

Le TDAH chez l'adulte :

« Docteur, si j'avais su avant... »

Annick Vincent, M.D,
pratique à la Clinique FOCUS
du Centre médical l'Hétrière, à
Saint-Augustin-de-Desmaures.

Simon-Pierre Proulx, M.D,
pratique au sein du Groupe de
médecine de famille Loretteville.

Présenté dans le cadre du
congrès *L'omnipratique*
d'aujourd'hui à demain,
FMOQ, décembre 2008.

Les causes

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) touche environ 5 % des enfants et 4 % des adultes, quelle que soit leur culture ou leur nationalité; la génétique explique plus de 75 % des cas. Le TDAH peut, dans certains cas, être lié à des séquelles d'atteintes neurologiques en bas âge, comme la prématurité ou une souffrance néonatale. L'exposition au tabac *in utero* est aussi un facteur de risque identifié. La littérature indique que la réponse clinique aux traitements pharmacologiques est supérieure dans les cas génétiquement transmis (70 à 90 %), comparativement à ceux secondaires à une atteinte neurologique acquise (50 %). On ne connaît pas les causes exactes du TDAH, mais les données de recherche permettent de conclure que la façon d'élever un enfant n'a pas de lien direct avec l'apparition du TDAH, bien qu'elle ait un impact majeur sur la manifestation des symptômes et sur l'évolution de cette pathologie.

Les symptômes

Il est essentiel de se rappeler que les symptômes du TDAH se manifestent dès l'enfance, mais que les impacts à l'école, au travail, dans la vie quotidienne, incluant la conduite automobile, ne deviennent parfois évidents que beaucoup plus tard, c'est-à-dire lorsque la personne atteinte n'arrive plus à compenser. Le diagnostic de TDAH adulte implique d'emblée la présence de symptômes dans l'enfance. Les études de suivi ont permis d'établir que plus de la moitié des enfants atteints de TDAH en gardent des symptômes à l'âge adulte. Le critère spécifique d'âge du DSM-IV – apparition des symptômes avant 7 ans – est difficilement applicable en clinique lors de l'évaluation d'un adulte. Or, il y a consensus entre experts : si un adulte rapporte rétrospectivement que les symptômes ont débuté avant l'âge de 12 ans, on applique le même tableau clinique et le même profil d'évolution et de réponse aux traitements que pour les adultes qui rapportent un début clair des symptômes avant l'âge de 7 ans.

La consultation en milieu spécialisé



Une consultation en milieu spécialisé n'est nullement obligatoire avant de poser un diagnostic ou d'amorcer un traitement chez l'adulte ou chez l'enfant. Par contre, celle-ci est utile quand le diagnostic n'est pas clair ou quand les options de traitement habituelles n'ont pas entraîné l'amélioration escomptée.

TDAH = difficulté de modulation

Les adultes souffrant de TDAH se plaindront de troubles cognitifs attentionnels, de la désorganisation symptomatique et de l'impulsivité qui leur nuisent autant dans leur travail que dans leur vie privée. Les adultes atteints peuvent aussi présenter une difficulté à moduler leurs émotions; ils se décrivent à fleur de peau, ils affirment avoir la mèche courte et s'emballent pour un projet avant de rapidement l'abandonner quand leur intérêt baisse. Cette variation de l'expression des émotions peut ressembler à une maladie de l'humeur si on ne remarque pas le caractère d'hyperactivité émotionnelle des fluctuations rapportées. Souvent, les adultes atteints de TDAH affirment que l'hyperactivité motrice est moins intense; elle est vécue surtout comme un inconfort en situation

L'évaluation diagnostique

L'évaluation diagnostique demeure avant tout basée sur un entretien clinique lors duquel on recherche les symptômes spécifiques du TDAH dans l'enfance. On évalue si ces symptômes sont encore présents et quel est l'impact fonctionnel qui justifierait un traitement. Les critères du TDAH reconnus mondialement sont ceux du DSM-IV. Dans les cas de TDAH répondant aux critères du DSM-IV, selon les symptômes et les handicaps retrouvés à l'histoire, l'évaluation neuropsychologique n'est pas essentielle au diagnostic puisqu'il n'existe pas de tests spécifiques au TDAH.

L'évaluation neuropsychologique

L'évaluation neuropsychologique peut être intéressante pour dépister des troubles d'apprentissage spécifiques et mesurer les atteintes cognitives liées au TDAH, comparativement à certains troubles comme l'anxiété ou la dépression. L'évaluation de ces paramètres peut aussi permettre une intervention plus ciblée et guider les traitements.

Guide de pratique canadien

L'évaluation du TDAH peut prendre du temps et se fait difficilement en sans rendez-vous. Pour plus de renseignements, consultez www.caddra.ca.

d'inactivité ou d'attente, telle une impatience motrice. Plusieurs ont appris à composer avec leur besoin irrésistible de bouger en le canalisant dans leur travail ou dans le sport, alors que certains se « traitent » avec des psychostimulants en vente libre (nicotine, caféine, boissons énergétiques). En raison des symptômes invalidants associés au TDAH, plusieurs patients souffrent aussi d'une faible estime d'eux-mêmes et d'un sentiment de sous-performance chronique qui peut entraîner une humeur anxieuse ou dépressive.

