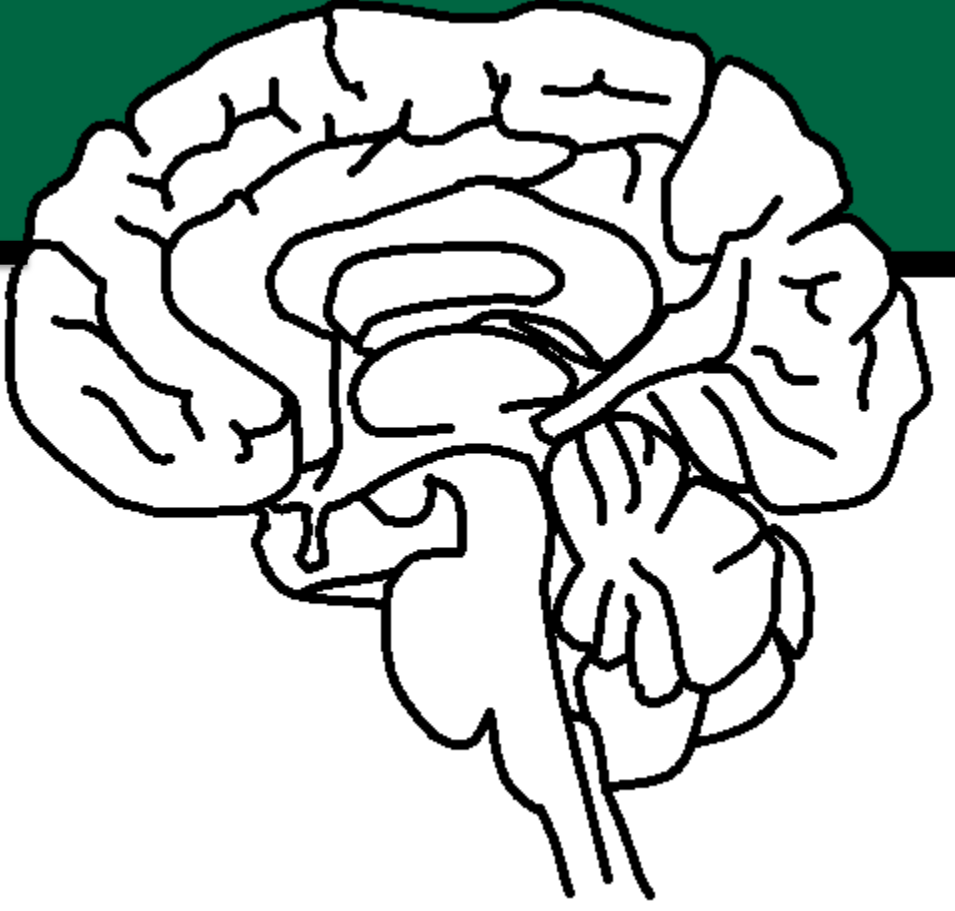


# Troubles persistants de la mémoire après un AVC : facteurs associés

Keven Morin<sup>1</sup>, David Bédard<sup>1</sup>, Johanie Guoin<sup>1</sup>, Ariane Létourneau<sup>1</sup>, Fannie Pineault<sup>1</sup>, Sylvie Belleville<sup>2</sup>, PhD., Johanne Desrosiers<sup>1</sup>, erg, PhD

<sup>1</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec (Canada)

<sup>2</sup>Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Québec (Canada)



## INTRODUCTION

- AVC peut causer des problèmes cognitifs;
- Troubles de mémoire seraient associés à une ↓ de participation sociale et à différentes variables biopsychosociales;
- Peu d'études sur les liens entre les variables biopsychosociales et la mémoire.

## OBJECTIFS

- 1) Explorer les liens entre la mémoire et les variables biopsychosociales, incluant la participation sociale, de personnes ayant subi un AVC;
- 2) Déterminer quelles variables expliquent le mieux les déficits persistants de la mémoire après un AVC.

