

# Sémiologie des troubles de la mémoire

C. Derouesné, L. Lacomblez

*La mémoire est aujourd'hui considérée comme un système complexe à l'intersection de la vie affective et des fonctions cognitives. Oublis et faux souvenirs sont des produits de son fonctionnement normal. Des troubles mnésiques plus sévères sont observés au cours de nombreuses affections cérébrales ou psychiatriques, de simples perturbations psychoaffectives ou encore dans des contextes particuliers. Lorsqu'ils sont au premier plan du tableau clinique, ils réalisent, soit un épisode amnésique aigu, faisant discuter un ictus amnésique ou une amnésie psychogène, soit un syndrome amnésique chronique, le plus souvent lié à une affection dégénérative cérébrale et tout particulièrement à une maladie d'Alzheimer. La plainte d'une diminution des performances mnésiques dans la vie quotidienne est fréquente à tout âge et témoigne d'une vulnérabilité psychoaffective en rapport avec une perturbation du sentiment d'identité et une baisse de l'estime de soi. Chez le sujet âgé toutefois, elle prend une place particulière du fait de sa fréquence et du risque qu'elle soit révélatrice d'un début de maladie d'Alzheimer. L'analyse clinique et neuropsychologique permet de distinguer deux types de troubles selon qu'ils traduisent un trouble de la mémorisation des informations nouvelles en mémoire épisodique (traduisant l'existence de lésions hippocampiques, comme dans la maladie d'Alzheimer) ou un déficit des mécanismes de rappel (troubles de l'humeur, plainte « bénigne », affections cérébrales entraînant des perturbations des lobes frontaux).*

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Mémoire ; Ictus amnésique ; Maladie d'Alzheimer ; Amnésies psychogènes ; Amnésies traumatiques

## Plan

■ Introduction	1
■ La mémoire et ses troubles	1
Les trois temps de la mémoire	1
Mémoire à court terme-mémoire à long terme	2
Mécanismes de l'oubli	2
Troubles de mémoire en dehors de l'oubli	2
■ Troubles mnésiques au premier plan du tableau clinique	2
Épisodes amnésiques transitoires	2
Troubles de mémoire permanents	3
Plainte mnésique	5
■ Troubles de mémoire et affections psychiatriques	5
Troubles mnésiques et dépression	5
Troubles mnésiques et anxiété	5
Troubles mnésiques et schizophrénie	5
■ Troubles mnésiques et lésions cérébrales focales	5
Troubles mnésiques des lésions frontales	5
Troubles mnésiques des lésions rétrorolandiques	6
■ Troubles mnésiques survenant dans un contexte particulier	6
Troubles mnésiques post-traumatiques	6
Amnésies post-traumatiques d'autre origine	6

## ■ Introduction

Des troubles mnésiques sont observés dans deux contextes différents.

- Tantôt les troubles de mémoire sont au premier plan du tableau clinique et la question essentielle est alors de savoir

s'ils traduisent une perturbation des processus mnésiques en rapport avec une affection cérébrale ou s'ils sont dus au retentissement sur la mémoire d'une perturbation psychoaffective.

- Tantôt ces troubles surviennent dans le contexte d'affections caractérisées, neurologiques ou psychiatriques. Il s'agit alors d'évaluer l'impact de ces affections sur la mémoire et le retentissement du déficit mnésique sur les capacités d'autonomie du patient ainsi que sur ses possibilités de réhabilitation [1].

## ■ La mémoire et ses troubles

La sémiologie des troubles de la mémoire ne peut, aujourd'hui, être envisagée sans référence aux théories de la psychologie cognitive qui ont profondément modifié notre approche de la mémoire humaine [2, 3].

### Les trois temps de la mémoire

L'activité mnésique fait appel à trois types de processus :

- dans un premier temps, une partie des informations sensorielles en provenance du monde extérieur est sélectionnée en fonction de nos motivations, de notre histoire individuelle et de nos habitudes sociales, puis codée dans un langage neuronal nécessaire à sa conservation et à sa restitution. Ce processus complexe est désigné sous le nom d'encodage ;
- les informations encodées vont subir, en partie ou en totalité, un processus de consolidation qui va leur permettre d'être conservées de façon plus ou moins définitive (stockage). Cette consolidation dépend du type de traitement subi, de l'analogie de l'information avec le contenu antérieur de la

mémoire, d'un travail cognitif (apprentissage) ou encore du caractère particulièrement prégnant de l'information ou du contexte (souvenirs flashes) ;

- l'information mémorisée peut être restituée au moyen d'indices qui peuvent être externes (rappel indicé, reconnaissance) ou internes (rappel libre).

## Mémoire à court terme-mémoire à long terme

Le caractère plus ou moins stable du souvenir et son accessibilité sont fonction des modalités de traitement de l'information à mémoriser (modèles procéduraux) ou de son appartenance à différents systèmes de mémoire (modèles architecturaux ou néo-informatiques).

D'une façon schématique, il est ainsi possible de distinguer deux grands systèmes.

### Mémoire à court terme ou mémoire de travail

Le premier système est caractérisé par une capacité de traitement mnésique très limitée dans le temps et dans la quantité d'information pouvant être traitée. Il est décrit sous le nom de mémoire à court terme ou de mémoire de travail, espace dans lequel l'information est maintenue le temps nécessaire à son traitement. La durée de rétention dans ce système est très courte et seule la répétition permet d'y maintenir l'information.