Plus de la moitié des adultes souffrant d'un TDAH vont développer une pathologie psychiatrique comorbide (trouble de l'humeur, toxicomanie, etc.). C'est souvent celle-ci qui est la principale raison de consultation et il est clair que nous devons aussi en tenir compte dans le plan de traitement tant pharmacologique que psychologique.

Les questionnaires

Le clinicien doit vérifier avec son patient s'il présentait les symptômes du TDAH dans l'enfance et s'il en souffre encore à l'âge adulte. Il existe plusieurs outils de mesure. La CADDRA propose dans son guide de pratique des outils gratuits. Le *ADHD checklist* peut être utilisé de façon rétrospective ou actuelle, le *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS) permet de réviser l'impact fonctionnel et le *Weiss Symptom Record* (WSR), la comorbidité. Les sites www.caddra.ca et www.attentiondeficit-info.com offrent aux cliniciens plusieurs auto-questionnaires disponibles en français. Or, ces questionnaires mesurent la présence de symptômes et non l'étiologie. De plus, ceux-ci peuvent être biaisés concernant l'intensité de la manifestation des symptômes, selon le vécu de la personne qui le complète. C'est pour cette raison qu'obtenir le point de vue d'un proche est souvent utile. Il est suggéré de demander au patient d'indiquer quels symptômes le dérangent particulièrement, ceci pouvant guider le choix de stratégies de traitement. L'échelle *Adult Self-Rating Scale* (ASRS) et *ADHD checklist* peuvent servir au dépistage, mais aussi comme mesure du changement à la suite des interventions tentées.

Le traitement

Le traitement commence par la confirmation du diagnostic et la psychoéducation qui y est associée. L'annonce du diagnostic met un nom sur la problématique et la personne atteinte est souvent soulagée d'« enfin comprendre ». Elle peut aussi avoir une réaction normale de deuil liée à la chronicité des symptômes et à l'absence d'un diagnostic plus précoce (« Si j'avais su avant... »).

Des techniques simples de gestion du temps, d'organisation et de résolution de problèmes sont essentielles pour tous les patients. Quand les symptômes demeurent handicapants, une médication peut être offerte. On doit alors tenir compte de la comorbidité. Une approche en psychothérapie, principalement de type cognitive-comportementale (TCC), peut aussi être proposée en complément. Les guides du thérapeute et du client de la technique de TCC-TDAH développée par Safren et son équipe sont maintenant disponibles en français.

Le traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique standard du TDAH consiste en la prise de médicaments de type psychostimulants ou non stimulants (atomoxétine). Parmi les stimulants, citons la famille des amphétamines à longue action et à courte action, et la famille de produits à base de méthylphénidate à longue action et à courte action. La *Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance* (CAD-DRA) suggère d'utiliser en première ligne les médicaments dits « à longue action » et en deuxième ligne, les « courte action ».

Le choix de la molécule

On ne peut prédire la réponse individuelle au traitement. Il n'y a pas de littérature qui démontre qu'une molécule serait plus efficace pour le volet inattention ou hyperactivité. Le choix de la molécule doit se faire en tenant compte de la durée d'action, des effets secondaires, de la comorbidité et, malheureusement, du type d'assurances et donc du budget de la personne atteinte. Il est important de savoir que le risque d'abus est réduit si on utilise un non stimulant ou des psychostimulants à longue action non écrasables. En effet, la prise par inhalation ou par injection du méthylphénidate ou de la dextroamphétamine à libération immédiate entraîne une courbe d'absorption rapide au niveau du cerveau et est associée à un plus haut potentiel d'induire une sensation de plaisir, donc à un risque d'abus plus élevé. L'atomoxétine entraînerait moins de déséquilibre des maladies anxieuses et n'exacerberait pas les tics quand ces problématiques sont comorbides au TDAH. En général, le traitement pharmacologique du TDAH est associé à une réponse clinique (réduction de 30 % des symptômes) chez environ 70 % des patients – allant jusqu'à 90 % lorsque toutes les stratégies ont été explorées.

Plusieurs médecins vont combiner un psychostimulant à longue action de jour à un médicament à courte action de soir, selon le besoin. Chez les patients sous psychostimulants qui présentent une réponse partielle et pour qui on opte d'introduire de l'atomoxétine en combinaison, il est suggéré de maintenir le psychostimulant pendant la période où l'atomoxétine n'a pas atteint son plein effet clinique.

Les modes de libération des psychostimulants

Les produits à base d'amphétamine

- La dextroamphétamine est disponible en comprimés à libération immédiate (action d'environ 4 heures) et en spansules qui prolongent l'action à environ 6 heures.
- Les sels mixtes d'amphétamines à libération prolongée permettent un effet clinique jusqu'à 12 heures, grâce à un système de libération par des granules pouvant être saupoudrées sur des aliments mous. Les systèmes de libération de ce type peuvent être influencés par le PH gastrique.
- La lisdexamfétamine est un pro-médicament. Pour devenir actif, le produit doit être scindé par un enzyme présent dans le petit intestin et le système sanguin. Ce mécanisme permet un effet clinique de 13 heures selon la monographie et de 14 heures selon une étude menée auprès des adultes.

