

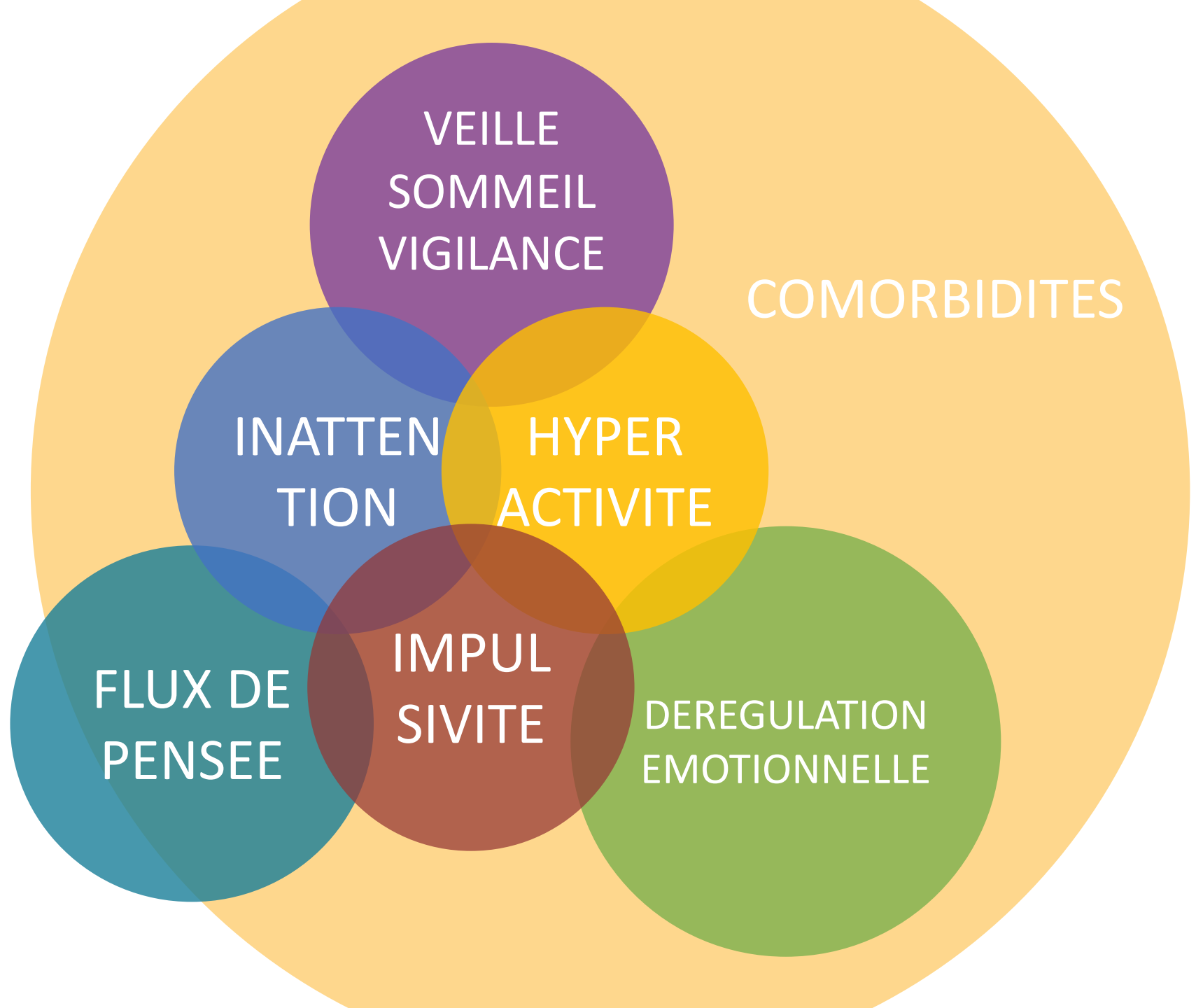
TDAH et comorbidités chez l'adulte

Sébastien Weibel
MD PhD
CHU Strasbourg

3^e journée Pharma-Psy du Grand Est

21 septembre 2021





VEILLE
SOMMEIL
VIGILANCE

COMORBIDITES

INATTEN
TION

HYPER
ACTIVITE

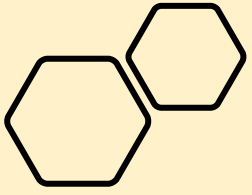
FLUX DE
PENSEE

IMPUL
SIVITE

DEREGULATION
EMOTIONNELLE



quelques histoires...
de TDAH chez l'adulte



Troubles anxieux

Subtilités cliniques

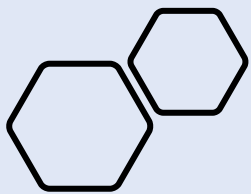
- **La comorbidité est particulièrement fréquente :**
 - Environ 50% de troubles anxieux chez les patients avec un TDAH
 - lien avec expériences de vie négatives
 - différents troubles anxieux : au premier plan formes non spécifiées
 - +/-TAG
 - troubles anxieux et dépressifs mixtes
- **Parfois diagnostic différentiel délicat :**
 - Inattention, difficultés de concentration quand l'esprit est préoccupé
 - vs. préoccupations devant répétitions réelles d'échecs
- **Pathologie comorbide :**
 - altérations fonctionnelles plus importantes
 - pronostic moins bon
 - coût global plus important

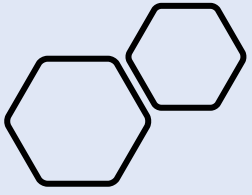
Subtilités cliniques

- **La situation particulière du TOC :**
 - Les pseudo-TOC du TDAH
 - Parfois authentique TOC comorbide : souvent nette amélioration avec tt.
- **penser au PTSD**
 - risque plus important d'exposition à accidents ou violences
 - mécanismes dissociation communs ?

Aspects thérapeutiques

- **traitement spécifique du TDAH plus compliqué :**
 - moins bonne tolérance psychique
- **association IRS et méthylphénidate**
- **importance de psychothérapie**





Troubles de l'humeur



Subtilités cliniques

- **Trouble neuro-développemental**
vs. troubles cognitifs secondaires aux troubles de l'humeur
- **Beaucoup de sur-diagnostic trouble bipolaire au détriment du TDAH de l'adulte**
 - Risque de prendre pour de la (hypo)manie des traits habituels chez les patients
 - Caractéristiques « agitées » ou d'allure mixte des dépressions chez les patients avec TDAH : irritabilité, tachypsychie...
 - Dysrégulation émotionnelle du TDAH ≠ cyclothymie
 - Méconnaissance du TDAH de l'adulte

Comment distinguer TDAH et trouble bipolaire ?

TDAH	épisode maniaque	épisode dépressif
début pendant enfance *	début adolescence/jeune adulte	
continu	épisodique *	
excitable, pas d'idées de grandeur *	humeur haute, idées de grandeur, idées délirantes	
trop plein de pensées *	fuite des idées	
difficultés à aller dormir *	diminution du besoin de dormir	insomnie
parle beaucoup, mais canalisable	logorrhée	
hyperactivité	agitation	
prises de risque	augmentation des activités dirigées vers but avec conséquences négatives	
baisse de l'estime de soi		douleur morale, amotivation
fatigue		fatigue et baisse d'énergie
distractibilité et pb de concentration	distractibilité	troubles cognitifs
irritabilité	irritabilité	irritabilité

| les pseudos-bipolaires

- rien ne ressemble plus à un trouble bipolaire type 2...
que la comorbidité **TDAH-trouble de la personnalité borderline**
 - TPB = instabilité émotionnelle, relationnelle, image de soi
 - +/- stable dans le temps
 - origine multidéterminée
 - associe une vulnérabilité biologique
+ environnement « invalidant »
(ne répondant pas aux besoins spécifiques, défavorable, voire traumatique)
 - TDAH = facteur de risque majeur pour TPB
 - facteur de risque de situation traumatiques ou invalidations
 - facteurs psychopathologiques : impulsivité, sensibilité au rejet
 - moins apprentissage compétences de régulation émotionnelle ou relationnelle
 - baisse estime de soi

Subtilités cliniques

- **A l'inverse, attention à repérer un trouble bipolaire chez des patients consultant pour un TDAH**
 - Trouble bipolaire : pathologie mieux connue, mais retard au diagnostic classique +++
 - Diagnostic différentiel ou co-morbidité
 - Impact en termes de prise en charge car traitement psychostimulant à risque chez des patients avec un trouble bipolaire non traité

Examen clinique

- Importance d'un examen clinique psychiatrique **complet**
 - Ne pas rechercher seulement symptômes attentionnels, d'hyperactivité et d'impulsivité
- Importance de l'anamnèse
 - Rechercher une éventuelle rupture avec l'état antérieur
- S'appuyer sur des tiers

Ne pas oublier : Évaluation du risque suicidaire

➤ **Trouble bipolaire : risque de TS x 15**

Difficulté : Patients souvent vus en dehors d'un épisode thymique lors d'une évaluation TDAH

MDQ

		OUI	NON
1.	Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et ...		
	...vous vous sentiez tellement bien ou accéléré(e), au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans votre état habituel ou que le fait d'être tellement accéléré(e) vous attirait des ennuis ?		
	...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes ?		
	...vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude ?		
	...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment ?		
	...vous étiez beaucoup plus loquace ou parliez plus vite que d'habitude ?		
	...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée ?		
	...vous étiez si facilement distrait(e) par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée ?		
	...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?		
	...vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou faisiez bien plus de choses que d'habitude ?		
	...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert(e) que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?		
	...vous étiez beaucoup plus intéressé(e) par la sexualité que d'habitude ?		
	...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées ?		
	...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes à vous ou à votre famille ?		
2.	Si vous avez coché « Oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>	OUI	NON
3.	A quel point ceci vous a-t-il causé des problèmes – comme être dans l'incapacité de travailler; avoir des problèmes familiaux, financiers ou légaux ; vous impliquer dans des disputes ou des bagarres ? <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>		
	Aucun problème	problème mineur	problème modéré
			problème sévère

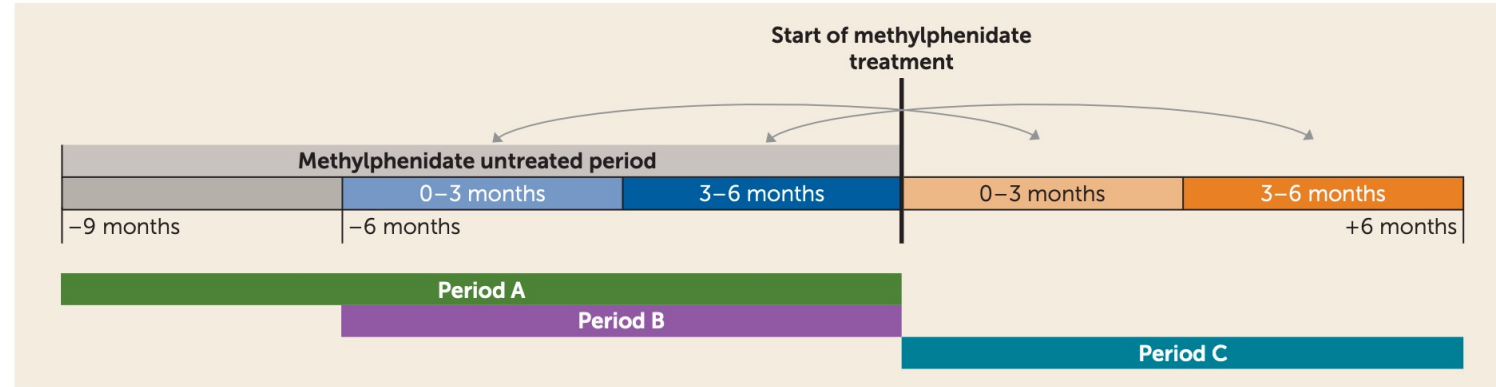
Aspects thérapeutiques

- **importance de cibler les 2 trouble pour un meilleur rétablissement**
- **association stabilisateur de l'humeur et méthylphénidate**
 - pas de risque majoré de rechute maniaque

approche pharmacologique

N=65000 TB ; ~5500 traités par MPH (8%)
dont la moitié : initiation

- quel est le risque ?



Viktorin et al. AJP, 2016

Group	Hazard Ratio	p	95% CI	Mania Events (12-Month Follow-Up)	
				N	Rate ^b
No mood-stabilizing medication ^c (N=718)				61	0.08
0-3 months	6.67	0.002	1.98-22.4		
3-6 months	9.67	<0.001	2.94-31.7		
Mood-stabilizing medication ^d (N=1,103)				195	0.18
0-3 months	0.56	0.010	0.36-0.87		
3-6 months	0.91	0.758	0.50-1.67		

définition EM : nouvelle prescription AP ou SH

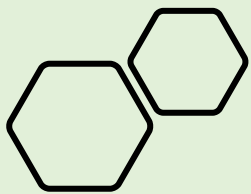
Group	Hazard Ratio	p	95% CI	Mania Events (12-Month Follow-Up)	
				N	Rate ^b
No mood-stabilizing medication ^c (N=718)				24	0.03
0-3 months	3.33	0.067	0.92-12.11		
3-6 months	1.00	1.000	0.20-4.95		
Mood-stabilizing medication ^d (N=1,103)				144	0.13
0-3 months	0.48	0.002	0.30-0.77		
3-6 months	0.86	0.640	0.47-1.60		

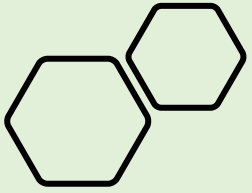
définition EM : diagnostic EM posé

approche pharmacologique

- traiter **d'abord le trouble la plus sévère** (presque toujours le TB)
- le **traitement du TDAH** doit être envisagé lorsque les symptômes persistent après la stabilisation de l'humeur / impact modéré à sévère sur le fonctionnement : qualité de vie
- par étapes :
 - un ou plusieurs stabilisateurs de l'humeur pour le TB
 - puis MPH pour le TDAH
 - optimiser le traitement selon profil : rôle des antipsychotiques
- si le diagnostic de TDAH est clair et que le **TB est seulement suspecté** :
 - le TDAH peut être traité en premier
 - surveillez +++
- si le **TB survient pendant le traitement du TDAH** :
 - arrêter le traitement du TDAH jusqu'à ce que le TB soit stabilisé, puis réévaluer le TDAH

!! un TDAH accompagné d'une labilité émotionnelle peut ressembler à un BD, et vice versa





Trouble personnalité borderline



Facteurs explicatifs de la comorbidité TP-TDAH

- **Exposition plus fréquente à situations traumatiques précoces**
 - Prise de risque
 - Comportements problématiques potentiellement inadéquatement réprimés
 - Rejet par les pairs
 - TDAH dans l'entourage : impulsivité
- **Exposition plus fréquente à situations d'invalidation**
 - Inadéquation par rapport aux besoins spécifiques
- **Caractéristiques psychopathologiques**
 - Impulsivité
 - Sensibilité au rejet/à la récompense
 - Tendance à déconnecter -> stratégies de « dissociation » favorisées
 - Difficultés relationnelles

Facteurs explicatifs de la comorbidité TP-TDAH

- **Difficultés d'apprentissage de compétences de régulation émotionnelle**
 - Reposent beaucoup sur fonction exécutives
- **Impact du TDAH sur l'estime de soi**
 - Situations d'impuissance apprise
- **Facteurs socio-économiques**
 - Plus fréquemment bas niveau socio-économique pendant enfance
 - Plus de risque de chômage, absence de diplôme, difficultés relationnelles
- **Facteurs de vulnérabilité biologiques**

Subtilités cliniques

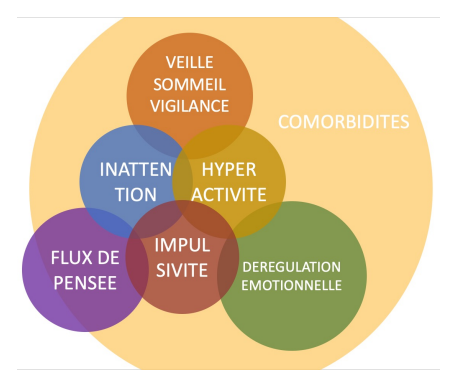
- **Penser à explorer le TDAH derrière la « montagne » de problèmes, de souffrances, de plaintes, qu'ont les patients avec TPB**
- **L'identification du TDAH et son traitement permettra de meilleures adhésion/réponse à la psychothérapie**
- **Distinction au niveau de l'impulsivité/dysrégulation émotionnelle**
 - TDAH : impulsivité surtout dans situations où la motivation/décision/risque sont en jeu
 - TP : impulsivité dans situations relationnelles/émotionnelles
surtout relations proches ++



que retenir

sur les comorbidités du TDAH

les comorbidités



- indissociables du TDAH 80% !
- **psychiatriques**
 - troubles de l'humeur ~30-40 %
 - troubles anxieux ~40-50 %
 - troubles liés à l'usage de substances ~20-30 %
 - troubles de la personnalité et de la régulation émotionnelle ~40-50 %
 - troubles du spectre autistique ~10 %
 - troubles des apprentissages chez l'enfant ~40-50 %
- **physiques**
 - obésité
 - troubles du sommeil
 - asthme
 - migraine ?
 - maladie coeliaque ?

comorbidités somatiques : obésité

- comorbidité la plus fréquemment retrouvée
 - populations cliniques et non-cliniques
 - entre 10 et 35 % des patients avec TDAH
 - augmentation du risque de 70%
 - aussi si prise en compte des facteurs de confusion (SSE, comorb. psych)
- lien avec troubles du comportement alimentaire
 - mais ne semble pas que expliqué par binge eating
- mécanismes ?
 - symptômes cliniques
 - style de vie
 - mécanismes neurobio : sensibilité à récompense, stress oxydatif
- risque semble décroît pour populations traitées
 - données peu robustes

comorbidités somatiques : troubles du sommeil

- Syndrome des jambes sans repos
- Apnées du sommeil
- Troubles du rythme circadien
- Hypersomnie
- Somnolence

- impact bidirectionnel des symptômes inattentifs

- effets des traitements
 - classique effet d'insomnie
 - mais effets paradoxaux bénéfiques
 - impact sur rythmes circadiens : intérêt d'utiliser la mélatonine à faible dose

comorbidités somatiques : migraines

- données sur études de population : OR 1,8 – 2,8
- mécanismes inconnus

asthme

- données sur études de population
- rôle du tabac ?



les comorbidités

- indissociables du TDAH
- mécanismes
 - comorbidités directes (liées à vulnérabilité commune)
 - comorbidités indirectes (liées à adversité psycho-sociale, au stress)
 - recoupement symptomatiques (artefact des classifications basées sur symptômes)
- les 3 se recoupent largement !