### Mémoire à long terme

Le second système est caractérisé par une capacité et une durée illimitées : c'est le système de la mémoire à long terme. Plusieurs formalisations de la mémoire à long terme ont été décrites. On peut distinguer une mémoire concernant les souvenirs qui sont directement accessibles à une évocation consciente (mémoire déclarative, directe ou explicite) et une mémoire concernant les souvenirs qui ne peuvent être évoqués de façon directe (mémoire non déclarative : mémoire implicite, procédurale ou indirecte).

La *mémoire déclarative* peut, à son tour, être décomposée en mémoire épisodique et mémoire sémantique. La *mémoire épisodique* concerne les événements spécifiques, qui sont codés dans le temps et dans l'espace : elle correspond à un état de conscience particulier (« auto-noétique ») et permet seule de naviguer dans le passé comme dans le futur. La mémoire sémantique se réfère aux données décontextualisées (connaissance du monde : connaissances scolaires, codes logiques, linguistiques...). Elle correspond à une « conscience noétique » qui se traduit par un sentiment de familiarité et non par un rappel spécifique. La mémoire autobiographique contient des éléments épisodiques et sémantiques et surtout une référence personnelle au Soi, qui contrôle l'acquisition comme la restitution des souvenirs.

La *mémoire non déclarative* est un système complexe qui comprend la mémoire procédurale, correspondant à la mémorisation des habiletés perceptivomotrices ou cognitives (*skills*), au conditionnement et à la mémoire implicite définie par les phénomènes d'amorçage (*priming*) ou de gain d'apprentissage (effet que l'accomplissement d'une première tâche exerce sur l'exécution ultérieure de cette même tâche ou d'une tâche similaire sans intention de mémorisation).

La trace mnésique n'est plus considérée aujourd'hui comme une entité discrète et localisable, mais comme une entité statistique, distribuée dans le système nerveux considéré comme un réseau. Les différents souvenirs correspondent à différents patterns d'activité des mêmes systèmes neuronaux et non à des systèmes neuronaux différents. Une information nouvelle modifie les liaisons synaptiques (le « poids synaptique ») entre les neurones impliqués. Chaque souvenir peut être évoqué par le pattern d'activité qui le représente, chaque évocation modifiant en retour le poids synaptique du système. Ainsi, le souvenir n'est pas une reproduction du passé à l'identique mais une véritable reconstruction à partir d'un ou plusieurs éléments par un processus de mise au point analogue au *tuning* de la radio.

## Mécanismes de l'oubli

Les troubles de la mémoire observés en clinique peuvent être classés en trois grandes catégories.

### Défauts de mémorisation

Ils sont de deux types :

- les déficits d'encodage sont habituellement liés à des troubles de l'attention. Ils relèvent, soit de mécanismes cognitifs (encodage déficient du fait d'un temps d'acquisition insuffisant, d'un déficit attentionnel) ou affectifs (ressources attentionnelles insuffisantes du fait de l'anxiété ou d'un défaut de motivation). La non-restitution ne constitue donc pas à proprement parler un oubli, mais un non-souvenir. C'est la raison pour laquelle les tests utilisés pour évaluer la mémoire doivent comporter une vérification de l'encodage ;
- les défauts de consolidation sont caractéristiques des lésions hippocampiques.

### Déficits de stockage

Ils peuvent être liés, soit à l'influence du temps (c'est un élément essentiel de la mémoire à court terme, mais qui intervient également dans la mémoire à long terme), soit à l'existence de lésions des régions cérébrales sous-tendant les traces mnésiques.

### Déficit des processus de rappel

Il constitue le mécanisme le plus fréquent de l'oubli. Il peut être d'origine cognitive (différence de contextes entre l'acquisition et le rappel, erreurs sur le choix des indices de rappel ou déficit des procédures de recherche, diminution des capacités de traitement, influence d'un souvenir sur un autre qui produit une interférence pro- ou rétroactive) ou affective (non-concordance de l'humeur, modifications du Soi entre l'acquisition et le rappel).

La distinction entre trouble de la mémorisation et trouble du rappel est aisément réalisée en comparant, après vérification de l'encodage, l'influence des procédures de facilitation du rappel (rappel indicé, reconnaissance) sur les performances en rappel libre. Ces procédures font disparaître ou améliorent considérablement les performances lorsque le déficit porte sur les procédures de rappel et sont sans effet sur les déficits de mémorisation.

## Troubles de mémoire en dehors de l'oubli

La compréhension actuelle de la trace mnésique explique que les faux souvenirs sont un produit naturel du fonctionnement mnésique. Les faux souvenirs peuvent prendre la forme d'une intrusion dans un apprentissage de mots (restitution d'un mot étranger aux mots de la liste cible ou erreur par commission), de fabulations (évoqueries d'un faux souvenir qui peut être réel, lié à une erreur des procédures de recherche, ou imaginaire par défaut de contrôle de la réalité), de fausses reconnaissances (reconnaissance d'une personne ou d'un lieu inconnu comme familiers) ou d'une paramnésie (sensation erronée d'avoir déjà vécu une situation) ou encore d'une amnésie de source (confusion sur l'origine, la date, la chronologie d'une information) [4].

## ■ Troubles mnésiques au premier plan du tableau clinique

Il peut s'agir d'épisodes aigus, transitoires ou d'amnésies de longue durée.

