

REPERER LE TROUBLE DU DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE (TDA/H) EN CONSULTATION D'ADDICTOLOGIE

Les enjeux diagnostiques à partir de trois cas cliniques

Genève, le 18 Octobre 2012

J. Cholet, M. Grall-Bronnec, J.L. Vénisse

Service d'addictologie

CHU de Nantes

PLAN

1. Données de la littérature
2. Réflexions cliniques
3. Conclusion

EPIDEMIOLOGIE

- 4 à 5% des adultes en population générale
 - 75% non diagnostiqués
 - 11% traités
- 30 à 50% des patients suivis dans un service d'addictologie
- Risque relatif de développer un trouble addictif multiplié par 2 si TDA/H
- Cocaïne > amphétamines > opiacés

POINTS D'APPEL CLINIQUES

- CONSOMMATIONS
 - Début précoce (< 14 ans)
 - Quantités importantes
 - Plus fréquentes
 - Effets recherchés : instabilité motrice, sédation
 - Poly-consommations fréquentes
- Distractibilité, inattention
- Eléments dys-exécutifs : planification ++

Fatseas M and al. *Current Opinion in Psychiatry* 2012; 25 (3): 219-225.

Adler LA and al. *Postgraduate Medicine* 2009; 12 (5): 7-10.

Bizzarri JV and al. *Psychiatry Research* 2009; 16 : 88-95.

	AYMERIC, 38 ans	MICKAEL, 28 ans	RONAN, 36 ans
Motif de consultation	Crise clastique	Demande de TDO	Évaluation TDA/H
ATCD personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Cure de sevrage (opiacés) à 36 ans • Thymo-régulateur quelques mois à visée anti-impulsive 	<ul style="list-style-type: none"> • EDM suite aux 2 séparations 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 mois d'H°pour troubles du comportement à 17 ans • Crise comitiale à 17 ans (poly-consommations)
Scolarité	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples renvois • Arrêt scolarité à 18 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés perçues • Arrêt de la scolarité après le Bac 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture scolaire dès le collège • CAP paysagiste à 32 ans
ATCD familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à l'alcool : père 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à l'alcool : GPP et

BILAN DES CONDUITES ADDICTIVES

	AYMERIC, 38 ans	MICKAEL, 28 ans	RONAN, 36 ans
Opiacés	<ul style="list-style-type: none">• Depuis l'âge de 28 ans (VN)• Mésusage de BHD quelques mois	<ul style="list-style-type: none">• Depuis l'âge de 20 ans (VN puis IV)• Mésusage BHD de 20 à 28 ans	<ul style="list-style-type: none">• Depuis l'âge de 16 ans (IV)• Mésusage de la morphine : 21-32 ans• MTD depuis 4 ans
Poly-consommations	<ul style="list-style-type: none">• Cocaïne dès 17 ans• THC depuis l'âge de 15 ans	<ul style="list-style-type: none">• Cocaïne de 17 à 28 ans• Amphétamines de 18 à 21 ans	<ul style="list-style-type: none">• Trichloréthylène de 8 à 16 ans• Amphétamines de 17 à 19 ans• Crack de 21 à 34 ans

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE COMMUNE

- Parcours marqué par l'impulsivité et l'instabilité
- Impulsivité /hyperactivité :
 - Passages à l'acte hétéro-agressifs
 - Irritabilité, colère, intolérance à la frustration,
 - Engagements dans des comportements sans anticipation de conséquences
 - N'arrivent pas à se détendre, ont la bougeotte
- Déficit attentionnel :
 - Procrastination
 - Difficulté à organiser la pensée
 - Distractibilité
 - Difficultés à se concentrer en situation d'interaction sociale

EVALUATIONS

	AYMERIC, 38 ans	MICKAEL, 28 ans	RONAN, 36 ans
WURS-C (/100)	• 46	• 71	• 68
ASRS v1.1 (screener) (/6)	• 4	• 6	• 5
UPPS U (/48) Pm (/44) Ps (/44) S (/40)	<ul style="list-style-type: none"> • U : 35 • Pm : 30 • Ps : 28 • S : 36 		<ul style="list-style-type: none"> • U : 43 • Pm : 37 • Ps : 19 • S : 41
Évaluation cognitive			<ul style="list-style-type: none"> • - 1,76 DS • Atteinte: <ul style="list-style-type: none"> • Attention (Jetons) • Planification (TL)

3 PRISES EN CHARGE

	AYMERIC, 38 ans	MICKAEL, 28 ans	RONAN, 36 ans
Addictions	<ul style="list-style-type: none">• MTD 40 mg/j• Consommations festives résiduelles• Dépendance THC	<ul style="list-style-type: none">• MTD 60 mg/j• Abus d'alcool	<ul style="list-style-type: none">• MTD 10 mg/j• Dépendance OH et THC
<p>Persistance des symptômes évocateurs d'un TDA/H ⇒ Méthylphénidate (MPH) ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Risques de mésusage ?• Bénéfices attendus ?	<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge sociale initiale	<ul style="list-style-type: none">• Introduction du MPH<ul style="list-style-type: none">• Mauvaise tolérance (irritabilité, tension, nervosité)• Olanzapine à faible dose avec une bonne efficacité et tolérance	<ul style="list-style-type: none">• Relaxation• Projet de sevrage en alcool puis MPH

CONCLUSION

- Un diagnostic comorbide plus fréquent qu'on ne le croit...
- Diagnostic à évoquer mais à savoir re-questionner !
- Quelle évaluation ?
 - Échelles d'auto et d'hétéro-évaluations intéressantes:
 - Pour étayer l'hypothèse diagnostique ET le suivi
 - Idéalement à distance des consommations
- À quel moment et comment traiter ?
 - Une fois les consommations stabilisées
 - Selon la plainte fonctionnelle et les comorbidités du patient
 - MPH à libération prolongée
 - Fenêtres thérapeutiques contractualisées

MERCI DE VOTRE ATTENTION