

CZU 316.6:616.831-005

<https://doi.org/10.52507/2345-1106.2024-2.39>

**EVALUAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI COMUNICARE ÎN ACCIDENTE VASCULARE
CEREBRALE**

GLAVAN Aurelia,

Doctor habilitat în psihologie, profesor universitar,

BODORIN Cornelia,
doctor în psihologie, conferențiar universitar,
logoped IMU IMSP
E-mail:corneliabodorin3@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-2234-8810>

REZUMAT

Numărul pacienților cu accident cerebral vascular este în continuă creștere. Insuficiența studiilor în domeniul tulburărilor de limbaj în afecțiuni neurologice ne-a determinat să stabilim drept problema de cercetare evaluarea tulburărilor de limbaj în accident cerebral vascular (AVC). În experiment au fost incluși 126 de pacienți cu afazie. În urma aplicării Western Aphasia Battery (WAB) am determinat tipul și gradul de dizabilitate verbală. Astfel am aprobat testul WAB drept una din cele mai eficiente și obiective metode de evaluare în afazie la pacienții cu accident cerebral vascular (AVC).

Cuvinte-cheie: accident cerebral vascular, afazie, limbaj, diagnostic, pacient.

ASSESSMENT OF LANGUAGE AND COMMUNICATION DISORDERS IN CEREBRIAL VASCULAR ACCIDENTS

GLAVAN Aurelia,
Habilitation doctor in psychology, university professor,
"Ion Creanga" State Pedagogical University
E-mail: glavan_aurelia@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-2549-5367>

BODORIN Cornelia,
PhD in psychology, associate professor,
Speech therapist IMU IMSP
Email: corneliabodorin3@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-2234-8810>

SUMMARY

The number of patients with stroke is constantly increasing. The insufficiency of studies in the field of language disorders in neurological conditions led us to establish as a research problem the assessment of language disorders in cerebrovascular accident (CVA). 126 patients with aphasia were included in the experiment. Following the application of the Western Aphasia Battery (WAB) we determined the type and degree of verbal disability. Thus, we approved the WAB test as one of the most effective and objective methods of aphasia evaluation in patients with cerebrovascular accident (CVA).

Key words: cerebrovascular accident, aphasia, language, diagnosis, patient.

Întroducere. Această cercetare este o tentativă de răspuns la cerințele înaintate de societatea modernă vis-à-vis de integrarea eficientă a persoanelor cu dizabilități și, în special, cu dizabilități de limbaj și comunicare.

Valoarea cantitativă a acestora, în conformitate cu datele oferite de Biroul National de Statistică din Republica Moldova pentru anul 2022, este într-o continuă creștere, iar numărul copiilor logopați de vârstă preșcolară formează 32% (numărul persoanelor mature cu dizabilități nu se cunoaște).

Valoarea calitativă a tulburărilor de limbaj este și ea la o etapă de metamorfoză nosologică, fiind completată tot mai frecvent prin „autism digital”, dislogie, mutism și disfazie.

Insuficiența studiilor în domeniul tulburărilor de limbaj în afecțiuni neurologice ne-a determinat să relevăm drept problemă de cercetare *delimitarea metodelor de evaluare a tulburărilor de limbaj și*

comunicare în accidente cerebrale vasculare.

Accidentele vasculare cerebrale generează apariția afaziilor. Afazia reprezintă o tulburare de limbaj de origine centrală, care afectează temporar sau pe termen de durată, superficial sau profund, limbajul oral și scris, la nivel de comprehensiune și/sau emitere, implicând în procesul distructiv laturile fonetico-fonematică, lexico-gramaticală, gramaticală.

Pe de altă parte, afazia determinând o lipsă sau o dificultate de comunicare interumană, se poate realiza într-un interval de timp, scurt sau mai lung, un tablou clinic de demență vasculară [1].

Datele statistice ne confirmă ca afazia apare la circa 40% dintre persoanele care au suferit un accident vascular cerebral. Dickey, Kagan, Lindsay, Fang, Black (2010) au realizat un studiu pentru a stabili incidența tulburărilor afazice, raportate la cazurile cu AVC. Studiul acestora s-a derulat pe o populație de 3 207 persoane,

dintre care 1 131, adică un procent de 35%, au prezentat tulburări afazice. Aceste date au indicat că tulburările afazice angrenate pe fondul AVC corelează cu: perioada mai lungă de spitalizare, gradul crescut de utilizare a serviciilor de reabilitare, rata crescută a terapiei administrate [2].

