

CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE DE L'AUTISME

20 octobre 2017

IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT AUTISTE

Dr Christelle PROST-LEHMANN
Pédopsychiatre



IDENTIFICATION DES SYMPTOMES DE TDAH CHEZ L'ENFANT AUTISTE

- Définition du TDAH
 - Triade clinique
 - Trouble de l'attention
 - Attention sélective
 - Attention soutenue
 - Attention divisée
 - Alerte phasique
 - Hyperactivité
 - Impulsivité
 - Présent dans différents environnements
 - Au moins deux

- Survenue avant l'âge de 12 ans
- Altération cliniquement significative (*clairement évident*) de la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

- 3 spécifications (antérieurs sous-groupes)
 - Forme combinée
 - Forme inattentive prédominante (filles)
 - Forme hyperactive impulsive prédominante

- Pathologie neurodéveloppementale
 - Evolution chronique
 - Substrat neurobiologique
 - Sensibilité aux adaptations environnementales

- Continuum avec les TSA?

- Manifestations cliniques communes :
 - défaut d'attention
 - TSA: «ne pas écouter» et «difficulté à changer son focus»
 - TDAH: «attention de courte durée» et «distractibilité excessive»
 - défaut de flexibilité
 - difficultés d'apprentissages
 - faiblesse en mémoire de travail
 - difficultés de socialisation
 - parfois difficultés comportementales
 - parfois troubles sensoriels

- Nouveautés du [DSM-5](#) par rapport aux critères du DSM-IV:
 - des exemples ont été ajoutés aux critères
 - plusieurs (plutôt que *certaines*) symptômes doivent être présents dans deux environnements ou plus;
 - symptômes avant l'âge de 12 ans plutôt que 7 ans;
 - les sous-types ont été remplacés par des spécificateurs;
 - ***un diagnostic concomitant de trouble du spectre de l'autisme est désormais autorisé;***
 - 5 symptômes doivent être présents pour un diagnostic chez l'adulte de 17 ans et plus (6 pour les plus jeunes).

- Co-morbidité ASD chez des enfants TDAH
 - 15-25% (jusqu'à 50% pour certains)
- Co-morbidité TDAH chez des enfants ASD
 - Fluctuations de 30 à 80%
 - Souvent plus de 50%

- Tara Stevens, Lei Peng, Lucy Barnard-Brak . The comorbidity of ADHD in children diagnosed with autism spectrum disorder . Research in Autism Spectrum Disorders 31 (2016) 11–18

- Antshel, K.M.; Zhang-James, Y.; Wagner, K.E.; Ledesma, A.; Faraone, S.V. An update on the comorbidity of ADHD and ASD: A focus on clinical management. Expert Rev. Neurother. 2016, 16, 279–293,

- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Mayes, R. D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. Research in Autism Spectrum Disorders, 6(1), 277-285.

- Rommelse NN, Franke B, Geurts HM, Hartman CA, Buitelaar JK. Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder Treatment of Co-Occurring ADHD and ASD 527 and autism spectrum disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010;19:281–295

- Aux USA
 - Diagnostic TSA vers 5 ans
 - Diagnostic TDAH vers 7 ans
- La dimension TSA est souvent diagnostiquée plus tardivement dans les formes mixtes
 - Symptômes masqués par le TDAH qui est au premier plan

- En pratique
 - Echelles de conners
 - Parents
 - Enseignants
 - Bulletins scolaire
 - Retour/bilans des rééducateurs, encadrement périscolaire, etc.

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1.Agité, se tortille sur sa chaise				
2.Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3.On doit répondre immédiatement à sa demande				
4.Fait le malin				
5.Crises de colère et conduite imprévisible				
6.Trop sensible à la critique				
7.Distrait ou attention fluctuante				
8.Perturbe les autres enfants				
9.Rêveur				
10.Fait la moue et boude				
11.Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12.Bagarreur				
13.Attitude soumise face à l'autorité				
14.Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15.S'excite facilement, impulsif				
16.Demande une attention excessive de l'enseignant				
17.Semble mal accepté par le groupe				
18.Se laisse mener par les autres enfants				
19.Est mauvais joueur				
20.Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres				
21.Difficulté à terminer ce qu'il commence				
22.Puéril et immature				
23.Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24.A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25.Peu coopérant avec ses camarades de classe				
26.S'énervé facilement quand il doit faire un effort				
27.Peu coopérant avec l'enseignant				
28.Difficultés d'apprentissage				



TROUBLES FREQUEMMENT ASSOCIES AVEC UNE CO-OCCURRENCE TSA + TDAH

- Par rapport à une population d'enfants TSA sans TDAH
 - Diminution des fonctions attentionnelles
 - Diminution de la mémoire de travail
 - Diminution du contrôle inhibiteur
 - Diminution de la flexibilité
 - TSA < TDAH
 - TDAH+TSA < TSA

