

CLINICAL STUDIES / ETUDE CLINIQUES

QUALITE DE VIE DES APHASIQUES POST-AVC A BRAZZAVILLE

QUALITY OF LIFE IN A POST-STROKE APHASIA IN BRAZZAVILLE

OSSOU-NGUIET Paul Macaire ¹

GNONLONFOUN Dieudonné ²

BANDZOUZI-NDAMBA Bébène ¹

MOUANGA Alain Maxime ³

ASSOGBA Komi ⁴

MATALI Edgard ¹

1. Service de Neurologie du CHU de Brazzaville, Congo
2. Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM, 01 BP386 Cotonou, Benin
3. Service de Psychiatrie du CHU de Brazzaville, Congo
4. Service de Neurologie, CHU de Lome BP. 4231. Lome, Togo

E-Mail Contact - OSSOU-NGUIET Paul Macaire : doc_ossou (at) yahoo (dot) fr

Key Words: Aphasia, Congo, Quality of life, Stroke

Mots clés : Aphasie, AVC Accident vasculaire cérébral, Congo, Qualité de vie,

ABSTRACT

Aphasia is one of the most disabling consequences of stroke; its impact on quality of life is poorly studied. The aim of our study is to report the perceived quality of life among aphasic patients in Brazzaville.

Methods

It is a longitudinal study conducted in neurological department of the University Hospital of Brazzaville and in liberal consultation, from March 2010 to February 2011, including all patients with aphasia after stroke by dating six months at least. For each patient a SIP (Sickness Impact Profile-65) was administered, Age, sex, educational level, occupation, marital status, functions or not of head in the family or neighborhood variables were studied. Statistical analysis was performed by SPSS 11.0.

Results

Twenty nine patients were enrolled including 16 males and 13 females with mean disease duration of 9 months of aphasia (6-23mois). The mean age of 59 (34 - 80 years). The majority of patients had an average level of education. Broca's aphasia was predominant. Most of our patients responded "false" to more than half the questions, except for communication, and the resumption of work. Multivariate analysis showed that only age and level of education were associated with impaired quality of life.

Conclusion

Aphasia is a common condition after stroke, affecting the quality of life, especially the resumption of work. The high age and low education levels contribute to impaired quality of life.

RESUME

L'aphasie constitue avec le déficit moteur une source importante de handicap après un accident vasculaire cérébral. Son impact sur la qualité de vie des patients reste encore largement méconnu.

Le but de notre étude est de rapporter la qualité de vie d'une série de patients aphasiques au décours d'un accident vasculaire cérébral suivis à Brazzaville.

Patients et Méthodes

Il s'est agi d'une étude longitudinale, prospective, en consultation de neurologie entre Mars 2010 et Février 2011, incluant tout patient aphasique post-AVC d'au moins six mois. Pour chaque patient un questionnaire Sickness Impact Profile ou SIP-65 a été administré. L'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial, la fonction ou non de chef dans la famille ont été des variables étudiées. L'analyse statistique a été réalisée par un logiciel SPSS 11.0.

Résultats

Vingt neuf patients ont été inclus dont 16 hommes, avec une durée moyenne d'évolution de 9 mois, un âge moyen de 59 ans. L'aphasie de Broca était prédominante. La plupart de nos patients ont répondu « faux » à plus de la moitié des questions, sauf pour la communication, et la reprise du travail. L'analyse multivariée a montré que seuls l'âge et le niveau de d'instruction étaient associés à une altération de la qualité de vie.

Conclusion

L'aphasie a un impact significatif ou sélectif sur la qualité de vie, surtout concernant la reprise d'une activité professionnelle, plus encore chez le sujet âgé et peu instruit. Ces éléments doivent être pris en compte dans le cadre d'une prise en charge de rééducation.