În țara noastră, la fel ca și la nivel mondial, AVC reprezintă principala cauză a tulburărilor afazice. Accidentele vasculare cerebrale conduc la apariția tablourilor afazice la 10-15% dintre cazurile de AVC la nivel mondial, iar în țara noastră acestea au o pondere de 30-35%.

Incidența tulburărilor afazice în România formează: afazia motorie (expresivă) – 52,9%; afazia senzorială (receptivă) – 39,2%; afazia mixtă – 7,9%.

Studiul transversal realizat în Republica Moldova în cadrul Institutului de Medicină Urgentă, Departamentul Neurochirurgie, ne indică o incidență de 28,3% - pacienți cu dizartrie, 13,39% - afazie motorie aferentă, 10% - afazie senzorială, 20% - afazie mixtă.

Kory Calomifirescu și Kory Mercea (1996), precum și Crăciun (2001, 2009) indică că incidența afaziilor este mai crescută în cazul bărbaților, indicând o rată de 58,9% a incidenței tablourilor afazice post AVC la bărbați, comparativ cu prevalența tablourilor afazice mai scăzută în rândul femeilor, unde incidența raportată este de

41,1%. De asemenea autorii notează o distincție între tulburarea afazică motorie mai specifică tinerilor, și tulburarea afazică senzorială mai specifică persoanelor în vârstă [4]. Potrivit statisticilor oferite de *United Kingdom's Stroke Association*, 1 din 3 persoane va avea probleme de comunicare după un accident vascular cerebral (AVC), simptomele și severitatea afaziei variind în funcție de localizarea și gradul de afectare al creierului.

Afazia este rezultatul disfuncției centrilor limbajului de la nivelul cortexului și a ganglionilor bazali sau a căilor de conducere ce îi conectează pe aceștia. Anatomic, funcția limbajului este localizată în special la nivelul lobului temporal postero-superior, lobului parietal inferior adiacent și conexiunii subcorticale dintre aceste regiuni – de obicei la nivelul emisferei drepte chiar și la persoanele stângace. Lezarea oricăreia dintre părțile acestei regiuni prin AVC, tumora, traumatism sau degenerescență, interferează cu un anumit aspect al funcției limbajului.

Diversele tipuri de afazie rezultă din localizările leziunilor în anumite regiuni ale creierului:

- *Afazia anatomică;*
- *Afazia expresivă (motorie, Broca);*
- *Afazia receptivă (senzitivă, Wernicke);*
- *Afazia globală.*

Tabelul 1. Clasificarea afaziilor (după O. Moreaud și col., 2010)

Tip afazie	Fluență	Tipul tulburării	Înțelegere	Repetiție	Deformare
A. Broca	redușă	afecțiuni paradigmatică	afectată	alterată	probleme de articulare, diprozodie, agramatism
A. de conducere	redușă	afecțiuni paradigmatică	normală	alterată	parafazii fonemice
A. Wernicke	normală/accelerată	afecțiuni paradigmatică	afectată	afectată	parafazii verbale
A. globală	foarte redusă	combinată	foarte afectată	foarte afectată	stereotipii
A. transcorticală motorie (A. dinamică a lui Luria)	redușă	afecțiuni paradigmatică	normală	normală	fără
A. transcorticală senzorială	normală sau mărită	afecțiuni sintagmatice	foarte afectată	normală, adesea ecolalică	parafazii verbale
A. sub-corticală	variabilă	afecțiuni paradigmatică	variabilă, adesea normală	normală	parafazii verbale

Procesul de evaluare clinico-psiho-logopedic a afaziei implică: observația comportamentului manifestat, convorbirea, istoricul bolii, diagnosticul funcțiilor cognitive și de personalitate, rezultatele explorărilor medicale (imagerie modernă, tomografii computerizate etc.), teste neuropsihologice standardizate și teste specifice (calitative sau cantitative). Diagnosticul unei afazii se stabilește în urma evaluării limbajului oral și

scris, a celui expresiv și impresiv, care cuprinde: vorbirea spontană, vorbirea repetată, denumirea obiectelor și situațiilor, înțelegerea cuvintelor și frazelor, lectura, scrisul spontan sau dictat, completat de un examen neurologic amănunțit și de diverse metode de investigație neuroradiologice [2].