- F. Craig et al. A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016;12 1191–1202
- Mayes SD, et al. Attention, writing, and processing speed in typical children and children with ADHD, autism, anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder. *Child Neuropsychol.* 2007;13(6):469–493.
- C. Colombi and M. Ghaziuddin. Neuropsychological Characteristics of Children with Mixed Autism and ADHD. *Autism Research and Treatment* Volume 2017, Article ID 5781781, 5 pages

- Par rapport à une population d'enfants TSA sans TDAH
 - Plus grandes difficultés de reconnaissance des émotions
 - Test « reading the mind in the eyes »

- TDAH + TSA:
 - Plus haut niveau d'anxiété
 - Tempérament
 - Plus haut niveau d'affects négatifs
 - TSA: stress, peur,
 - TDAH: colère, intolérance à la frustration
- Altération de l'estime de soi

- Majoration de la prévalence de l'insomnie d'endormissement
 - Plus marquée dans les formes avec hyperactivité

- Difficultés relationnelles présentant dans les deux pathologies
 - Parfois difficultés à faire la différence entre
 - Un manque de réciprocité sociale
 - Une impulsivité/agitation pénalisante
- La co-morbidité diagnostique peut majorer les troubles relationnels

- Comorbidité TDAH et TSA
 - Trouble neurodéveloppemental plus complexe que lorsqu'il s'agit d'un TSA seul
 - Majoration des difficultés
 - Cognitives
 - Comportementales
 - Emotionnelles
 - Moindre adaptabilité
 - Qualité de vie moins bonne

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Principes généraux

- Lors d'une co-occurrence TDAH + TSA
 - Nécessité de traiter chaque trouble dans toute sa dimension
 - Le traitement des symptômes de TDAH peut permettre à l'enfant de mieux investir les autres thérapies proposées dans le cadre du TSA
- Interventions psychologiques, psychomotrices, éducatives, psycho-éducatives, pédagogiques, sociales
 - *Coordonnées*
- Encore peu d'études de cohortes sur ce sujet

- Intérêt :
 - des thérapies cognitivo-comportementales
 - Atelier ou Groupe d’affirmation de soi
 - Gestion des émotions
 - Gestion de l’impulsivité
 - des groupes d’entraînement aux habilités sociales
 - de la psychomotricité pour les plus jeunes

- Interventions parentales toujours bénéfiques
 - Groupes d'entraînement aux habilités parentales
 - Nécessité de développer des programmes spécifiques pour les co-occurrences diagnostiques ASD+ADHD
 - *Parental training*
 - *Parental éducation*
 - Meilleure efficacité d'une prise en charge éducation parentale + ttt vs ttt seul

- Psychoéducation et structuration de l'environnement
 - Pilier de la prise en charge
 - Nécessité pour l'enfant/ les parents/ l'entourage de comprendre les fonctionnements observés
 - Permet de réajuster les adaptations environnementales pour que l'enfant retrouve des repères structurants
 - À la maison
 - À l'école
 - Dans tous les lieux fréquentés par l'enfant

- A formaliser dans le cadre d'un PAP (projet d'accompagnement personnalisé) ou d'un PPS
 - Aide à la concentration
 - Aide à la canalisation comportementale (agitation/impulsivité)
 - Aide methodologique (FE)
 - Environnement prévisible et repérant

- 100%
- Dossier MDPH selon les besoins
 - AEEH
 - PPS, AVS
 - SESSAD
 - Orientation: ULIS, IME/IMPro...

Les traitements médicamenteux

- Enfant présentant un TSA + TDAH
 - Methylphenidate peut être envisagé
 - Réduction des symptômes d'inattention/hyperactivité
 - Amélioration des relations sociales
 - Mais:
 - Taux de réponse moins élevé que enfants TDAH (49% vs 69%)
 - Effets secondaires plus fréquents (18% vs 1,4%)
 - Anorexie
 - Irritabilité, anxiété, exacerbation de l'hyperactivité et de l'émotivité
 - Tics/stéréotypie
 - Insomnie

- Enfant présentant un TSA + TDAH
 - Mélatonine si troubles du sommeil associés
 - Posologie
 - 1 mg pour les plus jeunes
 - >5 mg pour les adolescents?

Conclusion

- Comorbidité fréquente
- Retentissement sur la qualité de vie
- Nécessite un accompagnement spécifique
 - Éducatif
 - Pédagogique
 - Psychologique
 - +/- pharmacologique

Merci de votre attention



Des questions?