### Épisodes amnésiques transitoires

La question principale est ici de savoir s'il s'agit d'un ictus amnésique ou d'une amnésie psychogène.

### Ictus amnésique

Il s'agit d'un syndrome bien défini sur le plan clinique qui représente la cause la plus fréquente des amnésies transitoires.

Il est observé chez des sujets des deux sexes, en bonne santé, habituellement entre 50 et 70 ans. Son incidence est évaluée à 5,2 pour 100 000 et par an [5].

Il est exceptionnel d'assister à un ictus amnésique, mais l'histoire racontée par l'entourage est très évocatrice du fait de son caractère stéréotypé. Le malade pose de façon incessante les mêmes questions, oubliant à mesure les réponses. La désorientation temporelle est complète, le sujet ne sait plus le jour, l'heure mais il peut demeurer orienté dans l'espace. Il connaît son âge, sa date de naissance et il garde une conscience claire de l'écoulement du temps. En revanche, l'amnésie peut s'étendre aux heures ou aux jours qui précèdent et même perturber des souvenirs plus anciens, généralement chargés affectivement (amnésie rétrograde). Le patient sait parfaitement qui il est, son comportement est globalement adapté en dehors d'une certaine perplexité, il parle normalement et reste capable d'activités élaborées. Parfois il se plaint de céphalées, de sensations vertigineuses ou de troubles visuels. En une demi-heure à quelques heures, le trouble disparaît : la mémoire redevient normale mais il persiste une amnésie lacunaire couvrant la période de l'ictus.

Lorsqu'il est possible d'examiner le malade pendant l'ictus, l'examen neurologique est normal, de même que l'examen général. L'examen neuropsychologique révèle une amnésie massive portant sur tous les types de matériel depuis le début de l'ictus (amnésie antérograde) et une amnésie de durée variable, portant sur une période de 36 heures à 4 ans avant le début (amnésie rétrograde), avec toutefois conservation d'îlots de souvenirs. La mémoire sémantique et la mémoire de travail sont respectées. Un certain déficit des performances cognitives, par exemple dans la copie de la figure de Rey, a pu toutefois être mis en évidence.

Le mécanisme de ce syndrome et son étiologie demeurent inconnus. On incrimine une perturbation fonctionnelle des circuits sous-tendant la mémoire épisodique par un mécanisme de dépression lente liée à un largage excessif de glutamate. Il survient le plus souvent après une émotion ou une vive douleur.

Le pronostic est excellent : la survenue d'un ictus amnésique ne constitue pas un facteur de risque pour la survenue d'un accident ischémique cérébral ni d'une démence. Deux réserves doivent être faites : dans 25 % des cas, un autre épisode, rarement plusieurs, peut être observé. Par ailleurs, un certain déficit de la mémoire verbale a été constaté à distance chez certains sujets.

Les critères de diagnostic de l'ictus amnésique sont [6] :

- l'épisode doit avoir été observé par un témoin présent pendant l'ictus et susceptible de fournir des informations précises ;
- l'amnésie antérograde doit avoir été nette pendant l'ictus ;
- pas d'obscurcissement de la conscience ni de trouble de l'identité pendant l'ictus ; le trouble cognitif doit avoir été limité à la mémoire (pas d'aphasie, d'apraxie...)
- pas de signes neurologiques focaux pendant ou après l'ictus ;
- l'ictus disparaît dans les 24 heures ;
- absence de traumatisme crânien ou d'épilepsie active (le patient est demeuré sous traitement antiépileptique et n'a pas présenté de crises depuis 2 ans).

Devant un tableau caractéristique, les explorations radiologiques ne s'imposent pas. Lorsque ces critères ne sont pas réunis, il est préférable de ne pas porter le diagnostic avant d'avoir éliminé les autres amnésies transitoires et effectué une imagerie cérébrale.

## Amnésies transitoires symptomatiques

Les crises épileptiques partielles méso-temporales peuvent provoquer des amnésies transitoires proches de l'ictus amnésique. Ces amnésies épileptiques surviennent volontiers chez des sujets plus jeunes, dans un contexte de manifestations épileptiques franches. Elles sont habituellement de durée brève (un quart d'heure à 1 heure) et ont tendance à se répéter à brève échéance. Des crises frontobasales, beaucoup plus rares, peuvent se manifester par une amnésie rétrograde due à une perturbation des mécanismes de rappel. Les amnésies d'origines toxique

et médicamenteuse ne sont pas rares dans deux circonstances : la prise d'alcool et la prise de sédatifs, tout particulièrement de benzodiazépines. Mais elles ont également été observées après la prise d'antidépresseurs tricycliques ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. La sémiologie est souvent décrite comme proche de l'ictus amnésique. Toutefois, il s'agit habituellement d'une amnésie rétrograde isolée qui se manifeste uniquement par une amnésie lacunaire : le sujet a oublié quelques heures de sa vie. Le comportement du sujet demeurant le plus souvent normal pendant la période couverte par l'amnésie, l'entourage ne s'aperçoit pas du trouble. Les amnésies transitoires post-traumatiques sont le plus souvent purement rétrogrades, mais parfois associées à une amnésie antérograde. Elles peuvent être observées chez des sujets jeunes après un traumatisme crânien mineur, par exemple au cours d'une activité sportive. Les amnésies transitoires d'origine ischémique, réalisant un tableau proche de l'ictus amnésique, ont été observées dans le cadre d'accidents ischémiques transitoires vertébrobasilaires. Ce diagnostic ne peut, toutefois, être évoqué qu'en présence d'autres accidents de la même série, de signes neurologiques anormaux pendant ou au décours de l'ictus ou d'un souffle sur le trajet des artères cervicales.