În *Tabelul 2* prezentăm teste de evaluare a afaziei, care sunt folosite în diferite țări, ținându-se cont de

Tabelul 2. Teste standardizate de evaluare a afaziei

Nume test, autor	Structura	Observații
1. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) H. Goodglass & E. Kaplan	34 subteste ce examinează componente diferite ale limbajului precum și aspect ale percepției și rezolvare de probleme.	Bine cunoscut, și înțeles, dar lung. Evaluează profilul deficiențelor și severitatea lor (folosit în Marea Britanie și în Franța).
2. Western Aphasia Battery (WAB)	Conține 10 subteste ce examinează aspecte legate de limbaj, numire, repetiție, înțelegere/comprehensiune.	Mai scurt ca BDAE (60 min.) determină severitatea și permite categorizarea în sindroamele principale.
3. Comprehensive Aphasia test (CAT)	34 de subteste include un screening cognitiv, o baterie de evaluare a limbajului (21 subteste) și un chestionar de dizabilități.	Un test nou ce trebuie completat în 90-120 min, ce poate fi folosit și în stadii incipiente de afazie.
4. Protocol Montreal Toulouse 86, Nespoulous, Lecours et coll, 1986-1992.	2 module: <i>Mi alfa</i> : examen clinic standardizat: numire, repetiție, citire, scriere după dictare, copiere, înțelegere orală sau scrisă. <i>Mi beta</i> : teste complementare: descrierea de imagini, înțelegerea textelor, manipulare de obiecte etc.	Validat în Franța.
5. Der Aachener Aphasie Test (AAT). 6. Huber, Poeck, Weniger & Willmes, 1983.	6 subteste; vorbire spontană, test Token, repetiții, evaluare scriere, redenumire și înțelegere.	Validat pentru vorbitori de limbă germană.

În Republica Moldova, în conformitate cu Protocolul clinic național, PCN-181, Reabilitarea medicală a bolnavului cu accident cerebral vascular, realizăm *Evaluarea psiho-logopedică* prin aplicarea următoarelor teste:

- Evaluarea limbajului: Scala de evaluare cuantificată orientativă a tulburărilor de limbaj (Aphasia Screening Test);
 - Starea mentală: Chestionarul Folstein Mini Mental State Examination (MMSE);
 - Testarea deglutiției: Testarea screening a deglutiției.
- Adițional, după necesitate, aplicăm:
- Scala FIM (Functional Independence Measurement);
 - Testul Beck;
 - Nivelul funcțiilor cognitive;
 - Scala Recovery Locus of Control;
 - Testul Galveston de orientare și amnezie;
 - Scala de evaluare cuantificată QOL;
 - Scala ADL;
 - Fișa de observație pentru afazie;
 - Fișa de evaluare neuropsihologică a bolnavilor cu leziuni neuronale de focar (A.R. Luria).

După M. Crăciun, în cadrul diferitelor funcții discrepantele decelate sunt utile din punct de vedere al diagnosticului, iar testarea, fie că este vorba de o abordare cantitativă sau calitativă, a fost și va rămâne în continuare un element indispensabil al diagnosticului [2].

Evaluarea clinică a afaziei prin baterii de teste specializate, după Xavier de Boissezon (2010), ne permite să testăm vorbirea spontană, comprehensiune orală/ verbală, limbajul expresiv, înțelegerea textelor,

citire, scriere [5], iar în unele cazuri, testul poate servi scopuri multiple: elaborarea unui standard de comparație, permite comparații ale performanțelor în cadrul aceleiași funcții în diferite momente ale evoluției bolii, făcând posibilă o monitorizare a evoluției bolii. Pentru a dezvolta un plan de tratament precis, este imperativ necesară evaluarea aprofundată a limbajului acestor pacienți, astfel unii cercetători preferând evaluările efectuate în grup, prin utilizarea testelor standardizate, alții considerând că metoda „studiului în grup” nu este cea mai bună alternativă atunci când vine vorba de pacienții afazici. Savanții Leon-Carrion (1995) și M. Crăciun (2009) sunt de părere că după stabilirea tipului deficitului organizațional al sistemului funcțional, se poate alege tehnica potrivită fiecărui caz pentru restructurarea sistemului funcțional perturbat și alegerea metodei de reabilitare adecvat. Terapia afaziei are scopul de a îmbunătăți capacitatea unei persoane de a comunica prin folosirea abilităților lingvistice intacte, de a restaura abilitățile lingvistice cât mai mult posibil, de a compensa învățând alte metode de comunicare. Logopedul ajută pacientul să identifice propriile resurse și să le dinamizeze, ajungându-se astfel la efectul dorit (îmbunătățirea funcției deficitare a limbajului și chiar recuperarea totală) [2].

