

## Stimulation magnétique transcrânienne répétitive dans l'hémisphère gauche chez un patient aphasique

M. Strasman<sup>a,\*</sup>, C. Descamp<sup>b</sup>, M. Levavasseur<sup>b</sup>, J. Froger<sup>c</sup>, I. Laffont<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CHU de Montpellier, Montpellier, France

<sup>b</sup> CHU de Nîmes, route de carnon, 30240 Le Grau du Roi, France

<sup>c</sup> Euromov, Université Montpellier 1, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** rTMS ; Aphasie ; AVC

**Introduction.**— La rTMS, en complément de la rééducation d'une aphasie, est généralement proposée à une fréquence de 1 Hz (stimulation inhibitrice) du coté droit, pour favoriser la récupération périlésionnelle. Cette localisation de la stimulation peut se discuter pour certains patients qui pourraient avoir développé des compétences langagières en contralésionnel (Naeser, Brain language 2011).

**Observation.**— Monsieur S., 45 ans, victime d'un AVC de l'hémisphère gauche en 2009 présente une aphasie mixte prédominant sur le versant expressif. Le bilan de langage centré sur l'expression orale est divisé en 4 parties égales, afin de déterminer la meilleure zone de stimulation : une des 4 parties est proposée sur 4 jours différents, avant et après une séance de rTMS. Les localisations de stimulation sont les suivantes :

- pars triangularis droite et gauche ;
- pars opercularis droite et gauche.

Les progrès étant plus importants après stimulation de la pars opercularis gauche, sont réalisées 10 sessions de 20 minutes de rTMS sur cette zone, suivies de 30 minutes d'orthophonie.

Au total, gain dans la dénomination : 2/20 versus 7/20 au test final.

**Discussion.**— Ceci incite à développer des procédures cliniques ou d'imagerie fonctionnelle afin de déterminer, pour chaque patient le meilleur site de stimulation en rTMS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.534>

P236-f

## Thérapie intensive de la communication chez l'aphasique : la contrainte est-elle utile ?

M. Balaguer<sup>\*</sup>, S. Audounet, P. Mouly, X. De Boissezon

CHU Toulouse, Toulouse, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Aphasie ; Communication ; Rééducation ; Intensité ; Contrainte

**Objectif.**— Par-delà l'efficacité de la thérapie intensive et contrainte du langage, nous souhaitons évaluer l'utilité de la contrainte sur l'amélioration des capacités de communication chez l'aphasique.

**Matériel et méthodes.**— Sept aphasiques sont rééduqués de manière intensive (40 h sur 2 semaines) avec le même matériel, 3 étant dans le Groupe Contraint (GC : la communication non-verbale peut accompagner la parole mais en aucun cas la remplacer) et 4 dans le Groupe Non Contraint (GNC : tous les moyens de communication sont autorisés). Les sujets ont été évalués avant et après rééducation pour leur langage, la communication (Test Lillois de Communication, TLC) et la qualité de vie (Sickness Impact Profile-65).

**Résultats.**— Il n'a pas de différence significative entre la progression des 2 groupes en terme de langage, de communication (TLC : médiane de progression du GC = 7,88 ; pour le GNC = 11,69 ;  $p = 0,85$ ) ni de qualité de vie.

**Discussion.**— Les deux groupes ont bénéficié du programme de rééducation intensive. Nos faibles effectifs ne nous permettent pas d'affirmer l'absence de bénéfice directement lié à la contrainte. Cependant, à ce stade, la progression en terme de communication et de qualité de vie semble en faveur d'une thérapie intensive utilisant tous les canaux de la communication.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.535>



## Apport de la contrainte dans la thérapie de communication chez la personne aphasique chronique non-fluente

M. Balaguer, X. de Boissezon

Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital Rangueil, CHU de Toulouse, Toulouse cedex 9, France

**Mots clés :** Aphasie ; Communication ; Thérapie ; Contrainte

Afin d'évaluer l'apport du facteur « contrainte » dans la thérapie de communication chez la personne aphasique chronique non-fluente, nous avons proposé une étude comparative à sept patients, divisés en deux groupes suivant le même protocole de rééducation intensive. Le groupe témoin peut utiliser tous les moyens de communication, l'autre est « contraint » à n'employer que le canal verbal. Nous avons utilisé conjointement des stratégies analytiques et fonctionnelles pour optimiser les aspects linguistiques et communicationnels.

Nous ne retrouvons pas de différence significative en post-thérapie : même si les deux groupes progressent au niveau linguistique, l'évolution des scores de communication est plutôt favorable au groupe « non contraint ». Un recrutement plus spécifique des patients permettrait de mieux cibler le facteur contrainte.

*Pour en savoir plus*

Maher LM, Kendall D, Swearingin JA, et al. A pilot study of use-dependent learning in the context of Constraint Induced Language Therapy. *J Int Neuropsychol Soc* 2006; 12: 843–852.

Meinzer M, Djundja D, Barthel G, et al. Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke* 2005; 36: 1462–1466.

Pulvermüller F, Neininger B, Elbert T, et al. Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke* 2001; 32: 1621–1626.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.536>

P238-f

## Quel est l'impact des conduites addictives et des troubles psychiatriques sur la prise en charge des brûlés en soins de suite et réadaptation ?

J.L. Bartoli<sup>\*</sup>, V. Chauvineau, P. Queruel, C. Michel,

M.N. Bartholomei, P. Raymondet

Hôpital Sainte-Musse, avenue Sainte-Claire-Deville, Toulon, France

\*Auteur correspondant.

**Introduction.**— En pratique clinique, l'incidence des troubles psychiatriques chez les patients brûlés orientés en SSR semble loin d'être négligeable, impactant parfois lourdement la rééducation.

**Méthode.**— Enquête épidémiologique rétrospective à partir du codage PMSI sur l'incidence des troubles psychiatriques et conduites addictives au sein d'une population de patients adressés pour rééducation en soins de suite et réadaptation spécialisés pour brûlés sur la période de 2008 à 2013.

**Résultats.**— Parmi la population étudiée, différentes atteintes sont mises en évidence : conduites addictives, pathologies chroniques de type schizophrénie, troubles bipolaires et dépression. Leur impact sur la rééducation est analysé.

**Discussion – Conclusion.**— Ces résultats soulignent la nécessité du soutien des équipes de psychiatrie (psychiatres, psychologues) pour l'élaboration du projet de soins et le suivi des patients brûlés pris en charge en SSR.

*Pour en savoir plus*

Castana O, Kourakos P, Moutafis M, Stampolidis N, Triantafyllou V, Filipa E, Alexandropoulos C. Outcomes of patients commit suicide by burning. *Ann Burns Fire Disasters* 2013; 26(1): 36–39.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.537>

