinson disease. J Speech Lang Hear Res 2009;52:1021-33. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/08-0119)