
MONITORING CARDIO-VASCULAIRE AVANT DE DEBUTER UN STIMULANT CENTRAL DANS LE CADRE DE L'ADHD

[Voir aussi communiqué du 29/4/08 dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web]

L'*American Heart Association* (AHA) a émis des recommandations en ce qui concerne le monitoring cardio-vasculaire des enfants et des adolescents traités par des stimulants centraux (entre autres le méthylphénidate, l'atomoxétine) dans le cadre de l'ADHD [Circulation 2008;117:2407-23].

Comme cela a déjà été discuté dans les Folia de juillet 2006, une inquiétude existe depuis quelques années en ce qui concerne les risques cardio-vasculaires possibles (arythmies, mort subite, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) des stimulants centraux [entre autres le méthylphénidate (Concerta®, Rilatine®)] utilisés dans le cadre de l'ADHD; de même pour l'atomoxétine (Strattera®), un tel risque ne peut être exclu. L'inquiétude provient surtout de quelques notifications de mort subite au centre de pharmacovigilance aux Etats-Unis. Une relation causale entre la prise de stimulants centraux et l'effet indésirable est difficile à prouver. Il n'est pas clair non plus si les enfants atteints d'une affection cardiaque augmentant le risque de mort subite (p. ex. cardiomyopathie hypertrophique, allongement congénital de l'intervalle QT, syndrome d'intervalle QT court, syndrome de Wolff-Parkinson-White, anomalie coronaire, syndrome de Marfan, dysplasie ventriculaire droite arythmogène, syndrome de Brugada) ont un risque plus élevé d'effets indésirables

cardiaques lors d'un traitement par un stimulant central.

Malgré ces incertitudes, il est clair que de telles affections cardiaques, mais aussi par ex. des antécédents d'arythmies graves, incitent particulièrement à la prudence. L'AHA estime dès lors qu'il est important d'identifier ces enfants de façon à pouvoir peser les avantages et les risques, et à pouvoir les suivre de manière encore plus stricte lorsqu'un tel traitement est quand même instauré. C'est pourquoi l'AHA recommande, avant d'instaurer un traitement par un stimulant central, de réaliser les examens suivants chez tous les enfants et les adolescents: anamnèse personnelle et familiale, examen clinique, électrocardiogramme.

La question se pose de savoir si cette prise en charge, et plus particulièrement la réalisation systématique d'un ECG, est réalisable en pratique et si elle garantit une meilleure sécurité. La lecture et l'interprétation d'un ECG chez l'enfant n'est en effet pas évidente. Une telle prise en charge pourrait aussi conduire à un faux sentiment de sécurité. Contrairement à ce que nous avons annoncé dans notre communiqué sur notre site Web, à savoir que nous reviendrions de façon plus détaillée sur ce sujet dans les Folia de juin, nous ne sommes pas en mesure d'apporter des éclaircissements supplémentaires, même après avoir consulté des experts.