## MÉTHODOLOGIE

- Étude d'observation de type longitudinal (Étude BRAD);
- Participants évalués à : 1) T1 (entre le 18e et 24e jour\*); 2) T2 (trois mois\*); 3) T3 (six mois\*). \*après le retour à la maison

### Participants

- 1) être âgés de 65 ans ou plus; 2) avoir eu un AVC (critères OMS); 3) être en fin de traitement lors du recrutement; 4) être retournés vivre à la maison;
- Exclus si troubles cognitifs majeurs.

### Collecte de données

- Variables sociodémographiques évaluées à T1;
- Variables cliniques évaluées aux trois temps de mesure;
- Mémoire et autres variables cognitives: réévaluées à T2 et à T3 seulement si résultats obtenus au temps précédent étaient inférieurs aux valeurs de référence.

### Instruments de mesure

- Variable dépendante : Histoires logiques du Weschler, qui évalue la mémoire épisodique à long terme avec 2 sous-tests (Rappel immédiat et rappel différé) à la suite de 2 histoires racontées au patient;
- Variables indépendantes : Tests physiques (TUG et CMSA), cognitifs (MVPT-V, test de Token, test de Stroop), affectifs (EDG) et participation sociale (MHAVIE).

### Analyse statistiques

- Objectif 1 : Coefficients de corrélation de Pearson, ou test t / ANOVA avec les données à T1;
- Objectif 2 : Analyses de régression linéaire multiple avec données de la mémoire à T3 et les variables indépendantes à T1.

## RÉSULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à T1 (n=190) et à T3 (n=55)

	$\bar{X}$ (é.t.) à T1 (Tous les participants: n= 190)	$\bar{X}$ (é.t.) à T3 (Participants avec des troubles persistants de la mémoire: n = 55)
<b>Variables continues:</b>		
Âge (années)	76,9 (7,2)	75,0 (7,0)
Scolarité (années)*	7,9 (3,9)	7,2 (3,9)
Comorbidités (#)	2,2 (1,4)	2,4 (1,5)
Score neurologique (/11,5) T1*	10,1 (1,4)	9,9 (1,5)
<b>Variables catégoriques:</b>	Fréquence (%)	
Genre (hommes)	98 (51,6)	31 (56,4)
État civil (marié ou couple)	106 (56,1)	31 (56,4)
Type d'AVC (ischémique)	166 (93,7)	49 (89,1)
<b>Côté de l'AVC*</b>		
•Droit	93 (48,9)	22 (40,0)
•Gauche	84 (44,2)	26 (47,3)
•Bilatéral	13 (6,8)	7 (12,7)
AVC antérieur (oui)	58 (30,5)	21 (38,2)

\*Significativement associées à la mémoire aux 2 temps de mesure

Objectif 1 : Tableau 2 : Corrélations aux tests cliniques à T1 avec les sous-tests du Weschler à T1 (n=190)

Variables (instruments de mesure, scores)	Score à T1	Rappel immédiat	Rappel différé
	$\bar{X}$ (é.t.)	r (val. p)	r (val. p)
Perception visuelle (MVPT-V; /36)	28,5 (4,8)	0,43 (<0,001)	0,14 (0,06)
Compréhension verbale (Token Test; /36)	29,7 (4,1)	0,40 (<0,001)	0,14 (0,06)
<b>Fonctions exécutives (Stroop)</b>			
• Vitesse (sec.)	67,2 (42,8)	-0,34 (<0,001)	-0,18 (0,02)
• Erreurs (#)	3,8 (4,1)	-0,29 (<0,001)	-0,12 (0,10)
MHAVIE-H (activités courantes; /9)	6,5 (1,3)	0,19 (0,01)	-0,20 (0,84)
MHAVIE-H (rôles sociaux; /9)	5,8 (1,9)	0,22 (0,03)	0,04 (0,62)

Objectif 2 : Tableau 3 : Corrélations aux tests cliniques à T1 avec les sous-tests du Weschler à T3 (n=55)

