

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME D'HYPERACTIVITE ET DE MANQUE D'ATTENTION (ADHD) CHEZ L'ENFANT

Chez les enfants présentant un syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention (ADHD), une prise en charge éducative et une thérapie comportementale intensive sont utiles et devraient être le traitement initial. Cette prise en charge non médicamenteuse n'est cependant pas suffisante à elle seule chez un certain nombre d'enfants. Un stimulant central (méthylphénidate, dexamphétamine) peut alors y être ajouté. Dans une étude, cette prise en charge combinée a permis de maintenir le stimulant central à une dose moindre. Plusieurs études randomisées ont montré que les stimulants centraux atténuent les principaux symptômes de l'ADHD, mais la plupart d'entre elles n'ont duré que trois mois tout au plus. Il n'est pas prouvé que les stimulants centraux diminuent le risque de comportement asocial à un âge plus avancé, ou améliorent le comportement à l'âge adulte. Toute décision d'instaurer un traitement par un stimulant central ne peut se prendre qu'après une évaluation approfondie de l'état de l'enfant par un spécialiste en la matière, en tenant compte des effets indésirables connus de ces médicaments, des besoins personnels et de la préférence de la famille. Chez les enfants de moins de 5 ans, il convient certainement d'être très réservé en ce qui concerne l'utilisation de stimulants centraux.

L'hyperactivité chez l'enfant a déjà été discutée dans les Folia d'août 1996, de février 1997 et de novembre 1998. L'article publié dans les Folia d'août 1996 se basait e.a. sur un article paru en 1995 dans *Drug and Therapeutics Bulletin*. Cette même revue a publié récemment une mise à jour de leur publication antérieure. Un article paru dans *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* a également été utilisé comme référence.

Le syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention chez l'enfant (« Attention-deficit hyperactivity disorder » ou ADHD) comporte, selon la dernière édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV), 3 sous-types.

- Un type dans lequel le manque d'attention est prédominant, avec e.a. les symptômes suivants: manque d'attention pour les détails, difficultés à soutenir l'attention, désorganisation, tendance à oublier.
- Un type dans lequel l'hyperactivité et l'impulsivité sont prédominantes, avec e.a. les symptômes suivants: mouvements incessants des mains et des pieds, se lever souvent en classe, bavardages, déranger ou interrompre les autres.
- Un type combiné.

Le *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* rapporte pour le ADHD une prévalence de 3 à 5 %. Alors qu'on pensait auparavant que les symptômes disparaissaient spontanément avant ou pendant l'adolescence, on sait

maintenant que chez la plupart des enfants, les symptômes persisteront jusqu'à l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte dans 20 à 50% des cas.

Diagnostic

En cas de suspicion de ADHD, il y a lieu d'en évaluer la sévérité, ce qui peut se faire en première ligne. Il convient alors d'être attentif à l'intensité du comportement hyperactif, de l'impulsivité et du manque d'attention. Dans les cas peu sévères, un diagnostic précis peut être différé dans l'attente des résultats des interventions de première ligne, par ex. des conseils éducatifs. En cas d'amélioration insuffisante dans les 6 mois ou de problèmes plus graves, l'enfant doit être adressé à un service de deuxième ligne. Etant donné les problèmes complexes que rencontrent la plupart des enfants avec un ADHD, il convient de demander un avis aussi bien médical que spécialisé en matière de traitement comportemental. Ces experts doivent évaluer en concertation le degré d'hyperactivité et exclure d'autres causes éventuelles des symptômes cliniques. Une fois le diagnostic d'ADHD posé, il convient d'informer les parents, et après leur accord, également l'école de l'enfant sur le problème et la façon de le prendre en charge. [N.d.l.r.: il est également nécessaire de rechercher d'autres problèmes souvent associés à l'ADHD, en particulier des troubles de l'apprentissage, des troubles moteurs et un trouble comportemental associant opposition et révolte.]

Prise en charge

Débuter une thérapie comportementale intensive est une stratégie à défendre pour autant qu'elle soit possible et que les parents soient motivés; si l'amélioration n'est pas suffisante après 6 mois, un traitement médicamenteux, à savoir un stimulant central, sera ajouté. Chez les enfants de moins de 5 ans, il convient certainement d'être très réservé en ce qui concerne la prescription de stimulants centraux.

Efficacité des stimulants centraux

Les résultats de plusieurs études randomisées, contrôlées en double aveugle avec placebo montrent une amélioration du contrôle de l'hyperactivité, du niveau d'attention et de l'impulsivité avec les stimulants centraux, méthylphénidate et dexamphétamine. La plupart des études n'ont cependant duré que 3 mois tout au plus, et elles présentent souvent des problèmes méthodologiques.