## Amnésies transitoires d'origine psychique

Elles sont caractérisées par le fait d'être des amnésies purement rétrogrades et de porter essentiellement sur la mémoire autobiographique. Elles sont décrites dans le DSM IV [6] dans le chapitre consacré aux troubles dissociatifs, impliquant par là qu'elles relèvent d'un trouble dans les fonctions intégratives de la mémoire, de la conscience ou de l'identité.

Les amnésies dissociatives sont caractérisées [6] : par la survenue d'un ou plusieurs épisodes d'incapacité à se rappeler des informations personnelles importantes, habituellement de nature traumatique ou stressante, trop étendues pour être expliquées par un oubli ordinaire, indépendamment de toute affection mentale, neurologique ou médicale et de prise de toxiques, entraînant une détresse ou un retentissement significatif sur la vie sociale, professionnelle ou d'autres secteurs de fonctionnement. Elles sont habituellement rapportées comme des déficits de mémoire portant sur une partie de l'histoire individuelle habituellement localisée à une période de temps (amnésie localisée), à une partie des événements (amnésie sélective). Les fugues amnésiques se différencient par une perte des souvenirs autobiographiques qui s'étend à la mémoire sémantique avec perte d'identité. Le début est habituellement abrupt et survient dans des circonstances affectivement pénibles pour le sujet. Pendant la fugue, le comportement est normal et n'attire pas l'attention, contrairement à ce qui est observé dans les fugues en rapport avec un syndrome confusionnel (par exemple postépileptique). Le sujet a le plus souvent perdu son identité. À la fin de la fugue, il retrouve son identité mais une amnésie lacunaire persiste, couvrant tout ou partie de la durée de la fugue. De telles fugues amnésiques sont plus souvent observées au cours d'états psychopathiques que chez des personnalités hystériques. Elles peuvent également survenir chez des déprimés ou des schizophrènes.

## Troubles de mémoire permanents

### Syndrome amnésique

Il est caractérisé par un déficit de la restitution des souvenirs épisodiques postérieurs à la constitution des lésions (amnésie antérograde) et qui porte sur toutes les modalités sensorielles. Il peut s'y associer une altération des souvenirs antérieurs au développement de la pathologie (amnésie rétrograde) ainsi que des fabulations et des fausses reconnaissances. [4] C'est le traditionnel syndrome de Korsakoff, terme qui, dans la littérature de langue anglaise, est réservé aux syndromes amnésiques d'origine alcoolique.

Sur le plan clinique, le malade semble incapable d'acquiescer la moindre information quelle qu'en soit la nature, le canal sensoriel par lequel elle est adressée, son caractère affectif ou douloureux. L'oubli se produit en quelques minutes, parfois en



quelques dizaines de secondes : la désorientation temporelle et spatiale est complète. Les événements les plus importants survenus depuis le début des troubles ne peuvent être évoqués. L'amnésie rétrograde peut remonter à une dizaine d'années, parfois plus, mais les éléments du passé le plus lointain sont habituellement conservés. Les autres éléments habituels du syndrome sont : l'inconscience du trouble mnésique (anosognosie), les fabulations (correspondant à des souvenirs anciens réels ou imaginaires) et les fausses reconnaissances. Sur le plan du comportement, ces malades, en l'absence de stimulation, demeurent calmes, apragmatiques, passifs, indifférents, mais parfois euphoriques, joviaux.

Sur le plan psychométrique, le quotient intellectuel (QI) est relativement intact, mais les performances mnésiques sont effondrées. L'examen neuropsychologique montre une amnésie antérograde massive dans les tâches de rappel libre qui est peu ou pas influencée par l'indiciage et persiste dans les épreuves de reconnaissance. Ces éléments signent un trouble primaire des processus de mémorisation. L'amnésie porte essentiellement sur la mémoire épisodique : mémoire à court terme, mémoire sémantique et mémoire implicite sont préservées. Le patient peut acquérir certains apprentissages perceptivomoteurs ou cognitifs alors même qu'il nie avoir vécu la situation expérimentale.

L'amnésie rétrograde est d'importance variable mais peut porter sur une durée très longue avec un gradient temporel : les souvenirs les plus anciens sont relativement respectés. Le patient présente une grande difficulté à situer les événements dans le temps (dyschronologie).

- Ce syndrome est le plus souvent d'origine alcoolique par le biais d'une carence en vitamine B<sub>1</sub> et il survient habituellement après une phase confusionnelle aiguë (encéphalopathie de Gayet-Wernicke). Dans 20 % des cas toutefois, il peut s'installer progressivement. Le syndrome de Korsakoff, dans sa forme traditionnelle, est irréversible et le malade doit être institutionnalisé dans 80 % des cas. En réalité, depuis quelques années, se pose la question de l'existence de formes sévères, réalisant un tableau de démence alcoolique et, à l'inverse, de formes frustes qui pourraient être à l'origine de déficits mnésiques moins sévères chez les alcooliques [7].
- Des tableaux identiques peuvent être observés au cours d'affections qui lésent, de façon bilatérale, le circuit hippocampo-mamillo-thalamique : tumeurs cérébrales touchant le plancher du III<sup>e</sup> ventricule (craniopharyngiomes de l'adulte), plus rarement tumeurs frontales ou thalamiques bilatérales, infarctus bithalamiques ou encore séquelles d'une encéphalite herpétique.