Variables (instruments de mesure, scores)	Score à T1	Rappel immédiat	Rappel différé
	$\bar{X}$ (é.t.)	r (val. p)	r (val. p)
Perception visuelle (MVPT-V; /36)	28,3 (5,2)	0,43 (0,001)	0,42 (0,002)
Compréhension verbale (Token Test; /36)	28,8 (5,4)	0,43 (0,001)	0,40 (0,003)
<b>Fonctions exécutives (Stroop)</b>			
• Vitesse (sec.)	81,8 (64,0)	-0,22 (0,13)	-0,29 (0,05)
• Erreurs (#)	4,4 (4,4)	-0,22 (0,13)	-0,24 (0,10)
MHaVIE-H (activités courantes; /9)	6,4 (1,4)	0,32 (0,02)	0,24 (0,08)
MHaVIE-H (rôles sociaux; /9)	5,8 (2,1)	0,28 (0,05)	0,21 (0,13)

=> Pas de liens entre la mémoire et les tests physiques et affectifs

Objectif 2 : Tableau 4 : Variables du T1 qui expliquent la mémoire (Weschler) à T3 (n=55)

	Variables incluses dans le meilleur modèle de régression	Coefficients de régression	Total ajusté R <sup>2</sup>	Valeur p
Rappel immédiat	Perception visuelle	0,17		0,033
	Compréhension verbale	0,18		0,030
	Constante	-3,56	0,23	0,135
Rappel différé	Perception visuelle	0,25		0,002
	Constante	-0,51	0,16	0,801

## DISCUSSION

- Scolarité : plus la scolarité est élevée, moins les personnes ayant subi un AVC ont des troubles mnésiques;
- Dépression non liée à la mémoire, ce qui est en opposition avec certaines études<sup>1,2</sup> ;
- Perception visuelle : 1) variable la plus associée aux troubles persistants de mémoire; 2) Mémoire visuelle de travail et sémantique associées aux régions cérébrales liées à la perception visuelle en fonction de leurs modalités, domaines et caractéristiques<sup>4</sup>;
- Difficultés de compréhension verbale : 1) Peuvent influencer légèrement les résultats obtenus au test du Weschler; 2) Peuvent être reliées à un dommage dans l'hémisphère gauche<sup>3</sup>.

### Forces et limites

- Forces : Nombre élevé de participants, utilisation d'instruments de mesures valides et fidèles par des ergothérapeutes;
- Limites : Possibilité de troubles de la mémoire avant l'AVC en raison de l'âge et impossibilité d'ajouter des variables (base de données).

## CONCLUSION

- La perception visuelle et la compréhension verbale peuvent expliquer une portion des troubles persistants de la mémoire;
- D'autres études devront être faites pour mieux comprendre les liens entre la mémoire et les activités de la vie quotidienne.

## RÉFÉRENCES

1. Hommel, M., Carey, L., & Jaillard, A. (2013). Depression : Cognition relations after stroke. *International Journal of stroke*, 27 oct. 2013, doi: 10.1111/ijis.12057.
2. Nys, G. M. S., Van Zandvoort, M.J.E., Van der Worp, H.B., De Haan, E.H.F., De Kort, P.L.M., Jansen, B. P. W., & Kappelle, L. J. (2005b). Early depressive symptoms after stroke : neuropsychological correlates and lesion characteristics. *Journal of the Neurological Sciences*, 228 (1), 27-33.
3. Robson, H., Brube, M., Lambon Ralph, M. A., Griffiths, T. D., Sage, K. (2013). Fundamental deficits of auditory perception in Wernicke's aphasia. *Cortex : A journal devoted to the study of the nervous system & behavior*, 49(7), 1808-1822.
4. Slotnick, S. D. (2004). Visual memory and visual perception recruit common neural substrates. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(4), 207-221.

## REMERCIEMENTS

Merci aux participants et à Mme Lise Trottier, statisticienne, pour son implication au niveau des analyses de régression linéaire multiple.

UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Faculté de médecine  
et des sciences de la santé