În cazul accidentului vascular cerebral, procesul de terapie a limbajului și a comunicării nu se rezumă doar la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la susținerea pacientului din punct de vedere afectiv și motivațional. Terapia limbajului are un rol important în încurajarea pacientului și înlăturarea stării de negativism față de întregul proces de recuperare (tratament medicamentos, kinetoterapie, logopedie etc.) [4]. Conform lui Chinellato (2007), terapia logopedică are la bază principiile

compensator-dezvoltative de care trebuie să se țină cont în cadrul activității recuperativ-terapeutice. În cazul unui pacient cu accident vascular cerebral (ischemic sau hemoragic) este foarte important ca terapia să înceapă imediat ce pacientul are semnele vitale stabile (*principiul intervenției precoce*). Nu se recomandă amânarea intervenției, în ideea unei eventuale extenuări. Un alt principiu important este acela al *reevaluării și reproiectării* permanente a intervenției logopedice, în funcție de rezultate și de starea psihică a pacientului – deoarece pot apărea o mulțime de factori care pot duce la modificarea programului individualizat de terapie [4].

Studiu experimental: evaluarea tulburărilor de limbaj și comunicare la persoane cu accident vascular cerebral. Am avut drept *obiectiv* al cercetării empirice studiul psiho-clinic al tulburărilor afazice la persoanele post AVC și determinarea nivelului de eficiență a *testului Western Aphasia Battery (WAB)*.

Pe baza datelor clinice, corelate cu aspectul tomografiei computerizate (CT), au fost studiate: formele clinice de afazie în accidentele vasculare cerebrale de tip ischemic și de tip hemoragic; corelarea dintre forma clinică de afazie și topografia leziunii vasculare în emisfera stângă sau dreaptă, pe baza rezultatelor tomografiei computerizate (CT). În acest studiu ne-am propus să facem o cercetare referitor la formele clinice de afazie [3], pentru a pune în evidență elementele semiologice și pentru a stabili forma predominantă a acestor elemente semiologice: de tip receptiv sau de tip motor, la un număr de 126 de pacienți post AVC (73 bărbați, 53 femei, vârsta medie $\pm$ 63 ani) din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, secția Boli cerebrovasculare. Diagnosticul de accident vascular cerebral ischemic sau hemoragic a fost stabilit prin examenul obiectiv neurologic și prin CT cerebral. Toți

pacienții au fost examinați clinic, paraclinic prin tomografie computerizată (CT) și prin testare neuropsihologică (*testul WAB*), pentru a stabili etiologia leziunii, topografia procesului lezionar vascular, cât și forma clinică de afazie, la debutul bolii, dar și în evoluția acesteia. Examinarea afaziei s-a realizat prin *testul Western Aphasia Battery (WAB)*, descris în 1980 de către Shewan CM și Kertesz A, versiunea în limba română Kory Calomfirescu Ștefania și Kory-Mercea Marilena (1996), examinarea neuropsihologică a pacientului afazic a cuprins date referitoare la: afazia expresivă, afazia receptivă și alte forme de afazie, apoi am aplicat chestionarul pentru testul WAB.

Rezultatele studiului. Din numărul total de cazuri, 126 pacienți, cu accidente vasculare cerebrale însoțite de afazie, 105 pacienți (83%) au fost cu AVC ischemice, iar 21 de pacienți (17%) au fost cu accidentele vasculare cerebrale hemoragice, însoțite de tulburări de limbaj de tip afazic. Aceste cazuri cu afazie au fost investigate clinic, paraclinic prin CT și prin testare neuropsihologică. Toți pacienții au fost supuși unei terapii de recuperare a afaziei.

