Inserm

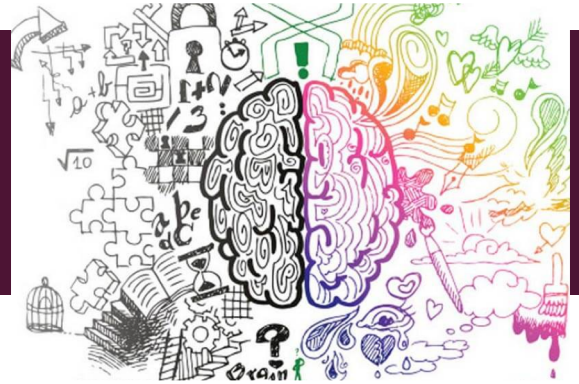
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Université de Lille

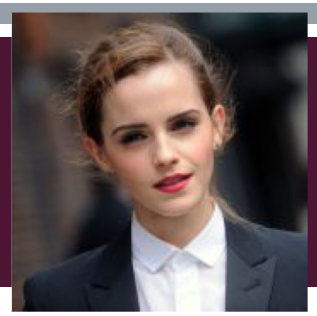
TDAH DE L'ADULTE ET TROUBLES ADDICTIFS : VERS L'IDENTIFICATION D'UN PROFIL PSYCHOPATHOLOGIQUE ?

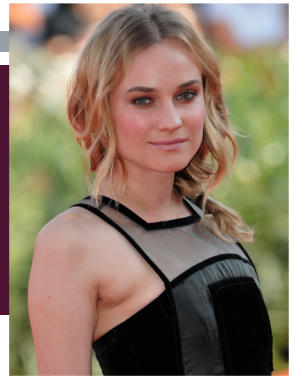
ATHS 2019

LOUISE CARTON



INTRODUCTION
LE TDAH DE L'ADULTE





- Trouble neuro-développemental persistant chez l'adulte dans plus d'un tiers des cas
- Prévalence : 5% des enfants d'âge scolaire, 4,4% en population adulte

Sayal et al., 2018 ; Kessler et al., 2006

- Syndromes : déficit attentionnel, hyperactivité motrice, impulsivité
- Pathologie fréquemment sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge

INTRODUCTION
TDAH ET COMORBIDITÉS

- **La règle plutôt qu'une exception**
- Troubles de l'humeur, troubles anxieux et trouble d'usage : risque multiplié par 4

Fayyad et al, 2007

- Effet « dose dépendant » : risque multiplié par 7 d'avoir 3 ou plus autres troubles comorbides