Comment réduire le risque d'effets secondaires?

Les effets secondaires peuvent être réduits en utilisant des posologies faibles et en augmentant plus lentement les doses. S'il y a une baisse d'appétit ou de la nausée significative associée à la prise de la médication, une prise postprandiale est suggérée. La surveillance de la tension artérielle et du pouls est conseillée en cours de traitement, particulièrement aux changements de doses. La prudence est de mise dans la prescription des traitements pharmacologiques pour le TDAH, particulièrement en présence d'une histoire familiale de mort subite à moins de 50 ans, d'une histoire personnelle d'hypertension artérielle, de troubles du rythme, de syncope ou de malformation cardiaque structurale.

Il n'y a pas de littérature qui démontre qu'une molécule serait plus efficace pour le volet inattention ou hyperactivité.

Ressources développées par Dre Annick Vincent

Internet

www.attentiondeficit-info.com

Livres

Mon cerveau a besoin de lunettes

– Annick Vincent, *Éditions Québecor* (2010).

Mon cerveau a encore besoin de lunettes

– Annick Vincent, *Éditions Québecor* (2010)

My Brain Needs Glasses

– Annick Vincent, *Éditions Québecor* (2010)

My Brain Still Needs Glasses

– Annick Vincent, *Impact! Éditions* (2007)

DVD

Portrait du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

– Annick Vincent et Direction de l'enseignement de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Disponible à la Direction de l'enseignement, 418 663-5146. Version anglaise disponible, 2006.

Information et support



Au Québec, un adulte avec un TDAH peut trouver de l'information et du support auprès de PANDA (Parents aptes à négocier avec le déficit d'attention) et de l'AQETA (Association québécoise pour les troubles d'apprentissage).

Les produits à base de méthylphénidate

Au Canada, le méthylphénidate est disponible en formulation à courte action et en formulation à effet prolongé – soit par une libération multi-couches, soit par un système de pompe osmotique (OROS). Il existe certaines formulations génériques qui n'utilisent pas le même mécanisme de libération que le produit d'origine. Les génériques ne font pas l'objet d'études cliniques et, dans le cas de psychostimulants à libération prolongée, ceux-ci peuvent entraîner un profil d'effet thérapeutique et indésirable différent du produit d'origine. Chez l'adulte utilisant la formulation à courte action, la prise est souvent répartie en trois à quatre doses (aux trois à quatre heures), vu sa courte demi-vie. Une formulation à courte action peut parfois être prescrite en début ou en fin de journée, lorsqu'une médication à longue action à base de méthylphénidate ou d'amphétamines est utilisée sans couvrir toute la journée.

Méthylphénidate en libération multi-couches

Le système de libération de méthylphénidate en multi-couches permet un effet clinique prolongé de 10 à 12 heures avec une libération initiale de 40 % de la dose totale. Les capsules contiennent des granules qui peuvent être saupoudrées sur des aliments mous. Les systèmes de libération de ce type peuvent être influencés par le pH gastrique.

Méthylphénidate libéré selon le système OROS

Le méthylphénidate libéré selon le système OROS fonctionne comme une pompe osmotique de médicament et permet un effet clinique prolongé jusqu'à 12 heures avec une libération initiale de 22 % de la dose totale, suivie d'une libération progressive selon une pente ascendante. Les systèmes de libération de ce type peuvent être influencés par le temps de transit digestif.

TDAH, anxiété, dépression et/ou troubles du sommeil

Si, en plus du TDAH, il y a présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur, il est possible qu'on choisisse de traiter celui-ci en priorité. Le médecin peut envisager d'utiliser de la venlafaxine pour les troubles anxieux ou dépressifs et le bupropion en cas de dépression ou de tabagisme. Ces deux molécules ont été prouvées efficaces pour le TDAH dans de petits groupes d'études. La posologie minimale efficace reste cependant à déterminer, ainsi que le délai d'action. Dans notre clientèle, il semble que le délai ressemble à celui de l'effet antidépresseur (quatre à six semaines). Comme l'effet noradrénergique de la venlafaxine apparaît plus clairement au-delà de 150 mg/jour, on peut penser que cela serait une dose minimale à viser. Cependant, certains patients répondent parfois à des posologies inférieures. S'il y a un trouble bipolaire sous-jacent, une référence en spécialité est fortement suggérée et il est impératif d'éviter les antidépresseurs pour ne pas induire de virage maniaque.

En cas de problème de sommeil, il importe d'identifier et de traiter les pathologies autres que le TDAH qui peuvent être impliquées dans la problématique d'insomnie. Si les difficultés de sommeil semblent être liées au TDAH ou à la médication, modifier l'heure de la prise du psychostimulant et utiliser l'atomoxétine ou la mélatonine sont des options à considérer. **C**