## Maladie d'Alzheimer

Les troubles de mémoire sont au premier plan dans la maladie d'Alzheimer qui représente la cause des syndromes démentiels dans sept à huit cas sur dix, particulièrement après 65 ans.

Les troubles mnésiques sont constants dès le début de la maladie et constituent le symptôme inaugural habituel. En effet, les lésions débutent toujours dans les régions hippocampiques avant de gagner les zones associatives du cortex, comme le montre l'atrophie hippocampique en imagerie cérébrale. Les troubles touchent essentiellement la mémoire des événements récents de la vie quotidienne et traduisent un déficit des processus de mémorisation. Le patient répète plusieurs fois les mêmes questions, oublie des fragments entiers du passé récent (coups de téléphone, rendez-vous, visites...), égare ou perd des objets. Très rapidement, il oublie la date, le jour de la semaine. Parfois, c'est parce qu'il s'est perdu sur un itinéraire pourtant familier qu'il est amené en consultation. Les troubles mnésiques s'accompagnent précocement de modifications du comportement. L'intérêt pour la vie sociale, les loisirs diminue. Des troubles affectifs sont présents, associant une diminution des réactions aux événements désagréables aussi bien qu'agréables (émoussement affectif) à des manifestations anxieuses et dépressives, à une irritabilité. Le plus souvent, le patient minimise ses difficultés et c'est l'entourage qui est à l'origine de la consultation.

Les troubles mnésiques s'accroissent progressivement et s'accompagnent plus ou moins précocement d'une atteinte des autres fonctions supérieures en même temps que l'apathie augmente et que les troubles du comportement s'accroissent, entraînant une diminution progressive de l'autonomie. Néanmoins, le comportement social et la vie affective sont longtemps préservés.

Sur le plan neuropsychologique, les troubles de mémoire observés au cours de la maladie d'Alzheimer sont complexes. [8] Au début, ils sont limités à l'acquisition d'informations nouvelles en mémoire épisodique du fait d'un trouble de la mémorisation qui se traduit par une absence d'amélioration avec les procédures de facilitation du rappel dans le test de Grober et Buschke. [9] Des versions de ce test ont été mises au point à l'usage du clinicien : Memory Impairment Screen de Buschke, [10] test des cinq mots de Dubois [11].

L'atteinte de la mémoire de travail est précoce comme le montrent l'impossibilité de restituer trois mots après une tâche interférente dans le Mini-Mental State Examination [12] ou le paradigme de Brown-Peterson. En revanche, l'empan chiffré est plus tardivement diminué. L'altération de la mémoire sémantique est plus tardive ainsi que celle de la mémoire des faits anciens. La mémoire procédurale est relativement préservée et l'acquisition d'habiletés perceptivomotrices reste longtemps possible.

## Autres affections cérébrales dégénératives

Des troubles de mémoire sont fréquents au cours des autres affections dégénératives cérébrales. Leur précocité et leur importance varient toutefois selon l'étiologie de la démence et son degré d'évolution. [13] Bien qu'ils puissent révéler la maladie, ils ne sont jamais aussi précoces et aussi importants que dans la maladie d'Alzheimer. Surtout, leur mécanisme est différent.

### Démence à corps de Lewy

Les troubles mnésiques sont moins précoces et moins importants dans la démence à corps de Lewy que dans la maladie d'Alzheimer. Ils touchent également la mémoire épisodique, mais ils sont dus à une perturbation des mécanismes du rappel et non de la mémorisation. Il est donc le plus souvent aisé de les distinguer par l'examen neuropsychologique. Les fluctuations cognitives sont un trait majeur de ces démences mais, contrairement aux fluctuations observées dans la maladie d'Alzheimer, elles ne touchent pas que la mémoire mais sont plus globales (absences, confusion).

### Démences frontotemporales

Sous ce terme sont réunies, aujourd'hui, la maladie de Pick mais surtout des affections dégénératives, le plus souvent sans lésion histologique spécifique, de topographie variable et de sémiologie diverse. Ces démences représenteraient 10 à 15 % des démences des sujets de moins de 65 ans. Dans les variantes frontales, les troubles mnésiques sont au deuxième plan derrière les troubles du comportement qui inaugurent et dominent le tableau clinique. Les troubles mnésiques sont liés à un déficit des procédures de recherche en mémoire et sont corrigés par les procédures qui facilitent le rappel. Néanmoins, certaines observations peuvent s'accompagner d'un authentique syndrome amnésique. Dans les variantes temporales, les troubles du langage sont au premier plan. Les patients consultent volontiers pour des troubles de mémoire, mais les difficultés ne portent que sur la mémoire des mots : manque du mot dans les aphasies dégénératives progressives, perte du sens des mots dans la démence sémantique. Cette dernière affection provoque une atteinte progressive de la mémoire sémantique (perte du sens des mots mais aussi de la reconnaissance des objets correspondants) alors que la mémoire épisodique est conservée. Elle s'accompagne également d'une atteinte de la mémoire autobiographique avec un gradient inverse de celui qui est observé dans la maladie d'Alzheimer : perte des souvenirs anciens et conservation du passé récent. On rattache habituellement aux démences frontotemporales, la dégénérescence corticobasale, bien que les lésions responsables soient le plus souvent situées dans le

lobe pariétal, habituellement de façon asymétrique. Elle se manifeste par des troubles neurologiques associés à une difficulté à utiliser les objets (apraxie) parfois rapportée par les patients à un trouble de mémoire.