Fayyad et al, 2007

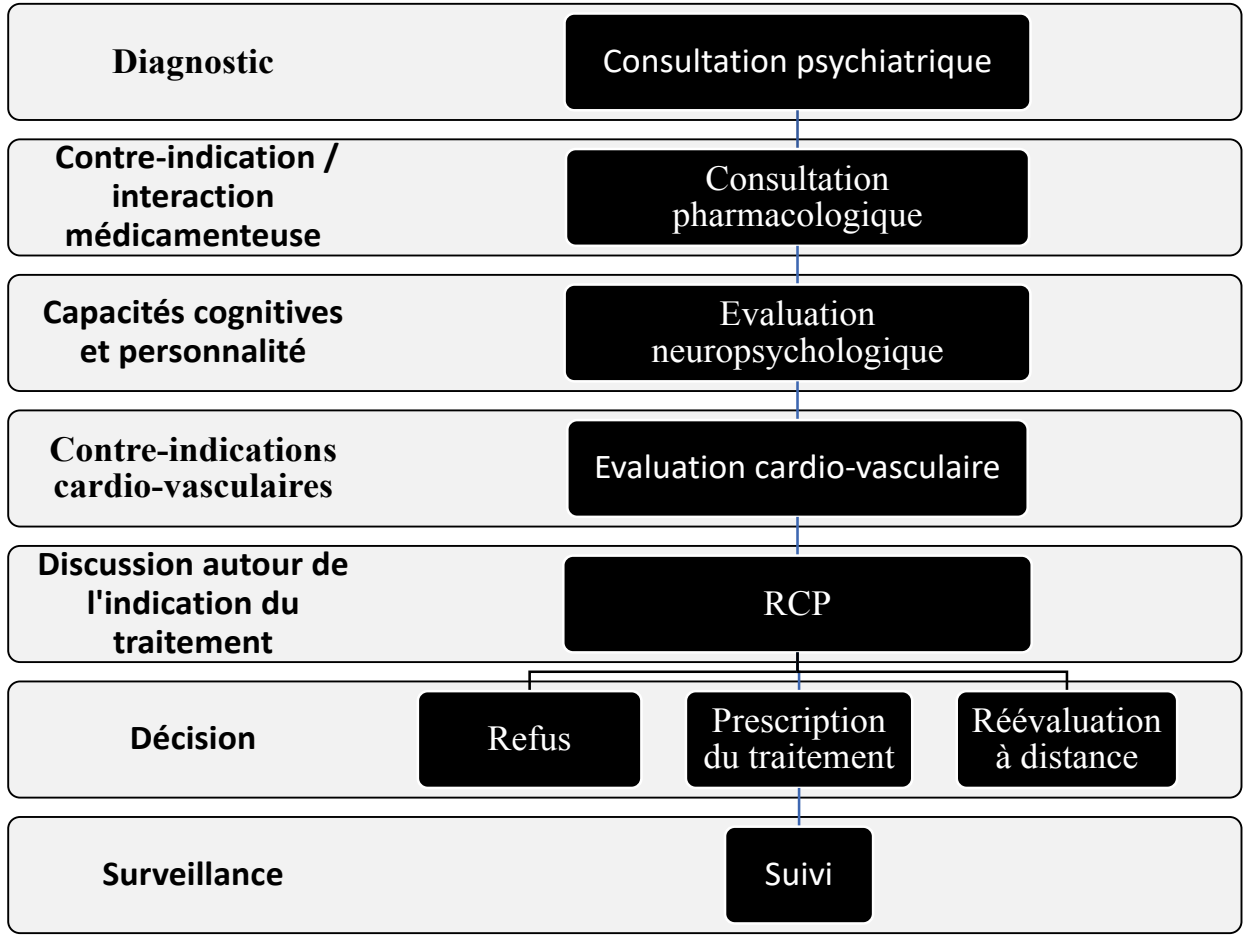
- Implications en termes de prescription

→ Prise en charge médicamenteuse conseillée en cas de symptomatologie invalidante dans au moins un domaine de la vie du sujet malgré des modifications environnementales

Nice Institute for Health and Care Excellence, 2019

Lisdexamfetamine ou méthylphénidate

INTRODUCTION
DISPOSITIF CAMTEA MÉTHYLPHÉNIDATE



Carton et al, 2019

OBJECTIFS

- Description du profil psychopathologique de l'ensemble des patients TDAH évalués

- Comparaison du profil psychopathologique entre les patients avec un TDAH de l'adulte avec un trouble d'usage et celui de patients TDAH sans comorbidités associées

MÉTHODES
POPULATION D'INTÉRÊT

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
• Âge supérieur ou égal à 18 ans • Diagnostic de TDAH selon le questionnaire DIVA 2.0 • Prise en charge au sein du dispositif collégial de prescription lillois	• Prescription ou antécédent de prescription de méthylphénidate

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, OBSERVATIONNELLE, DESCRIPTIVE, RÉTROSPECTIVE ET MONOCENTRIQUE

MÉTHODES
ÉCHELLES UTILISÉES

- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0 DSM-IV) :

- Entretien structuré
- Explore les troubles psychiatriques en 120 questions, avec 2 à 4 questions filtres par trouble