Diferența între cele două sexe ale pacienților nu a fost semnificativă iar vârsta pacienților studiați a fost în majoritate peste 60 ani (61,2%). Conform rezultatelor topografice, cea mai frecventă formă de afazie a fost realizată de AVC în bazinul ACM stânga (78%), urmat de infarctul de talamus stâng (22%). Cea mai frecventă formă de afazie subcorticală este realizată de hematomul talamusului stâng (69%), urmat de infarctul de talamus stâng (17%), iar cea mai mică frecvență a fost întâlnită la infarctele de nucleii bazali stângi și de infarctele capsulo-putaminale. A fost un singur caz de afazie prin hematom de talamus drept.

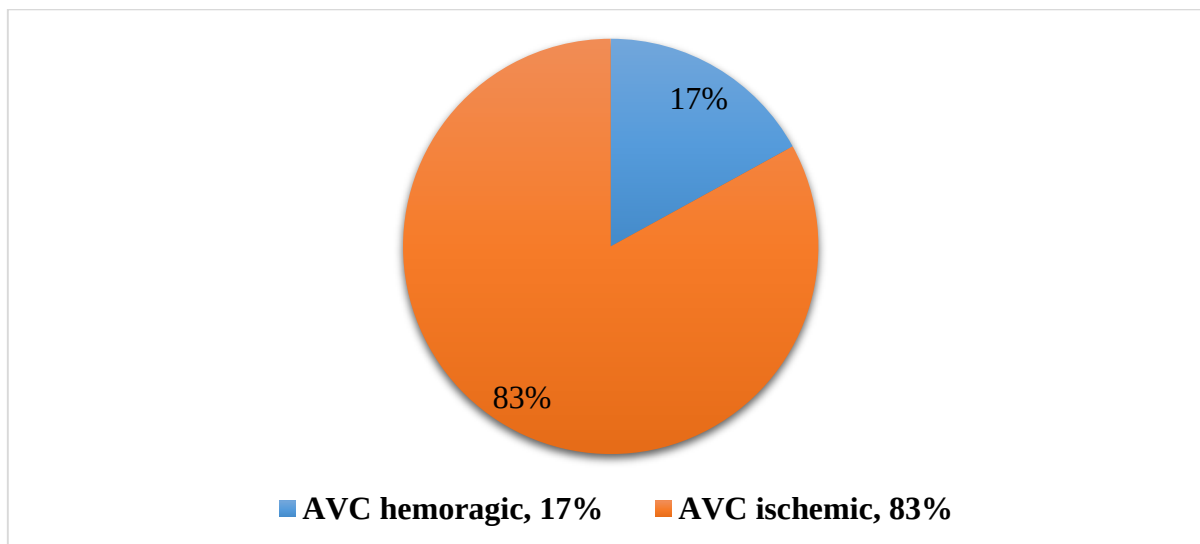


Figura 1. Distribuția datelor privind pacienții cu accidente vasculare cerebrale însoțite de afazie

În faza acută a bolii (în primele 3 săptămâni) toți pacienții au prezentat o formă mixtă de afazie, datorită edemului cerebral mai extins. Formele clinice de afazie, după 8 săptămâni de la debutul bolii, au fost următoarele: 37 pacienți (29,03%) cu afazie nonfluentă restantă, 33

pacienți (25,80%) cu afazie fluentă restantă, 20 pacienți (16,12%) cu afazie transcorticală motorie, 20 pacienți (16,12%) cu afazie transcorticală senzorială, 16 pacienți (12,90%) cu afazie transcorticală mixtă.