INTRODUCTION

La qualité de vie est définie par l'organisation mondiale de Santé (OMS) comme " la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". Elle est influencée de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que ses relations avec son environnement. L'aphasie est une des séquelles les plus invalidantes des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Elle est retrouvée dans 21 à 38% des patients ayant présenté un AVC (4). Paradoxalement, malgré le handicap parfois majeur qu'elle occasionne, on ne lui accorde pas toujours l'importance qu'elle mérite, la faisant passer au second plan derrière le déficit moteur (19). Depuis quelques années, plusieurs études se sont intéressées à la qualité de vie des patients après un AVC (5,20), en proposant l'utilisation de plusieurs échelles. En Afrique seules deux études Nigérianes (2,14) ont abordé la qualité de vie après un accident vasculaire cérébral en général. Cependant la qualité de vie de la personne aphasique est peu abordée pour les raisons suivantes : difficulté de choix et d'utilisation d'un outil de mesure adapté, obstacles liés, soit aux troubles de la compréhension orale lors des interviews et de la compréhension écrite pour les auto questionnaires, soit à la fatigabilité qui conduit à éviter les questionnaires trop longs à renseigner (3). A notre connaissance aucune littérature Africaine n'a abordé la qualité de vie des aphasiques après un AVC.

Le but de notre étude est de rapporté la perception de la qualité de vie d'une série de patients aphasiques après un AVC, suivis en consultation de neurologie à Brazzaville.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude longitudinale, prospective réalisée en consultation externe de neurologie au CHU de Brazzaville et en consultation libérale de Mars 2010 à Février 2011. Les critères d'inclusion étaient les suivants : tout patient aphasique après un accident vasculaire cérébral datant d'au moins 6 mois, âgé de 18 à 80 ans, ayant au moment de l'inclusion un profil Z-score au test du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) (12) supérieur ou égal à la moyenne pour la compréhension orale uniquement. Pour les critères d'exclusion nous avons retenu : des troubles psychologiques graves associés, tels qu'une dépression, un état maniaque ou une hystérie ; un handicap neurologique trop important ou un score de Rankin modifié (18) supérieur à 3, une démence associée ou un refus de donner son consentement. Pour chaque malade un questionnaire *Sickness Impact Profile* ou SIP-65 (3) a été administré par un neurologue. Il s'agit d'un questionnaire composé de 11 items en rapport avec les activités de vie quotidienne ; chaque item est renseigné par une réponse vrai (V), faux (F), non évaluable ou ne sais pas (NE), le score étant V/V+F. Pour des patients ne comprenant pas le Français, une traduction littérale en langue locale a été réalisée. Plus il y a de réponses vraies, plus mauvaise est la qualité de vie du sujet. Dans un premier temps nous avons évalué la qualité de vie de nos patients selon le SIP-65, puis secondairement nous nous sommes intéressés aux facteurs associés influençant la qualité de vie. Pour des patients n'ayant pas bénéficié de scanner cérébral, le caractère vasculaire de la lésion a été considéré à partir des éléments de l'interrogatoire du patient ou de son entourage, devant la brutalité du déficit neurologique et son caractère stable ou en l'absence d'amélioration depuis le début des symptômes ; ces AVC ont été classés non déterminés. Les variables de l'étude étaient l'âge, le sexe, le niveau d'instruction qui était subdivisé en trois : sans instruction pour les patients non scolarisés, niveau moyen ceux ayant étudié jusqu'au baccalauréat, et niveau supérieur au delà du baccalauréat ; la profession, le statut matrimonial, la fonction ou non de chef dans la famille ou le quartier.

L'analyse statistique a été réalisée, pour des patients présentant une altération de la qualité de vie, grâce au logiciel SPSS 11.0, en utilisant des tests multivariés. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

RESULTATS

Trente sept aphasiques ont été vus, 8 patients ont été exclus dont 5 avaient un profil Z-score inférieur à la moyenne pour la compréhension orale et écrite et 3 avaient un score de Rankin modifié > 3 . Ainsi 29 patients ont été inclus dans notre étude dont 16 hommes et 13 femmes, avec une durée moyenne d'évolution d'aphasie de 9 mois (6-23mois). L'âge moyen était de 59 ans (34 - 80 ans). Six patients n'avaient pas pu bénéficier d'un scanner cérébral. La plupart des patients ont pu lire des items seuls, 6 ont eu besoin d'une traduction en langue locale, et 9 ont eu besoin d'aide minimale pour le remplissage du questionnaire par l'examineur sous la dictée du patient. La majorité des patients avait un niveau moyen d'instruction. L'aphasie de Broca était prédominante, de même que l'infarctus cérébral par rapport à l'hémorragie. Le tableau I représente les principales caractéristiques des patients.