MODULES

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques
B. DYSTHYMIE
C. RISQUE SUICIDAIRE
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE
E. TROUBLE PANIQUE
F. AGORAPHOBIE
G. PHOBIE SOCIALE
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)
K'. TABAC
K". JEU D'ARGENT ET DE HASARD
K'". JEU VIDEO
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES
M. ANOREXIE MENTALE
N. BOULIMIE
O. ANXIETE GENERALISEE
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

MÉTHODES
ÉCHELLES UTILISÉES

- *Minnesota Multiphasic Personnality Inventory* (MMPI-2RF) :

- Exploration de la personnalité du sujet
- Aide au diagnostic psychiatrique, au pronostic et aux indications thérapeutiques
- 338 propositions (vrai/faux/je ne sais pas)
- Seuil de positivité : 65

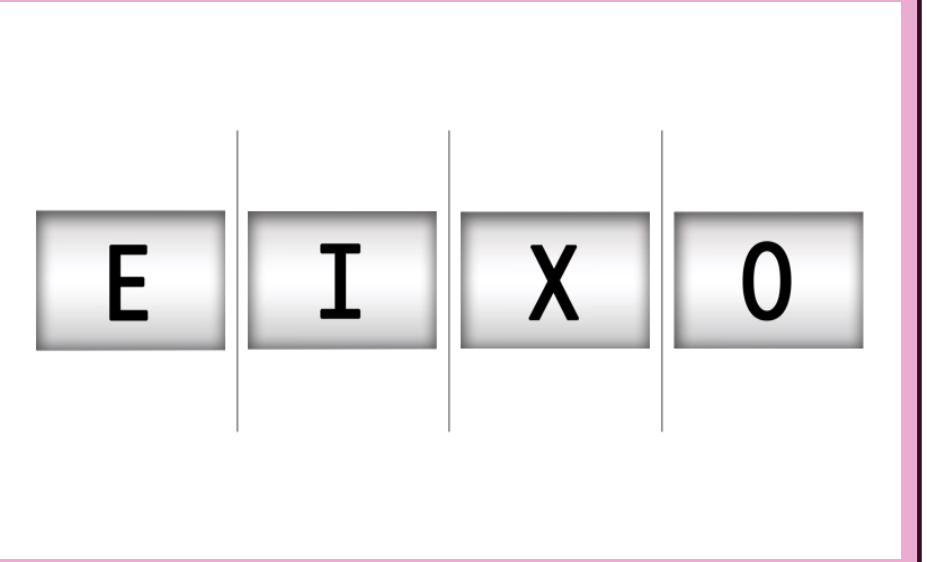
Ben Porath and Tellegen, 2013

MÉTHODES
ÉCHELLES UTILISÉES

- *Conners' Continuous Performance Test* (CPT 3) :

- Exploration des domaines impactés dans le TDAH : concentration, hyperactivité, impulsivité, attention soutenue, vigilance et contrôle de soi
- Test informatisé
- Consigne : appuyer sur une touche du clavier à toute apparition de lettre sur l'écran à l'exception de la lettre X
- Seuil de positivité : 60

Hervey et al, 2004



RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Caractéristiques générales de la population étudiée (N=40)

	N	%
Sexe masculin	22	55
Age médian en années [EI]	28 [23-36,5]	
Situation professionnelle		
• **Emploi**	17	42,5
• **Etudes supérieures**	13	32,5
• **Sans emploi**	10	25
Situation familiale		
• **En couple**	16	40
• **Célibataire**	22	55
• **Séparé/Divorcé**	2	5
Type de TDAH		
• **Déficit attentionnel**	20	50
• **Hyperactivité/impulsivité**	1	2,5
• **Combiné**	19	47,5

RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Caractéristiques générales de la population étudiée (N=40)

	N	%
Sexe masculin	22	55
Age médian en années [EI]	28 [23-36,5]	
Situation professionnelle		
• **Emploi**	17	42,5
• **Etudes supérieures**	13	32,5
• **Sans emploi**	10	25
Situation familiale		
• **En couple**	16	40
• **Célibataire**	22	55
• **Séparé/Divorcé**	2	5
Type de TDAH		
• **Déficit attentionnel**	20	50
• **Hyperactivité/impulsivité**	1	2,5
• **Combiné**	19	47,5

RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Caractéristiques générales de la population étudiée (N=40)

	N	%
Sexe masculin	22	55
Age médian en années [EI]	28 [23-36,5]	
Situation professionnelle		
• **Emploi**	17	42,5
• **Etudes supérieures**	13	32,5
• **Sans emploi**	10	25
Situation familiale		
• **En couple**	16	40
• **Célibataire**	22	55
• **Séparé/Divorcé**	2	5
Type de TDAH		
• **Déficit attentionnel**	20	50
• **Hyperactivité/impulsivité**	1	2,5
• **Combiné**	19	47,5

RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Caractéristiques générales de la population étudiée (N=40)

	N	%
Sexe masculin	22	55
Age médian en années [EI]	28 [23-36,5]	
Situation professionnelle		
• **Emploi**	17	42,5
• **Etudes supérieures**	13	32,5
• **Sans emploi**	10	25
Situation familiale		
• **En couple**	16	40
• **Célibataire**	22	55
• **Séparé/Divorcé**	2	5
Type de TDAH		
• **Déficit attentionnel**	20	50
• **Hyperactivité/impulsivité**	1	2,5
• **Combiné**	19	47,5

RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Comorbidités psychiatriques et addictologiques de la population de l'étude selon le MINI

	N (%)
Episode dépressif majeur	27 (67,5)
Dysthymie	3 (7,5)
Risque suicidaire	13 (32,5)
Episode (hypo-)maniaque	16 (40)
Trouble panique	5 (12,5)
Agoraphobie	12 (30)
Phobie sociale	7 (17,5)
Trouble obsessionnel compulsif	2 (5)
Etat de stress post-traumatique	9 (22,5)
Alcool (dépendance/abus)	14 (35)
Drogues (dépendance/abus)	10 (25)
Troubles psychotiques	0
Anorexie mentale	0
Boulimie	7 (17,5)
Anxiété généralisée	21 (52,5)
Trouble de la personnalité antisociale	3 (7,5)

RÉSULTATS
POPULATION GÉNÉRALE

Scores positifs du MMPI-2 RF dans la population générale de l'étude

	N (%)
Dysfonctionnement internalisé/émotionnel	22 (55)
Découragement	27 (67,5)
Plaintes cognitives	34 (85)
Stress/inquiétude	28 (70)

RÉSULTATS
TU VS NON TU

	TU (N=19) N (%)	Non TU (N=21) N (%)	p
Sexe masculin	12 (63,2)	10 (47,6)	0,791
Age médian en années [EI]	27 [24-38]	28 [20,5-36,5]	1
Situation professionnelle			
• **Emploi**	9 (47,3)	8 (38,1)	0,777
• **Etudes supérieures**	6 (31,6)	7 (33,3)	1
• **Sans emploi**	4 (21,1)	6 (28,6)	0,736
Situation familiale			
• **En couple**	8 (42,1)	8 (38,1)	1
• **Célibataire**	11 (57,9)	11 (52,4)	1
• **Séparé/Divorcé**	0 (0)	2 (9,5)	0,492
Type de TDAH			
• **Déficit attentionnel**	9	11	1
• **Hyperactivité/impulsivité**	1	0	0,48
• **Combiné**	9	10	1

RÉSULTATS
TU VS NON TU

Comparaison des comorbidités psychiatriques et addictologiques de la population de l'étude selon le MINI