### Démences dites sous-corticales

Un certain nombre d'affections dégénératives dont les lésions prédominent dans des formations sous-corticales (maladie de Huntington, maladie de Steel-Richardson, maladie de Parkinson) ou certains types de démence vasculaire s'accompagnent d'un tableau particulier dominé par un ralentissement psychomoteur et une difficulté de mise en route des processus cognitifs qui, pour la plupart, sont préservés. L'examen neuropsychologique met en évidence des troubles des fonctions exécutives et des difficultés mnésiques en rapport avec des troubles du rappel. Dans certaines de ces affections, la mémoire procédurale est précocement altérée et les troubles touchent aussi bien l'acquisition de données nouvelles que la mémoire des faits anciens. La mémoire verbale paraît relativement moins touchée que la mémoire visuospatiale.

### Amnésies dissociatives de longue durée

Elles touchent la mémoire autobiographique, mais aussi la mémoire des événements publics concernant tous les événements ayant succédé à une époque précise (amnésie continue), une certaine catégorie d'informations (amnésie systématisée) ou l'ensemble de l'existence avec perte de l'identité (amnésie généralisée) [6, 14].

### Plainte mnésique

La plainte d'une diminution des capacités mnésiques dans la vie quotidienne est observée à tout âge. Toutefois, c'est chez le sujet âgé qu'elle prend une importance particulière du fait de sa fréquence croissante avec l'âge et de la crainte qu'elle ne révèle une maladie d'Alzheimer débutante. Le terme de plainte mnésique recouvre, en fait, des réalités différentes : plaintes spontanées du sujet, difficultés rapportées par la famille, appréciation subjective du fonctionnement mnésique en réponse à des questions ou des autoquestionnaires [15].

Bien que considérée par certains comme le reflet subjectif d'une baisse de performance, la plainte n'est que faiblement ou pas du tout corrélée aux performances aux tests. En revanche, divers liens ont été mis en évidence avec des facteurs démographiques (elle est plus fréquente chez les femmes, les sujets de faible niveau scolaire), psychosociaux (sensation d'isolement, externalisation du lieu de contrôle...), de santé générale (déficits sensoriels, diabète, hypertension, arthrose de hanche).

Toutes les études reconnaissent une association très forte avec des facteurs psychoaffectifs : type de personnalité, symptomatologie anxieuse, dépressive. La plainte traduirait ainsi une vulnérabilité psychologique (faible sentiment d'identité, pauvre estime de soi) qui, à tout âge, peut témoigner d'une organisation névrotique, mais qui, chez le sujet âgé, peut être simplement liée au retentissement des modifications physiques, sociales et affectives associées au vieillissement. Cette vulnérabilité psychologique prend la forme d'une plainte mnésique en s'appuyant sur des modifications cognitives réelles, liées à l'âge ou à une pathologie débutante, ainsi qu'à des facteurs sociaux (vulgarisation de la maladie d'Alzheimer, création des centres de mémoire, place de la mémoire dans notre société).

## ■ Troubles de mémoire et affections psychiatriques

Les troubles mnésiques observés dans les affections psychiatriques peuvent relever de deux types de mécanismes : un mécanisme purement psychogène (type refoulement, déni...) et un mécanisme cognitif complexe, lié au retentissement de l'affection sur les processus de motivation et de traitement de l'information (diminution des ressources attentionnelles, cognitives, ralentissement...).

## Troubles mnésiques et dépression

C'est certainement au cours de la dépression que le fonctionnement mnésique a été le plus étudié. Il est très fréquent que les patients déprimés se plaignent d'une diminution de leurs performances mnésiques. Les études portant sur les performances mnésiques des sujets déprimés ont donné des résultats contradictoires. De nombreux auteurs n'ont pas observé de différence entre les performances des sujets déprimés et les sujets contrôles. À l'inverse, de non moins nombreuses études ont mis en évidence une diminution des performances mnésiques chez les déprimés. Ce déficit serait parallèle à l'intensité de la dépression, plus marqué chez les déprimés unipolaires que chez les bipolaires, et réversible avec la disparition de la sémiologie dépressive. Le déficit est surtout mis en évidence dans les épreuves de rappel libre : il disparaît avec les procédures de facilitation (rappel indicé, reconnaissance), ce qui témoigne qu'il est lié à un déficit des mécanismes de rappel en rapport avec une diminution des capacités globales de traitement de l'information. [16] Cet élément permet de les différencier aisément des troubles de la maladie d'Alzheimer, même si une certaine méconnaissance des troubles cognitifs et la présence d'intrusions peuvent être observées dans la dépression. [17] L'analyse qualitative montre que la difficulté porte essentiellement sur les tâches requérant beaucoup d'efforts et sur le rappel différé alors que la mémoire à court terme et la mémoire implicite sont normales. L'interprétation est complexe : à la diminution globale de la motivation et à la difficulté à maintenir un effort soutenu s'ajoute le ralentissement des processus de traitement de l'information. Plusieurs travaux ont montré des biais de réponse dans les performances mnésiques des déprimés qui donnent plus volontiers des réponses conservatrices (fausses réponses négatives de type « je ne sais pas ») et chez lesquels l'apprentissage est meilleur pour les items affectivement neutres ou négatifs que pour les items positifs. Par ailleurs, on a montré, chez les déprimés bipolaires, que la restitution d'une information était meilleure lorsqu'elle était effectuée dans une phase où l'humeur était identique à celle de l'apprentissage.