En ce qui concerne la qualité de vie, d'une façon générale, la plupart de nos patients ont répondu « faux » à plus de la moitié des questions, sauf pour la communication, et la reprise du travail. Seuls 5(17,24%) patients ont repris le travail. Le tableau II, représente les différents scores de qualité de vie de nos patients. Douze (41,38%) patients, ont répondu à plus de la moitié des questions par « vrai » ; la plupart cependant ont exprimé leur difficultés à communiquer. L'analyse bivariée a montré que seuls l'âge élevé ($p=0,006$) et le niveau de d'instruction bas ($p=0,001$) étaient associés à une altération de la qualité de vie, alors que le faible effectif des sujets pour la latéralité, le type de la lésion vasculaire et le type de l'aphasie n'a pas permis de faire des analyses statistiques multivariées.

DISCUSSION

Notre étude a montré que les patients aphasiques post-AVC à Brazzaville, présentent une qualité de vie assez préservée pour certaines tâches de vie commune, de façon moyenne pour leur occupation à la maison, les relations avec les proches et leurs loisirs. L'âge élevé, et le niveau d'instruction bas influencent de façon significative la qualité de vie. Le faible échantillon de patients de notre étude ne nous a pas permis l'utilisation de nos analyses multivariés. Cependant la plupart des études publiées dans la littérature ont été réalisées sur des faibles effectifs allant de 20 à 55 (7,13,16) comme dans notre série.

En ce qui concerne les caractéristiques de notre population, notre tranche d'âge est celle rencontrée dans la littérature Africaine (2,16), mais légèrement inférieure à celle rencontrée dans les études réalisées dans les pays dont l'espérance de vie est plus prolongée (1,7). Le SIP-65, version francophone réduite du SIP-136, est un questionnaire validé, ayant des items clairs et un temps de passation de moins de 20 min ce qui tient

compte de la fatigabilité de la personne aphasique. Il constitue un outil francophone adapté à l'évaluation de la qualité de vie de l'hémiplégique de retour à son domicile et qui conserve des troubles phasiques (3). Dans la littérature, comparés aux patients non aphasiques, les aphasiques présentent une mauvaise qualité de vie (1,7,13). Au sein d'un groupe uniquement d'aphasiques le pourcentage de ceux ayant répondu « vrai » à chaque item est légèrement plus faible que celui des patients répondant « faux » pour la plupart des items, à l'exception de leur occupation à la maison, de leurs relations avec les proches, et leurs loisirs où les réponses positives sont proches des négatives. Cependant la majeure partie exprimait leurs difficultés de communiquer, ce qui représente 69% de notre série. Dans la littérature les résultats sont divergents (6,13), cette différence peut s'expliquer par l'utilisation d'autres échelles ou une sélection différente des patients. Par contre nos résultats sont proches de ceux de Nätterlund (13) ; dans sa série, les communications téléphoniques courantes des patients étaient réalisées par leurs proches du fait des troubles de la communication, ces difficultés d'utiliser le téléphone chez les aphasiques ayant été également rapportées par Greig (9). Owolabi au Nigéria (14) a rapporté dans sa série des patients après un accident vasculaire cérébral une fréquence de 31% d'aphasiques, mais l'aphasie n'influençait pas la qualité de vie de ces patients. En comparant nos résultats avec ceux de Bénaim et al. (3) lors de la validation du SIP-65, les résultats sont proches pour l'état de fatigue, l'état physique, la réflexion et mémoire, et les loisirs dont les pourcentages des « vrai » sont inférieurs à 40% pour la plupart. Cet état peut s'expliquer par le fait que les aphasiques apprennent graduellement à vivre avec leur handicap comme l'a retrouvé Nätterlund (13). L'amélioration des performances physiques retrouvée dans 62% de notre série est en accord avec les données de la littérature (7,8,17). Elle est influencée par la rééducation fonctionnelle, bien que certains auteurs aient par contre identifié l'existence d'une aphasie comme un obstacle à la réhabilitation motrice avec une mauvaise influence sur la qualité de vie (10,15). Soulignons que ces études ont été réalisées en comparant des sujets aphasiques à des sujets non aphasiques ce qui diffère de notre population. Le faible pourcentage des patients aphasiques ayant repris leur activité professionnelle comme dans notre étude a été rapporté également par Nätterlund (13), en lien avec leurs difficultés de communiquer. L'influence de l'âge sur la qualité de vie et sur le devenir fonctionnel après un AVC est bien documentée (11). Chaque sujet attribue aux événements une valeur positive ou négative, en fonction de son environnement, de sa personnalité et de sa santé mentale ; les sujets âgés présentant quelques difficultés d'adaptation face à un handicap fonctionnel. De façon intéressante, nous avons retrouvé que le niveau intellectuel bas des patients était associé à une mauvaise qualité de vie. Dans la littérature, aucune étude n'a abordé cet aspect. Dans le contexte congolais, ceci peut s'expliquer par le fait que l'accès à un emploi durable et garanti ainsi que la qualité de vie d'une façon générale, sont proportionnels au niveau d'études. La survenue d'un handicap comme une aphasie, ne permet souvent pas la reprise du travail, ou l'accès à un emploi, et rend encore beaucoup plus difficile la qualité de vie des patients ayant un bas niveau intellectuel.