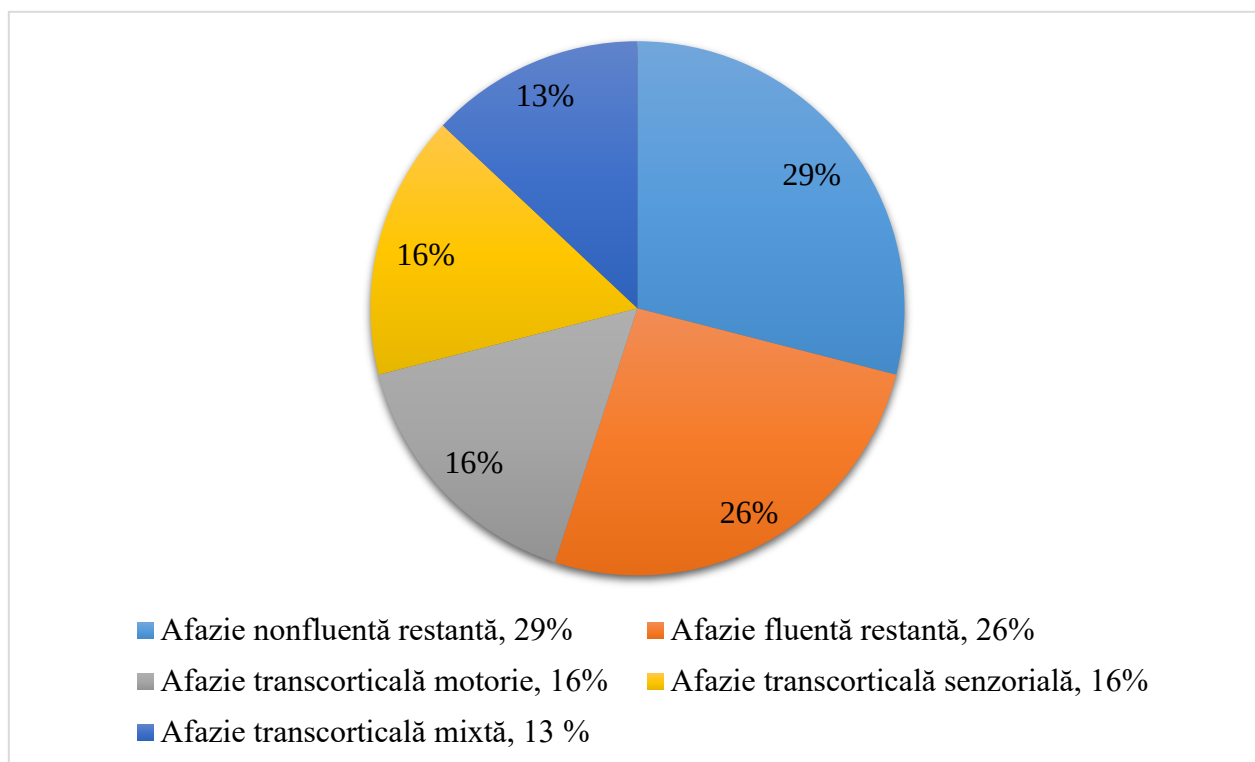


Figura 2. Distribuția datelor conform rezultatelor topografice

Afazia în cadrul accidentelor vasculare cerebrale ischemice și hemoragice s-a prezentat sub mai multe forme clinice. Cele mai frecvente forme de afazie post AVC, s-au încadrat în trei categorii de bază, în funcție de proprietățile limbajului care au fost mai mult sau mai puțin afectate:

1. afazia de tip Broca (afazie nonfluentă, motorie sau expresivă – Broca) – 51,3% pacienți;
2. afazia de tip Wernicke (afazie fluentă, senzorială sau receptivă – Wernicke) – 38,6% pacienți;
3. afazia mixtă (globală), fiind cea mai gravă formă de afazie – 6,4% pacienți;
4. alte tipuri de afazii – 3,7% pacienți.

Stabilirea unei forme de afazie, elementele semiologice inițiale, cât și cele restante au fost de o mare valoare pentru precizarea ulterioară a metodelor de logopedie, individual la fiecare pacient afazic, cu AVC ischemic sau hemoragic.

Sinteza studiului. Majoritatea studiilor anatomo-clinice despre accidente vasculare cerebrale, care afectează emisferul cerebral dominant pentru limbaj menționează afazia drept componentă a tabloului clinic. Astfel, Mc Kisson et al. (1978), au descris 389 pacienți cu AVC, dintre care 39 pacienți, 10%, au prezentat afazie [3]. Janicson și Yelland au studiat 249 bolnavi cu AVC, constatând că 124 dintre aceștia au dezvoltat afazie, autorii nedescrind și tipul acesteia. În toate cazurile, afazia a fost însoțită de hemipareză. În schimb, apariția afaziei ca symptom unic sau dominant în AVC este rar citată în literatura de specialitate. Astfel în studiul lui Okihoro et al., incidența afaziei ca symptom unic sau dominant în AVC este de doar 1% din totalul bolnavilor.