Une étude de 14 mois chez 579 enfants (âgés de 7 à 9,9 ans) présentant le type combiné d'ADHD a comparé le traitement médicamenteux avec une thérapie comportementale intensive, et avec l'association des deux. Ces différentes approches ont apporté une amélioration mais l'effet sur la plupart des symptômes fut plus marqué pour le traitement médicamenteux et l'association des deux que pour la thérapie comportementale intensive seule. Chez les enfants bénéficiant des deux traitements, le stimulant central a pu être maintenu

à une dose moindre, et la satisfaction des parents était plus grande.

Il n'est pas prouvé que les stimulants centraux diminuent le risque de comportement asocial à un âge plus avancé et améliorent le comportement à l'âge adulte.

Effets indésirables

Les enfants traités par le méthylphénidate ou la dexamphétamine présentent fréquemment de l'insomnie (10-20%) [n.d.l.r.: surtout en cas d'administration en fin d'après-midi], une instabilité émotionnelle, et une diminution de l'appétit (10-40%); ces effets sont généralement dépendants de la dose. Un retard de croissance est rapporté en cas de traitement de longue durée, mais la taille finale à l'âge adulte ne semble pas influencée. Des effets indésirables plus graves mais rares sont e.a. des convulsions, un comportement compulsif, un manque de spontanéité et des réactions psychotiques [n.d.l.r.: d'après un expert consulté, ces effets sont plus fréquents chez les enfants présentant un retard mental et/ou une atteinte cérébrale]; l'arrêt du traitement ou une diminution de la dose peut s'avérer nécessaire. Avec le méthylphénidate, une thrombopénie, une anémie et une leucopénie ont été rarement rapportées; il n'est cependant pas certain qu'un contrôle systématique de la formule sanguine soit nécessaire. Des phénomènes de tolérance et de dépendance peuvent survenir avec les stimulants centraux, mais des réactions de sevrage n'ont pas été rapportées lors d'une utilisation correcte chez des enfants traités pour un ADHD.

Contre-indications et avertissements

Au Royaume-Uni, le méthylphénidate n'est pas accepté pour l'usage chez les enfants de moins de 6 ans [n.d.l.r.: ce qui figure aussi dans la notice belge de la RILATINE], et la dexamphétamine pour l'usage chez les enfants de moins de 3 ans [n.d.l.r.: pas de notice car n'existe pas comme spécialité en Belgique]. Ces deux médicaments sont contre-indiqués en cas d'affections cardio-vasculaires, de glaucome et d'hyperthyroïdie. Les stimulants centraux peuvent aggraver des tics, et selon les fabricants ces médicaments sont contre-indiqués chez les enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. Cet effet est cependant variable, et avec un suivi adéquat, ces médicaments peuvent quand même être utiles pour traiter les enfants présentant une comorbidité liée à un ADHD et des tics chroniques ou un syndrome de la Tourette. La prudence s'impose lors de l'administration de méthylphénidate et de dexamphétamine en cas d'hypertension artérielle modérée, de dépression grave, d'antécédents d'usage abusif de drogues ou d'alcool, d'épilepsie mal contrôlée ou de prédisposition aux tics.

Instauration et suivi du traitement

La posologie du méthylphénidate recommandée dans la notice anglaise [n.d.l.r.: et belge] est de 5 mg, 1 à 2x par jour (par ex. au petit-déjeuner et au repas

de midi); cette dose peut être progressivement augmentée de 5 à 10 mg par semaine jusqu'à un maximum de 60 mg par jour en plusieurs prises [n.d.l.r.: un expert nous signale qu'une meilleure réponse principalement sur les aspects comportementaux peut être obtenue en fractionnant la dose journalière en 3 prises, avec également une prise dans l'après-midi vers 16-17 heures. La dose optimale se situe généralement entre 0,3 et 0,7 mg/kg/dose. Chez les enfants de moins de 25 kg, la dose journalière est le plus souvent inférieure à 35 mg de méthylphénidate]. Les effets cliniques apparaissent rapidement après la prise, et disparaissent après 3 à 4 heures. Il peut dès lors être utile au début du traitement de n'administrer que la dose du matin, et de voir si le comportement de l'enfant le matin diffère de son comportement l'après-midi, afin d'évaluer l'utilité du médicament.