Items du MINI présents	TU N (%)	Non TU N (%)	p
Episode dépressif majeur	15 (78,9)	12 (57,1)	0,13
Dysthymie	2 (10,5)	1 (4,8)	0,46
Risque suicidaire	8 (42,1)	5 (23,8)	0,21
Episode (hypo-)maniaque	13 (68,4)	3 (14,3)	<0,01*
Trouble panique	4 (21,1)	1 (4,8)	0,14
Agoraphobie	9 (47,3)	3 (14,3)	0,03*
Phobie sociale	6 (31,6)	1 (4,8)	0,04*
Trouble obsessionnel compulsif	1 (5,3)	1 (4,8)	0,74
Etat de stress post-traumatique	6 (31,6)	3 (14,3)	0,18
Troubles psychotiques	0 (0)	0 (0)	NA
Anorexie mentale	0 (0)	0 (0)	NA
Boulimie	5 (26,3)	2 (9,5)	0,16
Anxiété généralisée	13 (68,4)	8 (38,1)	0,06
Trouble de la personnalité antisociale	3 (15,8)	0 (0)	0,1

RÉSULTATS
TU VS NON TU

Comparaison des comorbidités psychiatriques et addictologiques de la population de l'étude selon le MINI

	TU m (SD)	Non TU m (SD)	p
Dysfonctionnement externalisé/comportemental	71,53 (12,53)	58 (9,46)	<0,01*
Cynisme	56,79 (10,23)	47,52 (6,87)	<0,01*
Comportement antisocial	70,26 (10,5)	60 (10,13)	<0,01*
Activation hypomaniaque	62,63 (13,28)	53,14 (10,83)	0,02*
Activation	61,21 (13,24)	49,57 (8,9)	<0,01*
Désinhibition	67,79 (14,19)	56,43 (10,04)	<0,01*
Dysfonctionnement de la pensée	60,32 (8,51)	52,19 (8,65)	<0,01*
Expériences bizarres	61,63 (9,94)	51,38 (8,77)	<0,01*
Psychoticisme	59,21 (8,48)	51,9 (8,62)	<0,01*

DISCUSSION
POPULATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

- Sexe ratio de 1,2 H/1 F vs 1,6 à 2 H/ 1 F dans la littérature

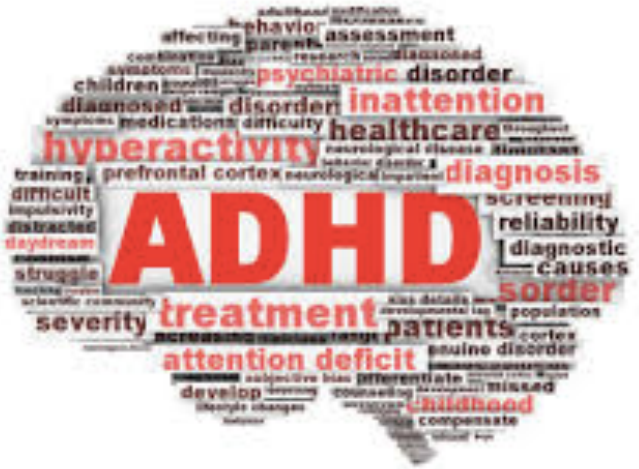
Dirks et al, 2017

- 25% sans emploi, 55% célibataires

→ Répercussions socio-professionnelles

- 50% de formes attentionnelles

→ Retard au diagnostic



DISCUSSION
POPULATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

- **MINI :**

- 47,5% de TUS/TUA

- Prévalence importante de trouble dépressif et anxieux

> Littérature

- Prévalence d'épisode hypomaniaque 40 %

> Littérature (13 à 16%) *Perugi and Vannuchi, 2015*

→ : **ALLEZ DIRECTEMENT** A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, **ENTOUREZ NON** DANS CHACUNE ET **PASSEZ** AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIT : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
	SI OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
	SI OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
	D1a OU **D2a** SONT-ELLES COTEES **OUI** ?	→ NON	OUI	

SI D1b **OU** D2b = OUI : EXPLORER L'EPISODE **ACTUEL**
SI D1b **ET** D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE **LE PLUS GRAVE**

D3	**Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :**			
a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10
g	Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?	NON	OUI	11
	Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **D3** OU **4** SI **D1a = NON** (EPISODE PASSE) OU **D1b = NON** (EPISODE ACTUEL) ?	→ NON	OUI	
D4	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres **ou** avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	12

DISCUSSION
POPULATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

- **MMPI :**

- **Dysfonctionnement internalisé/émotionnel et stress inquiétude**

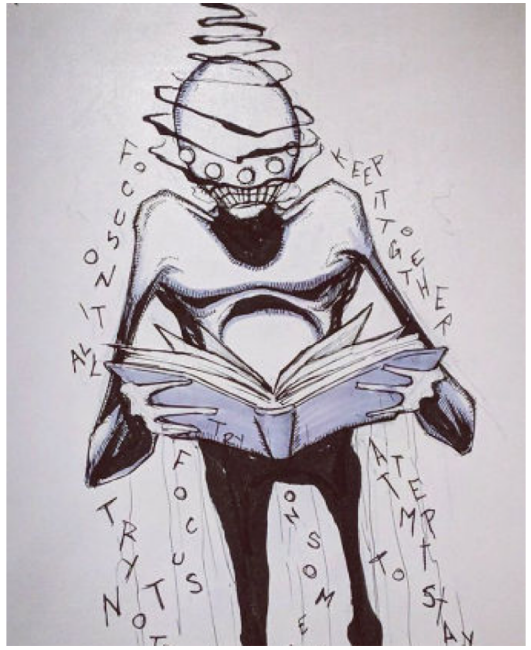
→ Cohérent avec le MINI, potentiellement réactionnels avec la symptomatologie invalidante

- **Découragement**

→ Errance diagnostique et absence de prise en charge adaptée

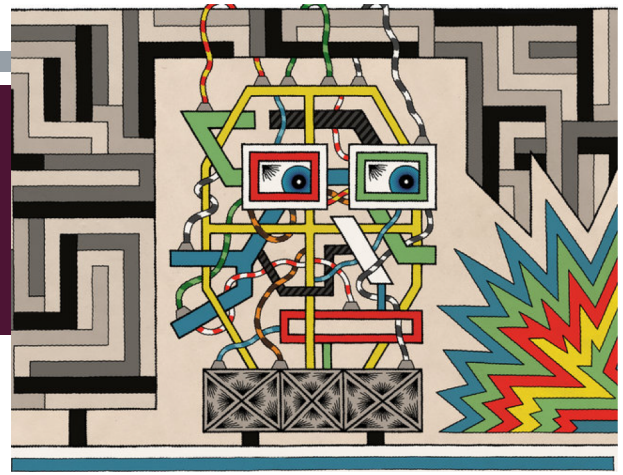
- **Plainte cognitive**

→ Patients TDAH



Shawn Cross

DISCUSSION
COMPARAISON TU VS NON-TU



- **Caractéristiques générales :**

- pas de différence socio-démographique, ni de différence en fonction du type de TDAH

- **MINI :**

- Épisode (hypo)maniaque

→ Prévalence plus importante de trouble bipolaire chez les patients avec un trouble d'usage

Messer et al, 2017 ;Wilens et al, 2016

- Agoraphobie, phobie sociale

→ Risque plus de 4 fois plus important d'avoir un trouble anxieux chez les TUS

Torvik et al, 2019 ;Wirtanen et al, 2019

DISCUSSION
COMPARAISON TU VS NON-TU

- **MMPI :**

- Dysfonctionnement externalisé/comportemental, comportement antisocial, cynisme
- Activation hypomaniaque, activation, désinhibition
- Dysfonctionnement de la pensée, expériences bizarres, psychoticisme

- **CPT :**

→ Altération cognitive similaire entre les groupes

CONCLUSION

- Profil psychopathologique plus important chez les patients présentant une pathologie duelle
- Importance de rechercher / éliminer la présence de symptômes thymiques et psychotiques associés
- Intérêt d'une prise en charge précoce

CONCLUSION

CAMTEA

Consultations et Avis Multidisciplinaires pour prescriptions de Traitements d'Exception en Addictologie

Région Hauts-de-France

Olivier Ménard

Sophie Gautier

Thibaut Dondaine

Sylvie Deheul

Axel Bastien