Plenge et al. descriu 4 pacienți cu simptome neurologice tranzitorii, inclusive afazie, pretând clinic la diagnosticul diferențial al AIT. În schimb examenul CT a relevat AVC hemoragic în toate cele 4 cazuri. Dintre aceștia, doar un caz a dezvoltat o tulburare de limbaj de tip afazic izolată, fără deficit motor sau senzitiv asociat.

Perlmutter et al. au sugerat câteva teorii fiziopatologice asupra genezei afaziei în AVC:

1. existența unor gradiente presionale locale semnificative, dar reversibile;
2. hipoperfuzia și hipoxia cerebrală locală, asupra zonelor corticale ale limbajului.

Tipurile de afazii raportate la subiecții cercetați în acest studiu au fost:

- a. afazie ne fluentă Broca 65 pacienți;
- b. afazie fluentă Wernicke 49 pacienți;
- c. afazia mixtă 7 pacienți;
- d. afazia amnestică (alte tipuri) 5 pacienți.

Luând în considerare principalele forme, literatura de specialitate raportează aceeași incidență a subtipurilor de tulburări afazice în populația cu AVC: predomină afazia motorie (expresivă), urmată de afazia senzorială (receptivă), apoi afazia mixtă într-un procent mai mic. Se poate sublinia faptul că incidența afaziei motorii este mai crescută comparativ cu cea senzorială sau mixtă. Varietatea sindroamelor afazice observate în studiu reflectă diversitatea direcțiilor după care tulburările vasculare prezente acționează asupra cortexului cerebral. Cu certitudine, afaziile corticale sunt mai frecvente decât procentele raportate în diverse studii; cauzele subdiagnosticării sunt reprezentate, mai ales, de tulburările stării de conștiință asociate (confuzie,

somnolență). Uneori, acestea maschează tabloul afaziei. În consecință examenul clinic neurologic, în corelație cu examinările paraclinice, în special tomografie computerizată (CT cerebral), și examenul neuropsihologic, poate să pună în evidență tipul afaziei.

Concluzii. Accidentele vasculare cerebrale sunt cele mai frecvente cauze ale tulburărilor de limbaj de tip afazic (circa 40%), care determină lipsa sau perturbarea capacității de comunicare. Tabloul clinic este completat prin dizabilități de ordin secundar și terțial, cum ar fi dizabilități de psihomotricitate, de deglutiție, respirație fonatoare, fonație, tulburări cognitive și de personalitate.

Am efectuat evaluarea pacienților afazici post AVC prin testul *Western Aphasia Battery (WAB)*, el fiind corelat cu rezultatele tomografiei computerizate (CT), care au pus în evidență leziunea vasculară și topografia

sa, au stabilit forma clinică a afaziei în funcție de elementele semiologice inițiale, cât și cele restante, ceea ce ne-a permis eficientizarea traseului recuperativ-logopedic.

Deasemenea a fost dovedit că incidența afaziei motorii este mai frecventă comparativ cu cea senzorială sau mixtă; ca diferență între cele două sexe, la pacienții din lotul experimental, nu a fost semnificativă; ca vârsta pacienților este de 60+.

Afirmăm necesitatea includerii Testului *Western Aphasia Battery (WAB)* în demersul logopedic, ca fiind eficient, util, obiectiv, non-dificil și practic-aplicativ, ceea ce permite atât exactitatea diagnosticului și a prognosticului, cât și detalizarea programului compensator-dezvoltativ în cadrul activităților recuperativ-logopedice.

Referințe bibliografice:

1. ADRILA, A. *Aphasia Handbook*. Florida International University, Miami, USA, 2014, p. 207.
2. CRACIUN, M., *Diagnosticul și tratamentul afaziei*. Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2009. p. 254.
3. GLAVAN A. *Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral*, Chișinău 2020. p. 403.
4. LASKA, A., HELLBOLOM, A., MURRAY, V., *Aphasia in acute stroke and relation to outcome*. In *Journal of international medicine*, 2001, vol. 245 (5). p. 420.
5. XAVIER de BOISSEZON. *Aphasie, Evaluation et prise en charge. Enseignement National des medicine psysique et de readaptation et de reeducation, module Neuropsychologie et reeducation*. Garches, 2010. p. 189.