

Base théorique sur l'Aphasie de Wernicke

1/Définition de l'aphasie de Wernicke : L'aphasie de Wernicke est un trouble du langage dû à une lésion de la région temporale postérieure de l'hémisphère gauche. Elle se caractérise par un langage fluide mais souvent incompréhensible, associé à d'importants troubles de la compréhension. Le discours peut contenir de nombreuses erreurs de mots ou de sons, des mots inventés et parfois un langage jargonique. La lecture et l'écriture sont également souvent perturbées.

2/Signes cliniques avec exemples

- Discours fluide et logorrhéique

Le patient parle facilement avec un débit normal ou rapide et une articulation correcte. Toutefois, son discours peut être très abondant et difficile à interrompre, tout en restant peu cohérent.

Exemple :

À la question « *Que faites-vous aujourd'hui ?* », le patient peut répondre :

« *Oui alors je suis venu parce que le soleil avec les choses, on fait la marche et la table regarde beaucoup* »

- Troubles de la compréhension orale

Le patient comprend difficilement ce que disent les autres, même pour des consignes simples.

Exemple :

Si on lui demande : « *Montrez-moi la porte* », il peut montrer la table ou rester sans réponse, car il ne comprend pas la consigne.

- Paraphasies phonémiques

Les sons d'un mot sont modifiés, inversés ou remplacés par d'autres sons.

Exemples :

- « *lapin* » → « **tapin** »
- « *table* » → « **tabe** »
- « *couteau* » → « **cousteau** »

-Paraphasies sémantiques

Un mot est remplacé par un autre mot proche par le sens.

Exemples :

- « *chaise* » au lieu de « **table** »
- « *chien* » au lieu de « **chat** »
- « *fourchette* » au lieu de « **cuillère** »

-Néologismes

Le patient invente des mots qui n'existent pas dans la langue.

Exemples :

- « *Je prends mon **fradule** pour écrire* »
- « *La **taplure** est sur la table* »

-Jargonaphasie

Le discours devient très difficile à comprendre à cause de nombreuses paraphasies et néologismes.

Exemple :

« *Le **fradule** tapisse la lontrale pour faire le bradifage de la maison.* »

-Troubles de la lecture et de l'écriture

Le patient peut lire sans comprendre le sens du texte et écrire avec de nombreuses erreurs.

Exemple :

Le mot « **maison** » peut être écrit « **maizon** », « **maisor** » ou remplacé par un autre mot.

-Paragraphies

Erreurs dans l'écriture comparables aux paraphasies du langage oral.

Exemple :

- écrire « **taple** » au lieu de « **table** »
- écrire « **chause** » au lieu de « **chaise** »

-Anosognosie

Le patient ne se rend pas compte de ses difficultés et pense que son langage est correct.

Exemple :

Même si l'interlocuteur ne comprend pas, le patient continue à parler normalement sans reconnaître ses erreurs.

-Signes neurologiques associés

Certains patients peuvent présenter des troubles neurologiques discrets.

- **Troubles de la sensibilité** : diminution de la perception tactile d'un côté du corps.
- **Hémianopsie latérale homonyme** : perte de la moitié du champ visuel.
Exemple : le patient ne voit pas les objets placés à droite ou à gauche de son champ visuel.

Étude de cas clinique – Aphasie de Wernicke post-AVC sylvien gauche

M. Mi., âgé de 59 ans, droitier, diplômé d'une école de commerce et ancien cadre d'entreprise reconverti dans l'enseignement du marketing, a été admis en service d'urgences neurovasculaires à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique du territoire sylvien gauche. Marié et père de trois enfants, il menait avant l'accident une vie sociale active, s'intéressait à la lecture, à l'art et à la musique classique, et exerçait une activité professionnelle nécessitant une excellente maîtrise du langage oral et écrit.

L'épisode débute brutalement en février 2004 par des céphalées intenses associées à des troubles visuels et à un trouble de l'élocution sans altération de la compréhension. Ces symptômes régressent spontanément en deux heures. Le lendemain matin, le patient se réveille aphasique et est immédiatement transporté aux urgences. L'imagerie par résonance magnétique met en évidence un AVC ischémique du territoire de l'Artère cérébrale moyenne gauche, avec sténose serrée de la carotide interne gauche et oblitération de l'artère centrale de la rétine gauche, responsable d'une cécité unilatérale.