CONCLUSION

L'aphasie est un trouble fréquent après un AVC, mais qui n'altère pas en général, de façon très significative, la qualité de vie, de façon globale. Pour certaines tâches cependant, telle que la reprise d'une activité professionnelle et la communication sont plus difficiles à réaliser. L'âge élevé et le niveau d'instruction bas contribuent à l'altération de la qualité de vie. Il serait intéressant de développer et d'adapter les techniques de rééducation et réadaptation orthophonique aux populations vulnérables afin d'améliorer leur qualité de vie et également de promouvoir le réaménagement de poste de travail.

Remerciements:

Nous remercions le Pr Luc Defebvre (CHRU Lille, France) pour la relecture de cet article et pour les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Conflits d'intérêt: Aucun

Tableau I : Principales caractéristiques de la population. * nombre de patients (%). † médiane (extrêmes).

Variables	Effectifs (%)
	29 (100)
Caractéristiques démographiques	
Age (année) †	59 (35-80)
Sexe masculin*	16 (55,17)
Statut matrimonial	
Marié (vivant en couple)*	23 (73,31)
Polygame*	7/23 (30,43)
Veuf	2 (6,90)
Célibataire	4 (13,80)
Niveau d'instruction	
Sans instruction*	6 (20,69)
Niveau moyen	12 (41,38)
Niveau supérieur*	11 (37,93)
Latéralité	
Droitiers*	26 (89,66)
Lésion vasculaire	
Ischémique*	19 (65,52)
Hémorragique*	4 (13,80)
Non déterminée*	6 (20,68)
Type d'aphasie	
Broca*	14 (48,28)
Wernicke*	4 (13,80)
Conduction*	2 (6,90)
Transcorticale*	2 (6,90)
Mixte*	7 (24,14)

Tableau II. Représentation des scores du SIP-65 des patients. *Table II. Representation of the SIP-65 scores of patients.*

Variables	Effectifs (%)
Scores	29 (100)
Fatigue/Sommeil (2 items)	
0/2	18 (62,07)
1/2	4 (13,79)
2/2	7 (24,13)
Humeur/État psychique (7 items)	
0-3/7	19 (65,52)
4-7/7	10 (34,48)
Plan physique (10 items)	
0-4/10	18 (62,07)
5-10/10	11 (37,93)
Occupations à la maison et au jardin (4 items)	
0-2/4	17 (58,62)
3-4/4	12 (41,38)
Déplacements à l'extérieur(7 items)	
0-3/7	20 (68,97)
4-7/7	9 (31,03)
Relation avec les proches	
0-4/10	17(58,62)
5-5/10	12(41,38)
Réflexion, mémoire et concentration(5 items)	
0-2/5	19(65,52)
3-5/5	10(34,48)
Aptitude à communiquer (7 items)	
0-3/7	9(31,03)
4-7/7	20(68,97)
Performance professionnelles (5 items)*	
0-2/5	4(80)
3-5/5	1(20)
Loisirs (4 items)	
0-2/4	15(51,73)
3-4/4	14(48,27)
Alimentation	
0-2/4	18(62,07)
3-4/4	11(37,93)