## Troubles mnésiques et anxiété

L'étude de l'influence de l'anxiété sur les performances mnésiques a suscité moins de travaux que celle de la dépression. De plus, l'anxiété-trait n'est pas toujours distinguée de l'anxiété-état dans ces études. Une forte anxiété est associée à une réduction de la concentration et à une distractibilité accrue : elle retentit sur les processus perceptifs, la mémoire à court terme mais aussi sur la mémoire de travail, en particulier sur la composante exécutive centrale. [16] Pour compenser ces effets, les sujets anxieux doivent augmenter leurs efforts, ce qui diminue leur réserve de capacité de traitement. L'anxiété augmenterait la probabilité des mauvaises réponses au même titre que des bonnes réponses.

## Troubles mnésiques et schizophrénie

Des études récentes ont montré des performances basses aux tests de mémoire chez les schizophrènes. Le déficit mnésique serait plus important que le degré de détérioration globale. L'analyse neuropsychologique a montré une diminution de la mémoire épisodique avec respect de la mémoire à court terme, de la mémoire procédurale et de la mémoire implicite. Il existe toutefois une atteinte du système central exécutif de la mémoire de travail et surtout un déficit de la mémoire sémantique [18].

## ■ Troubles mnésiques et lésions cérébrales focales

### Troubles mnésiques des lésions frontales

L'atteinte des capacités mnésiques est suggérée par le comportement de ces patients : ils paraissent oublier immédiatement la consigne (le malade « oublie de se souvenir ») et leur comportement apparaît sans rapport avec elle. En réalité, ils peuvent

parfaitement restituer verbalement cette consigne. Il est aisé de montrer qu'il n'existe pas de déficit dans les processus de rappel indicé, de reconnaissance ou de familiarité pour les épreuves habituelles de mots ou d'événements isolés. Les perturbations apparaissent lorsque les tâches deviennent plus complexes : il est alors possible de mettre en évidence une difficulté pour situer l'ordre temporel des événements, pour restituer la totalité du matériel mémorisé ou pour apprendre de longues listes de mots similaires. Les réponses des patients ont souvent un caractère fabulatoire qui peut prendre parfois un aspect véritablement fantastique.

## Troubles mnésiques des lésions rétrorolandiques

Des lésions corticales rétrorolandiques unilatérales sont susceptibles de provoquer des troubles de mémoire qui s'opposent aux précédents par leur caractère dissocié. Ils peuvent, en effet, toucher uniquement la mémoire à court terme ou, à l'inverse, la mémoire à long terme et le plus souvent, ils ne portent que sur une modalité sensorielle. Ils sont souvent associés à d'autres déficits : aphasies, agnosies, apraxies. Ces syndromes, volontiers interprétés lors de leur description initiale comme des troubles de mémoire, sont considérés aujourd'hui comme de nature complexe : ils correspondent à un déficit de traitement de l'information qui peut se situer à des niveaux différents, auquel peut s'ajouter une composante mnésique.

## ■ Troubles mnésiques survenant dans un contexte particulier

### Troubles mnésiques post-traumatiques

Les troubles de la mémoire sont beaucoup plus fréquents dans les traumatismes craniocérébraux fermés que dans les traumatismes ouverts dans lesquels ils sont directement la conséquence du siège et de l'importance des lésions [19].

#### Amnésie post-traumatique immédiate

Elle porte sur les circonstances qui ont suivi l'accident (amnésie antérograde) mais peut également toucher les souvenirs des événements ayant précédé l'accident (amnésie rétrograde).

L'amnésie antérograde recouvre la période initiale de perte de conscience, la période confusionnelle qui lui fait suite et la période amnésique proprement dite pendant laquelle le comportement du patient est redevenu normal pour l'entourage mais dont le patient ne garde aucun souvenir (amnésie post-traumatique proprement dite). La durée de cette amnésie antérograde n'est pas toujours aisée à évaluer : elle se définit, rétrospectivement, par le temps écoulé entre l'accident et le moment où le patient peut donner un récit clair et cohérent de ce qui s'est passé autour de lui. Elle peut contenir des « îlots de mémoire » qui peuvent conduire à en sous-estimer la durée. Cette durée a en effet une valeur pronostique importante. L'amnésie rétrograde est souvent très brève et ne recouvre que les circonstances qui ont immédiatement précédé l'accident. Elle peut néanmoins s'étendre sur les heures ou les jours qui l'ont précédée. Il est habituel d'observer une relation entre la durée de l'amnésie rétrograde et celle de l'amnésie antérograde. Une amnésie rétrograde très étendue en l'absence d'amnésie antérograde importante conduit à rechercher une amnésie affective liée au traumatisme psychologique. L'amnésie rétrograde serait plus importante pendant la période d'amnésie antérograde et prédominerait sur la mémoire autobiographique. Dans les traumatismes sévères, cette amnésie rétrograde peut, au début, s'étendre aux souvenirs appartenant au passé lointain puis rétrécir progressivement, mais il persiste habituellement une lacune définitive.