La décision de prescrire et d'instaurer un traitement médicamenteux doit être prise en deuxième ligne par un médecin ayant une expérience de l'ADHD. L'enfant devrait être revu par le spécialiste toutes les 2 à 4 semaines après le début du traitement, puis toutes les 4 semaines pendant les 6 premiers mois. Selon le fabricant, le méthylphénidate devrait être arrêté si aucune amélioration n'apparaît après un mois de traitement. Des consultants de *Drug and Therapeutics Bulletin* suggèrent cependant qu'une période de trois mois est plus acceptable.

Une fois le schéma thérapeutique correctement mis en place, le patient peut être suivi en première ligne. Le suivi à long terme doit consister à évaluer (par ex. tous les 3 à 4 mois, ou après chaque trimestre scolaire) le comportement, ainsi que la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la taille (celle-ci probablement tous les 6 mois seulement) et le poids; il convient aussi de rechercher l'apparition de tics ou d'une dépression. [N.d.l.r.: un entretien régulier avec l'enseignant (par ex. deux fois par année scolaire) est nécessaire pour évaluer l'effet du traitement en classe]. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée chaque année. Le méthylphénidate ne peut être interrompu que sous la surveillance étroite d'un spécialiste étant donné qu'une dépression et qu'une hyperactivité chronique peuvent ainsi être démasquées. La dexamphétamine doit être arrêtée progressivement, car de la fatigue et une dépression peuvent survenir en cas d'arrêt trop brutal.

D'après Stimulant drugs for severe hyperactivity in childhood. *Drug and Therapeutics Bulletin* 39, 52-54 (2001)

J.K. Buitelaar et J.J.S. Kooij: Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* 144, 1716- 1723 (2000)

Noms de spécialités

Dexamphétamine: (non enregistré comme spécialité en Belgique; disponible en magistrale)

Méthylphénidate: Rilatine (pour cette spécialité, l'ADHD est une indication acceptée à partir de 6 ans)

Note de la rédaction

- Pour le méthylphénidate, les preuves de son efficacité sont nettement plus nombreuses que pour la dexamphétamine. Les quelques études dans lesquelles ces deux substances ont été comparées ne permettent pas de tirer des conclusions [*Clinical Evidence*, 6^{ème} édition, p 234-242 (2001)].
- Peu d'études ont aussi été réalisées sur le traitement de l'ADHD chez l'adulte, mais le méthylphénidate et la dexamphétamine sont également proposés comme médicaments de premier choix. Outre l'approche médicamenteuse, le traitement chez l'adulte comprend aussi des mesures éducatives telles l'information sur l'affection et les possibilités de traitement, des contacts avec d'autres patients (réunions de groupe) et éventuellement une psychothérapie [*Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* **145**, 1481-1484, 1485-1489, 1498-1501 (2001)].
- En Belgique, l'ADHD chez les enfants de plus de 6 ans figure également comme indication dans la notice de STIMUL, à base du stimulant central pémoline. En raison de ses effets indésirables potentiels, surtout l'hépatotoxicité, la pémoline n'est pas un médicament de premier choix chez les enfants atteints d'un ADHD.

COURRIER DU LECTEUR

FAUT-IL PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE EN CAS D'ABCES DENTAIRE?

Suite à l'article "Faut-il prescrire un antibiotique en cas d'abcès dentaire ?" [Folia de janvier 2002] nous avons reçu les réactions suivantes.

- La question a été posée de savoir comment distinguer un abcès dentaire d'une cellulite d'origine dentaire. Un expert en donne l'explication suivante. Un abcès dentaire ("abcès dentaire périapical" ou "granulome purulent aigu") est une infection aiguë d'un granulome au niveau de l'apex de la racine dentaire. Les symptômes sont les suivants: douleur dentaire ne s'aggravant pas par le froid ou la chaleur; douleur de tension au niveau de l'apex; la dent est sensible à la percussion; la radiographie montre une clarté radiologique apicale. L'extension de l'infection apicale aux tissus mous avoisinants du plancher de la bouche ou de la joue, s'accompagne le plus souvent d'un gonflement net, d'une douleur à la palpation, de l'apparition d'un abcès et de fièvre.
- Une note de la rédaction faisant suite à l'article mentionne que chez les patients atteints d'une affection cardiaque à risque élevé ou intermédiaire d'endocardite, un traitement antibiotique prophylactique est recommandé en cas d'intervention comportant un risque élevé de bactériémie. Un médecin fait remarquer qu'un traitement antibiotique prophylactique dans le cas d'une telle intervention est également indiqué chez des patients porteurs d'une prothèse articulaire qui ont un risque élevé d'infection tardive de prothèse [voir aussi Folia d'août et de décembre 2001].