L'examen clinique initial révèle une aphasie fluente avec jargon, sans déficit moteur associé. Quinze jours après l'accident, un bilan formel du langage est réalisé à l'aide du Score Aphasiologique de la Salpêtrière (SAS), concluant à une aphasie de Wernicke de sévérité moyenne. Le tableau associe un discours logorrhéique comportant de nombreuses paraphrasies phonémiques, verbales et mixtes, une dyssyntaxie marquée, une anosognosie et une surdité verbale majorant les troubles de compréhension.

Sur le plan de la compréhension, les épreuves de discrimination phonémique et verbale ainsi que les tâches de décision lexicale objectivent un déficit perceptif important. Le patient entend les sons mais ne parvient pas à les analyser correctement en unités linguistiques pertinentes, ce qui altère considérablement l'accès au sens. La compréhension orale est sévèrement perturbée, alors que certaines capacités écrites demeurent relativement préservées.

L'expression spontanée est abondante, fluide, mais peu informative. Le discours est envahi de productions jargonées, de conduites d'approche et d'erreurs lexicales. En revanche, des capacités résiduelles significatives sont observées en lecture à haute voix (61/100) ainsi qu'en compréhension écrite (28/30 en appariement mot-image). L'expression écrite spontanée reste partiellement fonctionnelle (7,4/12), constituant un point d'appui potentiel pour la rééducation.

Sur le plan comportemental et émotionnel, M. Mi. apparaît anxieux et déprimé, bien qu'il refuse le traitement antidépresseur prescrit ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique. Il manifeste des accès de colère et adopte une attitude autoritaire vis-à-vis de son entourage familial. Les relations avec son épouse et ses enfants deviennent progressivement conflictuelles, le patient supportant difficilement la perte d'autonomie engendrée par le trouble. Il refuse l'enregistrement audio ou vidéo de ses productions ainsi que l'utilisation d'outils informatiques en rééducation.

Durant l'hospitalisation initiale, un travail spécifique est entrepris afin de réduire le jargon et de favoriser une prise de conscience des troubles. La prise en charge est quotidienne pendant dix-neuf jours. Transféré ensuite dans un centre de rééducation fonctionnelle, le patient interrompt le séjour prématurément, ne tolérant pas que l'orthophoniste tente de limiter son flux verbal. Il sollicite alors un suivi en externe dans le service d'origine.

L'analyse clinique met en évidence un trouble acquis du langage secondaire à une lésion temporo-pariétale gauche, caractéristique d'une aphasie de Wernicke. La fluence verbale contrastant avec l'altération sévère de la compréhension, la présence d'un jargon et l'anosognosie confirment cette hypothèse diagnostique. Les

troubles perceptifs auditifs expliquent en grande partie la désorganisation du discours et les difficultés de communication. L'absence de déficit moteur associé est cohérente avec la localisation postérieure de la lésion.

Plusieurs éléments pronostiques sont favorables : l'âge relativement jeune du patient, son excellent niveau socioculturel antérieur, sa forte motivation à reprendre une activité professionnelle et la précocité de la prise en charge, située en période de récupération spontanée. Les capacités écrites préservées constituent également un facteur positif. En revanche, la sévérité de l'atteinte ischémique, la surdité verbale et l'anosognosie représentent des facteurs pouvant compromettre l'évolution.

Au regard de ces données, une prise en charge orthophonique régulière est proposée en ambulatoire. Les premiers objectifs visent à améliorer la discrimination phonémique et la compréhension orale par un travail progressif sur l'identification des contrastes sonores. Parallèlement, un encadrement structuré du discours est mis en place afin de réduire le jargon et favoriser l'autocontrôle verbal. Les supports écrits sont utilisés comme médiation pour contourner partiellement la voie auditive déficitaire. Un travail spécifique sur la prise de conscience des erreurs est intégré de manière progressive et bienveillante, afin de limiter les réactions oppositionnelles. La famille est associée à la prise en charge pour favoriser une communication adaptée à domicile.

Les critères d'évaluation reposent sur l'amélioration des performances aux tâches de compréhension orale, la réduction du nombre de paraphrasies et de productions jargonnées, l'augmentation de la pertinence informative du discours, ainsi qu'une meilleure adaptation relationnelle et sociale.

Cette observation clinique illustre une aphasie de Wernicke de sévérité moyenne consécutive à un AVC sylvien gauche, associée à une surdité verbale et à une anosognosie. Le trouble affecte non seulement les mécanismes linguistiques, mais également l'équilibre émotionnel, les relations familiales et la participation sociale. La prise en charge doit s'inscrire dans une approche globale, articulant rééducation linguistique, accompagnement psycho-affectif et soutien familial, afin de favoriser une récupération fonctionnelle optimale et une réinsertion socioprofessionnelle adaptée.