#### Troubles de mémoire résiduels

Ils sont fonction de la sévérité du traumatisme appréciée sur la durée du coma ou de l'amnésie post-traumatique initiale, de

l'âge des patients mais paraissent indépendants de l'existence ou non d'une fracture du crâne ou de signes neurologiques focaux. Ces troubles paraissent la conséquence d'une diminution des capacités d'attention et d'un ralentissement des processus de traitement de l'information qui imposent un effort accru dans les tâches mnésiques. Ils peuvent être à l'origine ou alimenter des sentiments d'autodépréciation, de régression ou de culpabilité, sources de névrose post-traumatique. Il est donc important de les prendre en compte et de les traiter.

## Amnésies post-traumatiques d'autre origine

### Amnésie consécutive à la sismothérapie

Bien qu'il s'agisse d'une amnésie transitoire non lésionnelle, elle peut être rapprochée des amnésies traumatiques car elle accompagne une perturbation globale du fonctionnement cérébral. [20] Cette amnésie disparaît, après un choc unique, en 4 à 6 heures. Les plaintes mnésiques des patients sont directement liées à la symptomatologie dépressive et s'atténuent lorsque la dépression régresse.

### Amnésie posthypnotique

Elle soulève toujours de nombreuses controverses. Son interprétation varie en fonction des conceptions de la nature de l'état hypnotique. Pour certains auteurs, l'amnésie posthypnotique est un modèle d'amnésie dissociative alors que, pour d'autres, elle ne peut être comprise que dans une perspective sociocognitive et historique [21].

### Amnésies de conduite criminelle

Elles sont observées en cas d'homicide d'une personne proche, au cours d'une intoxication aiguë chez les alcooliques chroniques, plus rarement chez les schizophrènes délirants. Elles posent particulièrement le problème des amnésies par simulation. Il n'est pas toujours aisé de faire la distinction entre une amnésie psychogène et une amnésie simulée. La distinction repose sur le fait que les simulateurs échouent dans des tâches qui sont normalement effectuées par les patients présentant une amnésie organique ou dissociative comme les tâches simples (rétention d'un matériel associé, par exemple, un certain nombre de lettres consécutives de l'alphabet), le sentiment de familiarité, l'amélioration par l'indigage, la conservation des effets de primauté et de récence et la préservation de la mémoire implicite [22, 23].



## ■ Références

- [1] Baddeley A. *La mémoire humaine*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 1993.
- [2] Derouesné C. *Vivre avec sa mémoire*. Paris: Les Éditions du Rocher; 1996.
- [3] Brédart S, Van der Linden M. *Souvenirs récupérés, souvenirs oubliés, faux souvenirs*. Marseille: Solal; 2004.
- [4] Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995.
- [5] Sella F. Les amnésies transitoires du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2006;4:31-8.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th ed. Text revision): DSM-IV-TR*. Washington: APA; 2000.
- [7] Pierucci-Lagha A, Derouesné C. Alcool et vieillissement. 2. Démence alcoolique ou déficit cognitif alcoolique? *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003;1:237-50.
- [8] Ergis AM, Gély-Nargeot MC, Van der Linden M. *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*. Marseille: Solal; 2005.
- [9] Van der Linden M. *L'évaluation des troubles de mémoire*. Marseille: Solal; 2004.
- [10] Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, et al. Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. *Neurology* 1999;52:231-8.

- [11] Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. Les « 5 mots ». Un test simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med* 2002;**31**:1696-9.
- [12] Derouesné C. Le Mini-Mental State examination. *Rev Neurol* 2001; **157**:567-71.
- [13] Belin C, Ergis AM, Moreaud O. *Actualités sur les démences. Aspects cliniques et neuropsychologiques*. Marseille: Solal; 2006.
- [14] Kilhstrom JF, Schacter DL. Functional disorders and autobiographical memory. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995. p. 337-66.
- [15] Derouesné C. La plainte mnésique. *Clin Méditerranée* 2003(n°67): 14-24.
- [16] Watts FN. Depression and anxiety. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995. p. 293-318.
- [17] Dalla Barba G, Parlato V, Iavarone A, Boller F. Anosognosia, intrusions and "frontal" functions in Alzheimer disease and depression. *Neuropsychologia* 1995;**33**:247-59.
- [18] McKenna P, Clare L, Baddeley A. Schizophrenia. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995. p. 271-92.
- [19] Goldstein FC, Levin HS. Post-traumatic and anterograde amnesia following closed head injury. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995.
- [20] Cahill C, Frith C. Memory following electroconvulsive therapy. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995. p. 319-36.
- [21] Spanos NP, Radtke HL, Bertrand LD. Hypnotic amnesia as a strategic enactment: Breaching amnesia in highly hypnotizable subjects. *J Person Soc Psychol* 1984;**47**:1155-69.
- [22] Kopelman MD. The assessment of psychogenic amnesia. In: Baddeley AD, Wilson BA, Watts FN, editors. *Memory disorders*. Chichester: Wiley; 1995. p. 27-45.
- [23] Brandt J. Detecting amnesia's impostors. In: Squire LS, editor. *Neuropsychology of memory*. New York: Guilford Press; 1992. p. 156-65.

C. Derouesné, Professeur émérite (chderou@noos.fr).  
Université Paris VI, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie.

L. Lacomblez, Maître de conférences à l'Université Paris VI, praticien hospitalier.  
Département de pharmacologie, Fédération de neurologie, Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Derouesné C., Lacomblez L. Sémiologie des troubles de la mémoire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-115-A-10, 2007.

Disponibles sur [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos /  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations