



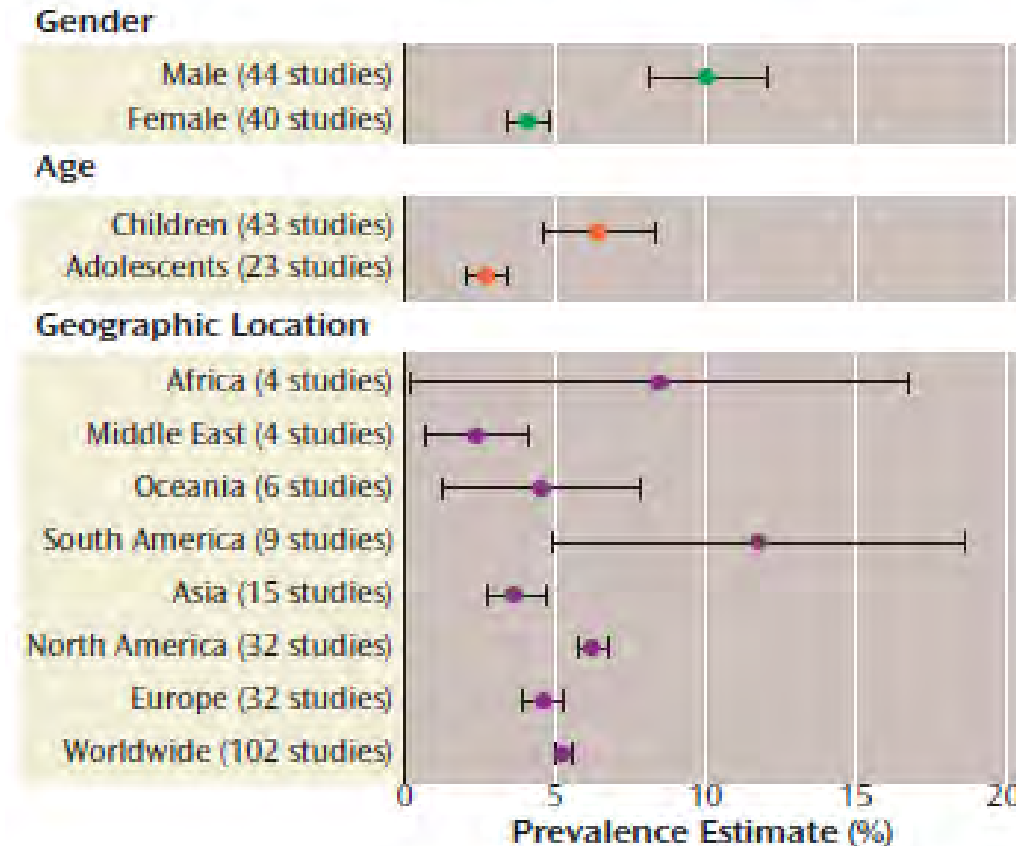
TDA/H & ADDICTIONS

La théorie

Professeur Nicolas BALLON
Université de TOURS
CHU de TOURS

Prévalence du TDAH dans l'enfance : 4 à 12 %

FIGURE 2. ADHD/HD Pooled Prevalence According to Demographic Characteristics and Geographic Location



A l'heure actuelle, on estime que 50 à 60% des enfants TDAH continueront à présenter ce trouble à l'âge adulte

Polanczyk et al, 2007

Prévalence du TDAH en population générale adulte : 2 à 7 %

4,4% aux USA : National comorbidity survey (n = 3.199)

Kessler et al 2006

4,2% pour les pays à fort pouvoir d'achat (n= 11.422)

Fayyad et al 2007

Table 2 Multiply imputed prevalence estimates of adult attention-deficit hyperactivity disorder

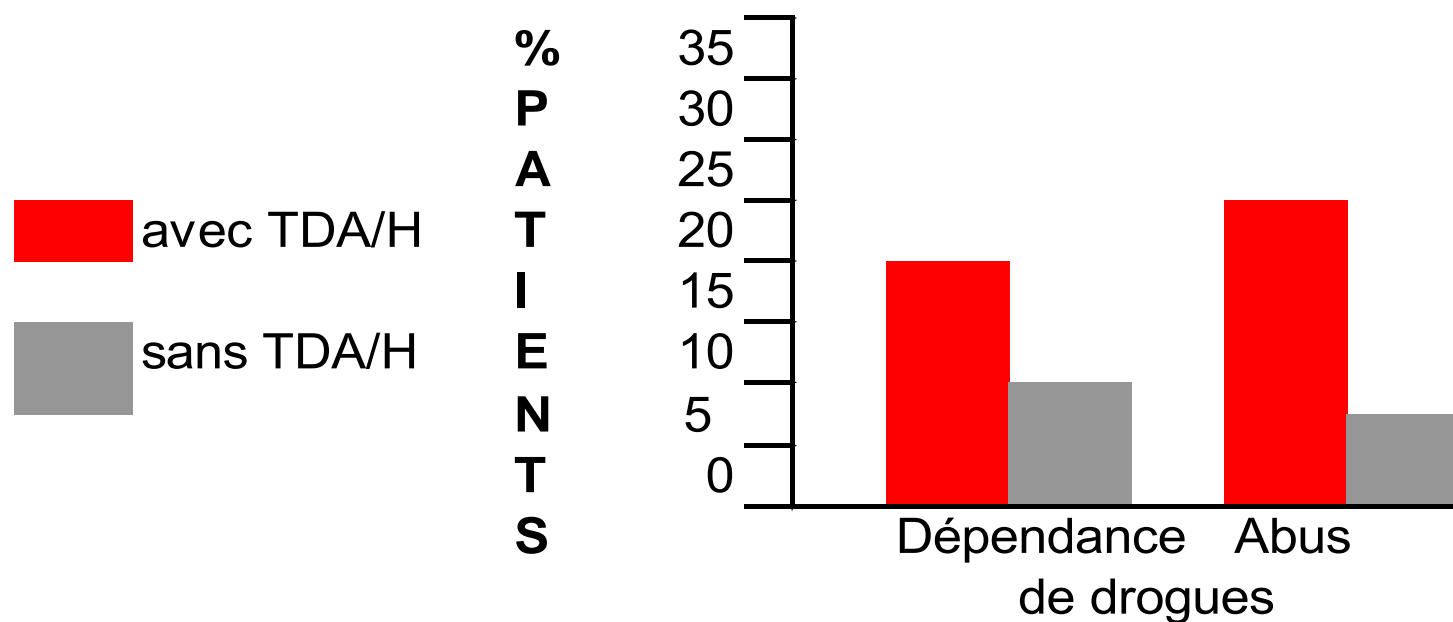
Country	Prevalence, % (s.e.)	n
Belgium	4.1 (1.5)	486
Colombia	1.9 ¹ (0.5)	1731
France	7.3 ² (1.8)	727
Germany	3.1 (0.8)	621
Italy	2.8 (0.6)	853
Lebanon	1.8 ¹ (0.7)	595
Mexico	1.9 ¹ (0.4)	1736
Netherlands	5.0 (1.6)	516
Spain	1.2 ² (0.6)	960
USA ³	5.2 (0.6)	3197
Total	3.4 (0.4)	11422

Deux trajectoires

- Identification dans l' enfance :
 - sans problème de diagnostic à l' âge adulte
 - surveiller le risque de mésusage et de transition vers une addiction
- Non identifié dans l' enfance :
 - quelle proportion dans nos patientèles ?
 - particularités de la cooccurrence TDAH & addictions

Prévalence des addictions chez patients TDAH plus élevée qu' en population générale

Biederman et al, 1993...



40% à 50% des enfants TDAH/H
développeraient une addiction au cours de leur vie

Prévalence du TDAH chez patients cocaïnomanes plus élevée qu' en population générale

1 Abus de Substance

Prévalence du TDAH (%)

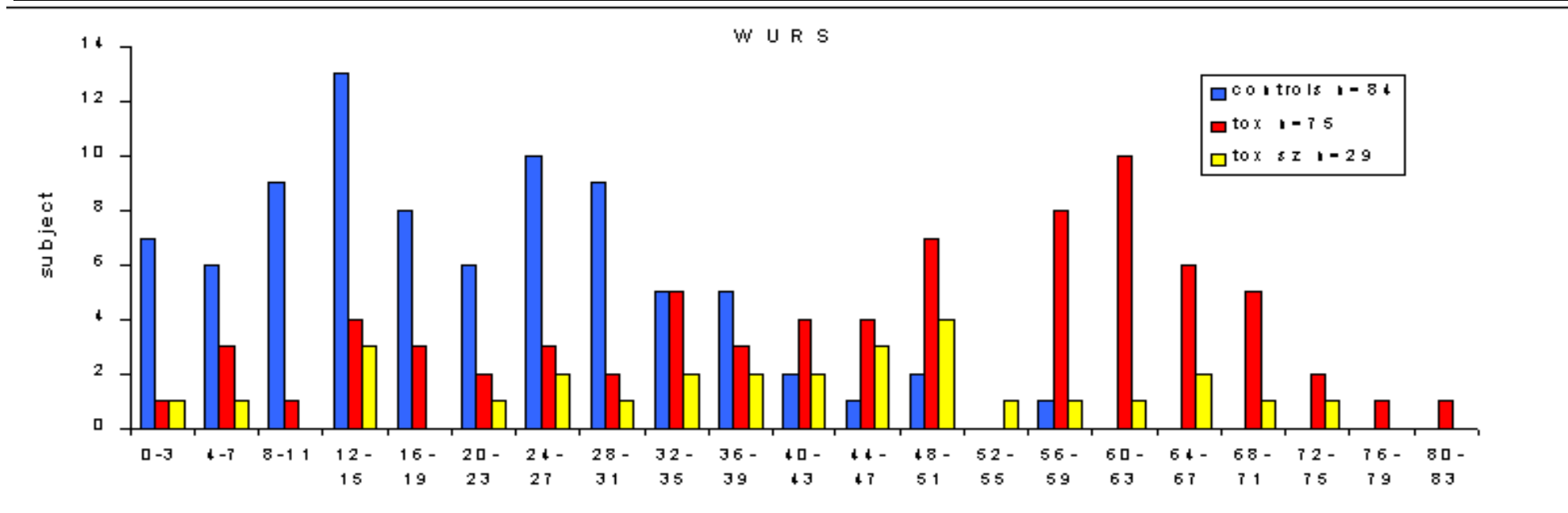
Cocaïne

10 - 21

2 substances ou plus

15 - 25

2



WURS \geq 46 : 3.6%

vs.

53%

($p < 10^{-4}$)

3

25% TDAH chez 102 cocaïnomanes évalués avec le CAADID (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV)

Prévalence TDAH & opiacés

- Patients sous méthadone :
 - 19 % rapportent des symptômes actuels (n= 687)
Kolpe et al., 2007
 - 33.1 % antécédent de TDAH (n= 154)
Peles et al., 2012



Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdep



Van de Glind et al., 2013a (e-pub)

Prevalence of ADHD (DSM-IV).

Outpatients alcohol (n = 351^a), weighted data

	Childhood DSM-IV		Adult ADHD DSM-IV	
	Prevalence	95% ci ^b	Prevalence	95% ci ^b
France (79 ^a)	12%	6–22	6%	2–14

Outpatients drugs (n = 454^a), weighted data

	Childhood DSM-IV		Adult ADHD DSM-IV	
	Prevalence	95% ci ^b	Prevalence	95% ci ^b
France (78 ^a)	30%	20–42	16%	9–27



Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcddep



Van de Glind et al., 2013b

Prevalence (95% CI)

Gender

Male (n = 842)	0.13 (0.11–0.15)
Female (n = 296)	0.12 (0.08–0.16)

Substance

Alcohol (n = 640)	0.08 (0.06–0.10)
Drugs any (n = 489)	0.17 (0.14–0.20)
Opiates (n = 114)	0.12 (0.06–0.18)
Stimulants (n = 163)	0.22 (0.16–0.28)
Cannabis (n = 117)	0.20 (0.13–0.27)
Other (n = 95)	0.07 (0.02–0.12)

Cooccurrence TDAH et addictions : une donnée robuste

Cooccurrence addictions & TDAH : quelles hypothèses ?

- Auto médication
- Marginalisation
- Impulsivité et prise de risque

- Co-morbidités avec les troubles du comportement

- TDAH like post consommation

Khantzian, 1985 ; Wilens, 2004 ; Schubiner, 2005 ; Ernst et al, 2006

Elargissement du champ des addictions aux addictions sans drogue : critères de Goodman (1990)

Comportement complexe

- pouvant à la fois produire du plaisir et soulager une tension interne,
- échec répété dans le contrôle de ce comportement
- persistance en dépit de conséquences négatives significatives

Addictions sans drogues

- Jeux pathologiques
- Achats compulsifs ...

Cas particulier des troubles du comportement alimentaire : TCA & addictions ?

- Anorexie mentale : pas de consensus
- Boulimie : modèle addictif participerait au trouble
 - Boulimie a poids normale
 - Hyperphagie boulimie
 - prise de poids,
 - le plus fréquent des TCA
 - apparait dans le DSM-V

TCA & addictions

- Yale Food Addiction Scale : auto Q 25 items

Gearhardt et al., 2009

- Validation française

Brunault et al., 2014

Figure 1. French version of the Yale Food Addiction Scale

Consignes pour remplir l'échelle: Ce questionnaire porte sur vos habitudes alimentaires de l'année passée. Les gens ont parfois du mal à maîtriser leur consommation de certains aliments telles que:

- Les aliments sucrés comme la crème glacée, le chocolat, les beignets, les paquets de biscuits, les gâteaux et les bonbons.
- Les féculents comme le pain blanc, les petits pains, les pâtes et le riz.
- Les aliments salés comme les chips, les bretzels et les biscuits.
- Les aliments gras comme le steak, le bacon, les hamburgers, les cheeseburgers, les pizzas et les frites.
- Les boissons sucrées comme le soda.

Pour les questions suivantes qui portent sur « CERTAINS ALIMENTS », pensez à tout aliment équivalent à ceux qui sont énumérés ci-dessus ou d'autres aliments avec lesquels vous avez eu des difficultés au cours de l'année passée.

Au cours des 12 derniers mois :

	Jamais	Une fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 4 fois par semaine	Plus de 4 fois par semaine ou tous les jours
1. Je pense que lorsque je commence à manger certains aliments, je finis par manger beaucoup plus que prévu.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Prévalence du TDAH chez les patients obèses

- En France, en 2012:
 - près de 15 % de la population adulte est obèse (IMC \geq 30)
 - prévalence de l'obésité de classe III (IMC \geq 40) est de 1,2%
- 1 étude suivi enfant TDAH :
 - surpoids OR 1,57 obésité OR 1,69
- Etude ALTFAS: 215 sujets obèses
 - Prévalence du TDAH: 27,4% (CI:21.1,32.9)
 - Chez les sujets obèses de classe III (IMC \geq 40)

42,6% (CI: 36.3%, 48.9%)

Enquête nationale ObEpi 2012 ; Pagoto 2009 ; Altfas 2002

Hypothèses

Expression symptomatique de l'obésité : TDAH like

- Boulimie hyperphagique:
 - Arrêt inapproprié répété et **impulsif** des activités en vue d'une prise alimentaire
 - Comportement désorganisé
- Somnolence diurne:
 - Obésité → somnolence diurne → inattention
 - Modèle hypoarousal : hyperactivité motrice et impulsivité = stratégies pour rester éveillé

Le TDAH entraîne une prise de poids en perturbant les habitudes alimentaires

- **Impulsivité**
 - Déficit contrôle inhibiteur (défaut de planification et de contrôle du comportement)
 - Difficulté à attendre (fast-food/slow-food)
- **Hyperactivité**
 - Calmée par la prise de poids
- **Inattention**
 - Difficultés à suivre des règles d'hygiène alimentaire
 - Compulsion alimentaire = gestion de la frustration
 - Hyper focalisation sur les écrans → moins d'activité → prise de poids

mais aussi

- **Dysfonctionnement du système de récompense et des fonctions exécutives retrouvé dans les 2 pathologies et dans les addictions**
- **Ces dernières pourraient être un facteur de transition du TDAH**

Vers l'obésité

Cortese et al., 2011 ; 2013

Prévalence du TDAH en milieu carcéral :

Ginsberg et al. *BMC Psychiatry* 2010, **10**:112
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/112>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder

Ylva Ginsberg^{1,2*}, Tatja Hirvikoski³, Nils Lindefors¹

Abstract

Background: ADHD is a common and disabling disorder, with an increased risk for coexisting disorders, substance abuse and delinquency. In the present study, we aimed at exploring ADHD and criminality. We estimated the prevalence of ADHD among longer-term prison inmates, described symptoms and cognitive functioning, and compared findings with ADHD among psychiatric outpatients and healthy controls.

Methods: At Norrtälje Prison, we approached 315 male inmates for screening of childhood ADHD by the Wender Utah Rating Scale (WURS-25) and for present ADHD by the Adult ADHD Self-Report Screener (ASRS-Screener). The response rate was 62%. Further, we assessed 34 inmates for ADHD and coexisting disorders. Finally, we compared findings with 20 adult males with ADHD, assessed at a psychiatric outpatient clinic and 18 healthy controls.

Results: The estimated prevalence of adult ADHD among longer-term inmates was 40%. Only 2 out of 30 prison inmates confirmed with ADHD had received a diagnosis of ADHD during childhood, despite most needed health services and educational support. All subjects reported lifetime substance use disorder (SUD) where amphetamine was the most common drug. Mood and anxiety disorders were present among half of subjects; autism spectrum disorder (ASD) among one fourth and psychopathy among one tenth. Personality disorders were common; almost all inmates presented conduct disorder (CD) before antisocial personality disorder (APD). Prison inmates reported more ADHD symptoms during both childhood and adulthood, compared with ADHD psychiatric outpatients. Further, analysis of executive functions after controlling for IQ showed both ADHD groups performed poorer than controls on working memory tests. Besides, on a continuous performance test, the ADHD prison group displayed poorer results compared with both other groups.

Conclusions: This study suggested ADHD to be present among 40% of adult male longer-term prison inmates. Further, ADHD and coexisting disorders, such as SUD, ASD, personality disorders, mood- and anxiety disorders, severely affected prison inmates with ADHD. Besides, inmates showed poorer executive functions also when controlling for estimated IQ compared with ADHD among psychiatric outpatients and controls. Our findings imply the need for considering these severities when designing treatment programmes for prison inmates with ADHD.

315 hommes
Incarcérés pour
des longues
peines

194 ont rempli les échelles
diagnostiques

88 avaient les critères
diagnostiques de TDAH (>40%)

7% avaient été diagnostiqués
dans l'enfance

Critères diagnostiques DSM

- A. Présence d' au moins 6 symptômes d' inattention et/ou 6 symptômes d' hyperactivité, impulsivité, pendant plus de 6 mois
≥ 17 ans 5 symptômes suffisent
- B. Age de début avant 12 ans
- C. Gêne fonctionnelle dans au moins deux environnements
- D. Altération clinique significative : sociale, scolaire, professionnelle
- E. A l' exclusion d' un autre trouble mental (trouble bipolaire, schizophrénie)

Instruments de dépistage : auto questionnaires

Dakwar et al 2012

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)	Sensibility	Specificity
Wender Utah Rating Scale (WURS)	93	70
Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)	94	86
Adult ADHD Self Report Scale (ASRS)	67	82
WURS & CAARS	87	90
WURS & ASRS	57	91
CAARS & ASRS	67	92
WURS & CAARS & ASRS	50	96
WURS or CAARS	100	65
WURS or ASRS	100	62
CAARS or ASRS	94	76
WURS or CAARS or ASRS	100	59

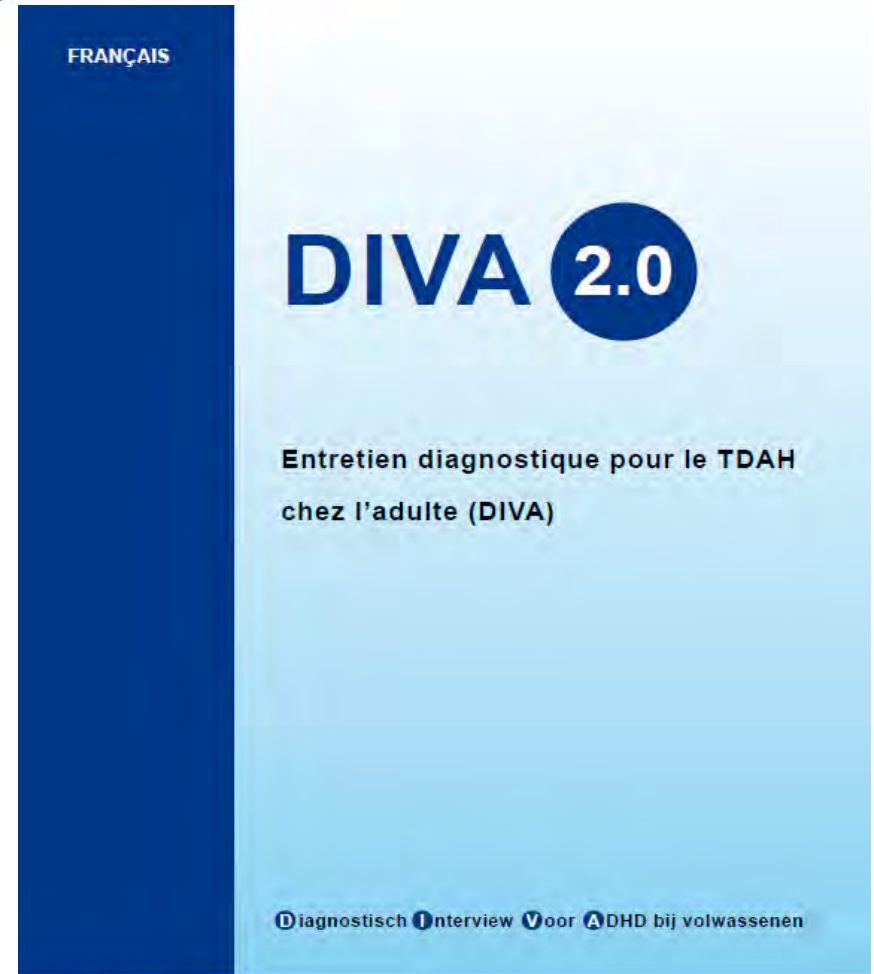
Van de Glind et al.,
2013

ASRS in 1138 patients with Substance Use Disorder	84	66
---	----	----

REVIEW

Open Access

European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD



DIVA
Foundation
*entretien diagnostique
pour le TDAH
chez l'adulte*

J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc
2010, DIVA Foundation, Pays-Bas

http://www.divacenter.eu/Content/Downloads/DIVA_2_FRANCAIS.pdf

Caractéristiques cliniques des addictions associées au TDAH

- Début plus précoce
- Progression plus rapide
- Durée plus prolongée
- Taux plus élevé de co-morbidité psychiatrique
- Taux plus élevé de problèmes avec la justice

Wilens et al, 2004

- Effet paradoxal des psychostimulants (et du cannabis ?)

**Clinique des TCA associées à un TDAH
reste à décrire**

Application du traitement pharmacologique chez les patients TDA/H & addicts

- Non-stimulant : ex. Atomoxetine (*Strattera*®)

Peu de risque de mésusage

Action sur l'addiction mal documentée

- Stimulant : ex. méthylphénidate (*Ritaline ou Ritaline LP*®)

Possible action sur les addictions

- par le contrôle des symptômes de TDA/H

Possible action sur la cocaïnomanie

- par effet de substitution

- Surveillance du mésusage comme pour les traitements de substitution aux opiacés

Conséquences du traitement pharmacologique du TDA/H sur les addictions

D'abord ne pas nuire

- Peu de mésusage
- Pas d'aggravation des addictions existantes
- Pas d'augmentation du taux d'addiction

Puis mesurer l'efficacité

- Chez l'enfant :
action préventive
- Chez l'adulte :
divergence des résultats

Conclusion

Le TDAH est un facteur de transition et un facteur maintien pour de nombreuses addictions

Take-home message

Rechercher un TDAH chez les patients addicts

En vous remerciant de votre attention,

j'associe à cette présentation

Dr Paul BRUNAUT

Pr Samuele CORTESE

Dr Julie FRAMMERY

Parmi ces propositions laquelle est exacte ?

La prévalence du TDAH en population générale adulte est estimée à :

- A. Moins de 2%
- B. Entre 2 et 7 %
- C. Entre 7 et 15%
- D. Plus de 15%
- E. Le diagnostic de TDAH est limité aux mineurs

Parmi ces propositions laquelle est exacte ?

La prévalence du TDAH en population générale adulte est estimée à :

- A. Moins de 2%
- B. Entre 2 et 7 %
- C. Entre 7 et 15%
- D. Plus de 15%
- E. Le diagnostic de TDAH est limité aux mineurs

Réponse : B

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Le TDAH est plus souvent retrouvé dans les pathologies suivantes qu'en population générale:

- A. Addiction à la cocaïne
- B. Addiction au cannabis
- C. Addiction aux opiacés
- D. Trouble bipolaire
- E. Obésité morbide

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Le TDAH est plus souvent retrouvé dans les pathologies suivantes qu'en population générale:

- A. Addiction à la cocaïne
- B. Addiction au cannabis
- C. Addiction aux opiacés
- D. Trouble bipolaire
- E. Obésité morbide

Réponses : A B C D E

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les symptômes suivants sont en faveur d'un TDAH :

- A. Ne parvient pas à prêter attention aux détails
- B. Semble ne pas écouter quand on lui parle
- C. Remue souvent les mains ou les pieds
- D. Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts "
- E. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les symptômes suivants sont en faveur d'un TDAH :

- A. Ne parvient pas à prêter attention aux détails
- B. Semble ne pas écouter quand on lui parle
- C. Remue souvent les mains ou les pieds
- D. Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts "
- E. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

Réponses : A B C D E

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Dans la classification du DSM-V, pour le TDAH :

- A. L'âge de début des troubles a été élevé à 12 ans
- B. A partir de 17 ans 5 symptômes suffisent
- C. La gêne fonctionnelle doit toucher au moins deux environnements (ex. sociale, scolaire...)
- D. Un autisme exclut le diagnostic de TDAH
- E. Une schizophrénie exclut le diagnostic de TDAH

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Dans la classification du DSM-V, pour le TDAH :

- A. L'âge de début des troubles a été élevé à 12 ans
- B. A partir de 17 ans 5 symptômes suffisent
- C. La gêne fonctionnelle doit toucher au moins deux environnements (ex. sociale, scolaire...)
- D. Un autisme exclut le diagnostic de TDAH
- E. Une schizophrénie exclut le diagnostic de TDAH

Réponses : A B C E

B : avant l'âge de 17 ans il faut au moins 6 symptômes d'inattention et/ou 6 symptômes d'hyperactivité, impulsivité pour poser le diagnostic

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

L'association TDAH et addictions peut s'expliquer par :

- A. Une automédication
- B. Une précarité sociale, chez un TDAH non traité
- C. La tendance à l'impulsivité chez les patients TDAH
- D. L'influence des pairs
- E. Une hyperactivité suite à la prise de stimulants

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

L'association TDAH et addictions peut s'expliquer par :

- A. Une automédication
- B. Une précarité sociale, chez un TDAH non traité
- C. La tendance à l'impulsivité chez les patients TDAH
- D. L'influence des pairs
- E. Une hyperactivité suite à la prise de stimulants

Réponses : A B C

La réponse E est fausse car il ne s'agit pas d'un TDAH. Il s'agit d'un trouble qui ressemble au TDAH (« TDAH like »), mais en l'absence d'antécédent dans l'enfance (avant l'âge de 12 ans), on ne peut pas poser le diagnostic de TDAH

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les échelles suivantes aident à évaluer un TDAH :

- A. Wender Utah Rating Scale (WURS)
- B. Big Five Inventory (BFI)
- C. Conners Adult A... Rating Scale (CAARS)
- D. Adult A... Self Report Scale (ASRS)
- E. Diagnostisch Interview Voor A... (DIVA)

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les échelles suivantes aident à évaluer un TDAH :

- A. Wender Utah Rating Scale (WURS)
- B. Big Five Inventory (BFI)
- C. Conners Adult A... Rating Scale (CAARS)
- D. Adult A... Self Report Scale (ASRS)
- E. Diagnostisch Interview Voor A... (DIVA)

Réponses : A C D E

Remplacer « A... » par ADHD pour avoir le nom exacte de l'échelle

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les troubles suivants sont des addictions :

- A. Trouble de l'usage de cocaïne
- B. Trouble obsessionnel compulsif
- C. Trouble de l'usage de caféine
- D. Jeu pathologique
- E. Lésions auto-infligées à type de scarifications

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Les troubles suivants sont des addictions :

- A. Trouble de l'usage de cocaïne
- B. Trouble obsessionnel compulsif
- C. Trouble de l'usage de caféine
- D. Jeu pathologique
- E. Lésions auto-infligées à type de scarifications

Réponses : A C D

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Quelles sont les caractéristiques cliniques des addictions associées à un TDAH :

- A. Début plus précoce
- B. Progression plus rapide
- C. Durée plus prolongée
- D. Taux plus élevé de co-morbidité psychiatrique
- E. Taux plus élevé de problèmes avec la justice

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

Quelles sont les caractéristiques cliniques des addictions associées à un TDAH :

- A. Début plus précoce
- B. Progression plus rapide
- C. Durée plus prolongée
- D. Taux plus élevé de co-morbidité psychiatrique
- E. Taux plus élevé de problèmes avec la justice

Réponses : A B C D E

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

La prescription de méthylphénidate (Mph) :

- A. Suit les règles de prescription des stupéfiants
- B. Doit comporter la surveillance d'un mésusage
- C. Doit être associée à une prise en charge non-médicamenteuse
- D. N'a pas de conséquence sur le poids
- E. Risque d'entraîner des troubles du sommeil

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

La prescription de méthylphénidate (Mph) :

- A. Suit les règles de prescription des stupéfiants
- B. Doit comporter la surveillance d'un mésusage
- C. Doit être associée à une prise en charge non-médicamenteuse
- D. N'a pas de conséquence sur le poids
- E. Risque d'entraîner des troubles du sommeil

Réponses : A B C E

D est faux car le Mph entraîne une perte de poids en début de traitement.

A noter que cette perte de poids est habituellement transitoire

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

- A. Le traitement du TDAH de l'enfant limite le risque de développer une addiction à l'âge adulte
- B. Chez certains patients addicts, le traitement du TDAH limite le risque de rechute
- C. Le TDAH est surreprésenté en population carcérale
- D. La prise de cocaïne associée au méthylphénidate risque de provoquer des symptômes délirants
- E. Chez certains patients obèses, le TDAH pourrait participer à la prise de poids

Parmi ces propositions lesquelles sont exactes ?

- A. Le traitement du TDAH de l'enfant limite le risque de développer une addiction à l'âge adulte
- B. Chez certains patients addicts, le traitement du TDAH limite le risque de rechute
- C. Le TDAH est surreprésenté en population carcérale
- D. La prise de cocaïne associée au méthylphénidate risque de provoquer des symptômes délirants
- E. Chez certains patients obèses, le TDAH pourrait participer à la prise de poids

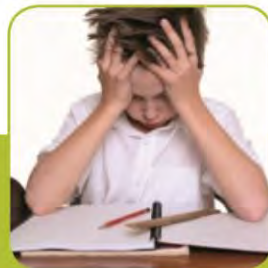
Réponse : A B C D E

En vous remerciant de votre participation,

j'associe à ces questions

Dr Paul BRUNAUT

Dr Julie FRAMMERY



TDA/H & ADDICTIONS

Le cas clinique

Professeur Nicolas BALLON
Université de TOURS
CHU de TOURS

Cas clinique

- Patient de 38 ans, consultant en CSAPA pour demande d'une prise en charge d'une addiction à la cocaïne
- Arrêt scolarité générale en 3^{ème} (« les professeurs disaient que j'étais tout le temps dans la lune » ; « j'étais en dessous de mon potentiel ») puis formation mécanicien auto. Travaille dans un nouveau garage depuis 5 mois (nouveau travail suite à conflit avec précédent patron)
- Antécédents familiaux : Père décrit comme « un grand impulsif »
- Antécédents psychiatriques personnels : suivi psychologique en primaire pour un trouble des apprentissages : « j'étais nerveux et agité »
- Co-addictions : tabac et cannabis depuis l'âge de 12 ans
- Divorcé 2 fois

Cas clinique

- A l'entretien :
 - Actuellement : consommation en lien avec fort craving au moins 2 fois par semaine avec impossibilité de résister, dépenses importantes motivant les soins (a peur de perdre sa compagne qui n'est pas au courant de cela), conséquences personnelles et sociales (licenciement il y a 6 mois, dispute avec patron)
 - Motivation au changement (pour la cocaïne) : préparation à l'action
 - Patient parle beaucoup, se lève à plusieurs reprises pendant la consultation pour détendre ses jambes. Vous coupe souvent la parole.
 - Pas d'insomnie, pas d'anorexie, pas de tristesse de l'humeur. Pas d'exaltation de l'humeur. Manifeste de l'empathie facilement.
 - Pas d'antécédent de traumatisme. Pas d'antécédent de tentative de suicide. Difficultés dans les relations interpersonnelles.
 - A plusieurs moments de la consultation, le patient évoque des difficultés d'attention et des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

6 Questions

Avec une note globale sur 100

Question 1

- Quel diagnostic psychiatrique comorbide de son addiction à la cocaïne pouvez-vous évoquer ? (note sur 10)

Réponse Q.1

- Quel diagnostic psychiatrique comorbide de son addiction à la cocaïne pouvez-vous évoquer ?
 - Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (5/10)
 - Forme mixte évoluant depuis l'enfance (5/10)

Question 2

Après avoir effectué un entretien clinique avec le patient et avec des proches le connaissant depuis l'enfance, vous confirmez le diagnostic de TDAH de forme mixte

- Quelle(s) thérapeutique(s) seraient indiquée(s) chez ce patient dans l'indication du TDAH ? (note sur 25)

Réponse Q.2

- Quelle(s) thérapeutique(s) seraient indiquée(s) chez ce patient dans l'indication du TDAH ?
 - Prise en charge psychothérapeutique (10/25)
 - Prise en charge médicamenteuse par psychostimulant :
 - Méthylphénidate en forme à libération prolongée (10/25) jusqu'à la posologie efficace pouvant aller jusqu'à 0,8 à 1,2 mg/kg
 - Traitement à prendre en une prise le matin (5/25)

Question 3

Le patient accepte un traitement par méthylphénidate LP ainsi qu'un suivi régulier

- Quelles précautions prendre avant un tel traitement ? (note sur 20)

Réponse Q.3

- Quelles précautions prendre avant un tel traitement ?
 - Faire pratiquer un bilan cardiologique à la recherche d'une éventuelle CI du traitement (consultation cardiologique systématique incluant un ECG) (10/20)
 - Informer le patient des effets secondaires potentiels (nausées, anorexie matinale, insomnie) et de la nécessité de prendre le traitement en une prise le matin (5/20)
 - L'informer des spécificités de la prescription (traitement renouvelable tous les 28 jours, ordonnance sécurisée avec pharmacie nominative) (5/20)

Question 4

- Le patient décrit une amélioration des troubles de l'attention sous méthylphénidate et est stable pendant plus de 6 mois.
 - Vous revoyez le patient 7 mois plus tard aux urgences accompagné de sa femme suite à un épisode délirant de début brutal. Il évoque être certain d'être surveillé en permanence par des agents secrets, sans aucune critique ni participation thymique
 - Sa femme ne rapporte pas de modification de prise de méthylphénidate mais elle a retrouvé au domicile de son ami un peu de cocaïne
- Quel est le diagnostic le plus probable ? (note sur 10)

Réponse Q.4

- Quel est le diagnostic le plus probable ?
 - Trouble psychotique aigu secondaire à l'association méthylphénidate & cocaïne (Delavenne et al., 2012) (10/10)

Cas clinique

- Après avoir pris en charge le patient de manière adéquate, il est à nouveau stabilisé sur le plan du délire et des consommations de cocaïne.
- Après 5 ans passé à l' étranger, il revient vous voir. Du fait de l'amélioration, il a arrêté de lui même son traitement par methylphenidate depuis 3 ans. Vous constatez une prise de poids majeure (+25kg avec un poids actuel = 95 kg pour 1m75). Il évoque avoir un fort appétit depuis son sevrage, mangeant parfois 5 à 6 repas par jour en l'absence de faim, souvent seul (aliments sucrés et gras). A la question de savoir si il est boulimique, il répond « non, car je ne vomis pas ». Il évoque une difficulté à contrôler les quantités de nourriture ingérées pendant ces périodes et une culpabilité après ces repas.
- N'a plus de craving pour la cocaïne.

Questions 5 et 6

- Q5. Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment pourriez vous évaluer cette symptomatologie ? (note sur 20)
- Q6. Quel mécanisme serait le plus susceptible d'expliquer la survenue de ce trouble ? (note sur 15)

Réponse Q.5

- Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment pourriez vous évaluer cette symptomatologie ?
 - Obésité secondaire à un trouble du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique = binge eating disorder) avec une addiction à l'alimentation (10/20)
 - Evaluation des critères diagnostiques DSM-5 de Binge Eating Disorder (5/20)
 - Intérêt des auto-questionnaires Binge Eating Scale et Yale Food Addiction Scale (Gearhardt et al., Appetite, 2009; Brunault et al. Canadian Journal of Psychiatry 2014) (5/20)

Réponse Q.6

- Q6. Quel mécanisme serait le plus susceptible d'expliquer la survenue de ce trouble ?
 - Au décours de la prise en charge d'une addiction, transition entre une addiction avec drogue à une addiction sans drogue (addiction à l'alimentation) du fait de facteurs de vulnérabilités psychobiologiques communs (Brunault et al., Medical Hypotheses, 2015) (15/15)

Je remercie le Dr Paul BRUNAUT
pour sa collaboration à ce cas clinique

Nous associons à cette présentation

Pr Samuele CORTESE

Dr Julie FRAMMERY