

Toute difficulté de mémoire n'annonce pas un Alzheimer

Mots clés :
Alzheimer
mémoire
iatrogène
dépression
Personne
âgée

La plainte mnésique est banale chez le sujet âgé, mais elle est actuellement vécue par le patient avec la crainte d'une maladie d'Alzheimer (MA)¹, ou pour le médecin d'un déficit cognitif léger (MCI)². Pourtant trois situations sont bien plus fréquentes : les troubles liés à l'âge¹, les effets secondaires des médicaments³, les conséquences d'une dépression⁴. Les connaître permet de rassurer, éviter le cycle des examens et l'anxiété qu'ils engendrent.

Les troubles de mémoire liés à l'âge

La plainte mnésique, fréquente dès 50 ans, augmente avec l'âge. Elle n'est pas corrélée aux performances aux tests de mémoire, d'intelligence ou d'attention, mais plutôt à des facteurs psychoaffectifs, le stress chez le jeune, le sentiment d'âge chez le sujet âgé. La grande majorité des sujets se plaignant de leur mémoire n'ont pas d'affection organique cérébrale¹.

La plainte isolée est bénigne : purement subjective, sans diminution des performances, ni retentissement sur l'activité quotidienne une plainte ne présente pas un risque plus élevé de MA de ce seul fait. A l'inverse un déficit mnésique non ressenti est suspect¹.

La sémiologie de la plainte est la base du diagnostic. La mémorisation comprend 3 processus : encodage, stockage, rappel. *La plainte de la MA, trouble de la mémorisation*, porte sur les deux premières étapes et donc uniquement sur le passé récent : le patient ne retrouve pas ses affaires, répète ses questions, mais ne ressent pas son déficit ; l'entourage, qui s'en aperçoit, est le plus souvent à l'origine de la consultation. A l'inverse, *la plainte liée à l'âge est un trouble du rappel*, qui porte aussi bien sur le passé ancien que récent, (la mémoire des noms propres utilise particulièrement ce mécanisme de rappel). Le mot recherché survient spontanément quelques instants plus tard. Il s'y associe des troubles de l'attention (« je ne sais plus ce que je suis venu faire dans cette pièce »)¹. La gêne est subjective, le patient consulte seul, l'entourage ne s'en aperçoit que si la personne se plaint. Il n'y a pas d'autre trouble cognitif, de perturbations de la réalisation des activités de la vie quotidienne, comme dans les MCI^{1,4}. Il peut y avoir des manifestations psychoaffectives, mais n'affectant pas le comportement, alors que la MA débutante s'accompagne d'une baisse de motivation.

Les troubles de mémoire liés aux médicaments³

Il faut savoir les évoquer devant une altération mnésique récente ou brutale, surtout chez les sujets âgés.

Que conclure pour notre pratique ?

Toute plainte mnésique ne nécessite pas une « consultation mémoire » qui souvent ne rassurera pas, quelles que soient les précautions prises.

L'oubli bénin, simple trouble du rappel, courant après un certain âge, peut être reconnu par ses caractères, sa perception avant tout par la personne âgée elle-même, et l'absence d'autre trouble cognitif.

Le trouble mnésique d'origine médicamenteuse doit toujours être évoqués chez la personne âgée, justifiant l'adaptation des prescriptions.

L'association trouble mnésique et dépression justifie une prise en charge de la dépression. S'il un médicament s'avère nécessaire, on évitera les tricycliques.

Tous les médicaments à effet anticholinergique

peuvent entraîner des troubles mnésiques. Ceci concerne 14 des 25 médicaments les plus prescrits chez les gens âgés : tricycliques, phénotiazines, anti-parkinsoniens, anti-spasmodiques (tiémonium), anti-arythmiques (disopyramide), antiulcéreux (cimétidine, ranitidine), antispasmodique urinaire (oxybutynine), antihistaminiques (prométhazine, alimémazine, dexchlorphéniramine). Une étude française⁵ a relevé chez 372 patients non déments de plus de 60 ans, 51 utilisateurs réguliers de ces médicaments. L'évaluation cognitive a étiqueté MCI 35% des non utilisateurs et 80% des utilisateurs. A 8 ans le taux de démence était identique dans les 2 groupes (16 et 14%).

Les psychotropes sont souvent en cause

Ce peut être par le biais de leurs effets anticholinergique (tricycliques, antipsychotiques), ou par leur nature même. *Les benzodiazépines (et les barbituriques)* affectent la mémoire des faits récents surtout chez les sujets âgés, même après une dose unique. L'effet disparaît à l'arrêt du médicament. Ce qui justifie les recommandations d'usage de produits à demi vie courte, pour une période limitée. Les nouveaux antidépresseurs (ISRS) ne semblent pas avoir d'effet mnésique, mais les données sont peu nombreuses. *Les antipsychotiques* classiques peuvent entraîner des troubles mnésiques chez le sujet âgé, moins certainement avec les atypiques, *Le lithium* entraîner chez le sujet âgé une baisse des performances mnésiques.

Parmi les antalgiques du palier 2 (codéine, tramadol, dextropropoxyphène), seul le dernier peut entraîner une atteinte mnésique isolée.

Et l'association trouble mnésique et dépression ?

Les sujets dépressifs peuvent avoir des déficits cognitifs liés à leur maladie psychiatrique, concernant la mémoire de travail, la mémoire épisodique et l'attention. Les antidépresseurs peuvent les améliorer, mais il faut éviter les tricycliques.

Références

- 1 – Derouesné C, Lacomblez L. La plainte bénigne : épidémiologie et démarche diagnostique. *Presse Med.* 2000, 29, 858-62
- 2 – Collectif. Que signifie le concept de déficit cognitif léger. *Bibliomed*, 206, 445
- 3 – Caer-Frouard M, Weill-Engeret, Piette F. Médicaments et mémoire : des interactions à connaître chez le sujet âgé. *Presse Med.* 2006, 35, 91-6
- 4 – Karlawish JHT, Clark CM. Diagnostic evaluation of elderly patients with memory problems. *Ann Int Med.* 2003, 138, 411-19
- 5 – Ancelin ML et al. Non dégénérative mild cognitive impairment in elderly people and use anticholinergic drugs : longitudinal cohort study. *BMJ.* 2006; 332: 455-8.