*Réalisé chez 5 patients ayant repris le travail

REFERENCES

1. AÏACH P, BAUMANN M. L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches. *Médecine*. 2007;3(3):130-5
2. AKINPELU AO, GBIRI CA. Quality of life of stroke survivors and apparently healthy individuals in southwestern Nigeria. *Physiother Theory Pract*. 2009;25:14-20,
3. BENAÏM C, PELISSIER J, PETIOT S, BAREIL M, FERRAT E, ROYER E, MILHAU D, HERISSON C. Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65. *Ann Readapt Med Phys*. 2003;46:2-11
4. BERTHIER ML. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging*. 2005;22:163-82
5. CAROD-ARTAL FJ, EGIDO JA. Quality of Life after Stroke: The Importance of a Good Recovery. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27(Suppl.1):204-14 ;
6. CRUICE M, WORRALL L, HICKSON L. Quantifying aphasic people's social lives in the context of their non-aphasic peers. *Aphasiology*. 2006;20(12):1210-25.
7. CRUICE M, WORRALL L, HICKSON L. Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *J Fluency Disord*. 2010;35:173-89
8. GIAQUINTO S, CAROD-ARTAL FJ, MEDEIROS MSM, HORAN TA, BRAGA LW. Predictive factors of functional gain in long-term stroke survivors admitted to rehabilitation programme. *Brain Inj*. 2005;19:667-73.
9. GREIG CA, HARPER R, HIRST T, HOWE T, DAVIDSON B. Barriers and facilitators to mobile phone use for people with aphasia. *Top Stroke Rehabil*. 2008;15:307-24.
10. KWA V IH, LIMBURG M, DE HAAN R. The role of cognitive impairment in the quality of live after ischaemic stroke. *J Neurol*. 1996;243:599-604.
11. KUGLER C, ALTENHONER T, LOCHNER P, FERBERT A. Does age influence early recovery from ischemic stroke? A study from the Hessian stroke data bank. *J Neurol*. 2003;250:676-81.
12. MAZAUX JM, DEHAIL P, BRUN V, PELISSIER J. Les principaux tests francophones d'évaluation de l'aphasie. In: Mazaux JM, Brun V, Péliissier J, editors. *Aphasie*. Paris: Masson Edit; 2000. p. 78-88
13. NÄTTERLUND BS. A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scand J Occup Ther*. 2010;17:117-29
14. OWOLABI MO. Determinants of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008;102(12):1219-25
15. PEDERSEN PM, JORGENSEN HS, NAKAYAMA H, RAASCHOU HO, OLSEN TS. The impact of aphasia on ADL and social activities after stoke: the Copenhagen stroke study. *J Neuro Rehabil*. 1996;10:91-9.
16. SÈNE DIOUF F, MAPOURE Y, NDIAYE M. Vascular aphasia: clinical, epidemiological and evolutionary aspects. *Dakar Med*. 2008;53(1):68-75
17. VAN DER GAAG A, SMITH L, DAVIS S, MOSS B, CORNELIUS V, LAING S, MOWLES C. Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: A six-month follow-up study. *Clin Rehabil*. 2005;19:372-80.
18. VAN SWIETEN J C, KOUDSTAAL PJ, VISSER MC, SCHOUTEN H J, VAN GIJN J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients, *Stroke*. 1988;19:604-7
19. VERSTICHEL P. Aphasies séquellaires d'accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé. Mécanisme et prise en charge. *Revue Geriatr*. 2001;26(2):133-42
20. HAMEDANI AG, WELLS CK, BRASS LM, KERNAN WN, VISCOLI CM, MARAIRE JN, AWAD IA, HORWITZ RI. A Quality-of Life Instrument for Young Hemorrhagic Stroke Patients. *Stroke* 2001;32:687-95