

Consignes au candidat

Vous allez rencontrer un parent de Gabriel à la demande de son professeur car ce dernier croit qu'il présente un problème d'attention et il pense qu'une médication pourrait l'aider.

- 1) Nous vous demandons de procéder au questionnaire à la recherche des critères diagnostiques d'un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.**
- 2) Quels sont les diagnostics différentiels du TDAH?**
- 3) Quel est votre diagnostic précis pour Gabriel?**
- 4) Veuillez rédiger une ordonnance pour Gabriel pour le traitement de son TDAH.**

Consignes à l'acteur

Vous êtes le parent de Gabriel et vous répondez aux questions du candidat.

Gabriel a 12 ans, il est en excellente santé, il n'a aucun antécédent médical sauf une appendicectomie l'an dernier. Il ne prend aucune médication.

Gabriel est en sixième année. Il n'a jamais été premier de classe, on le dit distrait et inattentif et l'an dernier, en cinquième année, l'école avait suggéré de consulter son médecin et de demander une médication pour l'aider. Le père avait refusé disant qu'il ne voulait pas de pilules pour son fils.

Le père et la mère sont aussi en excellente santé. La mère est agent d'immeuble. Le père, en y réfléchissant, était un peu comme Gabriel et avait des difficultés scolaires qu'il ne peut préciser sauf qu'il obtenait de faibles notes. Il a terminé néanmoins son secondaire V et a fait ensuite son DEC en électricité. Il n'y a aucun problème de maladie mentale, d'abus de drogue ou d'alcool chez les parents ni dans la famille élargie. Dans vos réponses au candidat, Gabriel présente un Trouble déficitaire de l'attention, type inattention.

Il n'y a pas chez Gabriel d'hyperactivité ni d'impulsivité.

Gabriel ne présente pas de trouble oppositionnel avec défiance ni de troubles de conduite.

Pour vous aider dans vos réponses, veuillez vous référer aux critères diagnostiques du DSM-IV ci-bas. En regard du diagnostic de Gabriel, vous répondez par l'affirmative pour les critères apparaissant en rouge et par la négative pour les critères en noir.

Un rappel du diagnostic différentiel du TDAH, extrait du Médecin du Québec, vous est annexé.

Vous trouverez aussi annexé, le traitement pharmacologique du TDAH, tel que publié par le Collège des Médecins du Québec récemment.

Consignes à l'examinateur

Voici les réponses attendues du candidat. Veuillez cocher les différents items réalisés par le candidat.

- L'histoire médicale de Gabriel, sa naissance, son développement, ses antécédents /
- L'histoire médicale et psychiatrique des parents, leur niveau de scolarité et leurs difficultés scolaires
- L'histoire du comportement de Gabriel à la maison
- L'histoire du comportement de Gabriel à l'école
- Identification d'au moins 6 symptômes d'inattention
- L'hyperactivité est éliminée
- L'impulsivité est éliminée
- Le trouble de conduite est éliminé
- Le candidat nomme 3 diagnostics différentiels du TDAH
- Le candidat prescrit une médication de départ pour le TDAH
 - Nom :
 - Dose :
 - Fréquence :
 - Durée;
- Plan du suivi de Gabriel pour les prochains mois

Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2)

- (1) six des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement l'enfant :**

Inattention

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités**
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux**
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement**
- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)**
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités**
- (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)**
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)**
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes**
- (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne**

(2) six des symptômes suivant d'hyperactivité- impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège**
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis**
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice)**
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir**
- (e) est souvent sur la "brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"**
- (f) parle souvent trop**

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper une réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée**
- (h) a souvent du mal à attendre son tour**
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)**

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

- C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différent (p. ex. à l'école – ou au travail – et à la maison).**
- D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.**
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un Autre trouble mental (p. ex. Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).**

Formation continue

Le diagnostic différentiel du TDAH

Classe	Nom/exemple	Examen ou démarche
Troubles propres à l'enfant	Trouble de conduite Trouble de langage Maladie psychiatrique Limites cognitives	Une évaluation spécialisée peut être indiquée. Tests psychométriques, mesure du quotient intellectuel
Troubles environnementaux	Niveau socio-économique Mauvais traitements, négligence Malnutrition Médicaments (phénobarbital, carbamazépine, aminophylline) Alcool, drogues, intoxication par le plomb Insomnie Conflits familiaux	Anamnèse détaillée Hémoglobine-hématocrite (Hb-Ht), protéines Dosages spécifiques Dosages spécifiques
Troubles organiques inactifs	Asphyxie périnatale Traumatisme crânien Méningite Syndrome d'alcoolisme fœtal Syndrome de l'X fragile	Antécédents Signes morphologiques ADN
Troubles organiques actifs	Trouble de vision Trouble d'audition Allergies importantes Épilepsie, petit mal Diabète Intoxication par le plomb Anémie Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie Toute maladie chronique	Évaluation de l'acuité visuelle Audiométrie Tests d'allergie EEG Glycémie Plombémie Hb-Ht, fer, etc. Dosage de la TSH (thyrotrophine)

• L'absence d'une autre maladie comme un trouble du développement ou un trouble psychiatrique pouvant expliquer les symptômes.

On mentionne trois formes associées à cet ensemble : la forme hyperactive, la forme inattentive et la forme mixte, selon la prédominance des symptômes signalés.

Diagnostic différentiel

La triade symptomatique (inattention-agitation-impulsivité) peut être l'expression commune de plusieurs problèmes médicaux, familiaux ou environnementaux. Une grande partie de la tâche initiale du médecin consiste à « travailler » le diagnostic différentiel.

À cette fin, il peut être utile de regrouper les différentes entités diagnostiques et de les classer en grandes familles (encadré 2).

Nombreux sont les éléments faisant partie de l'histoire familiale et de l'évolution antérieure de l'enfant, ce qui fait qu'une partie de ce travail est facilitée pour le médecin qui a une relation longitudinale avec la famille.

Cependant, certains « must » sont à rappeler : exclure un trouble de vision, un trouble d'audition ; vérifier si un trouble de conduite ou de langage est présent.

Démarche diagnostique

Comme on le suppose, le diagnostic est avant tout clinique et se fonde sur la description du comportement de l'enfant. Les examens de laboratoire ou d'imagerie médicale sont rarement pertinents. Afin de faciliter le travail du médecin, nous proposons, comme l'a fait Falardeau³, une démarche en trois points :

- Établir le diagnostic ;

Annexe – Traitement pharmacologique du TDAH

MÉDICAMENT	DURÉE D'ACTION	DOSE INITIALE	TITRAGE	DOSE QUOTIDIENNE MAXIMALE
A COURTE DURÉE D'ACTION				
Famille des méthylphénidates Méthylphénidate (<i>Ritalin^{MD}</i> , <i>Apo-Methylphenidate^{MD}</i>) (comprimés de 10 et 20 mg)	3 à 5 heures	Enfants : 2,5 mg matin et midi	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 2,5 à 5,0 mg par dose jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires Envisager 3^e dose vers 16 h 	60 mg
Famille des méthylphénidates Méthylphénidate (<i>PHL-Methylphenidate^{MD}</i> , <i>PMS-Methylphenidate^{MD}</i> , <i>Ratio-Methylphenidate^{MD}</i>) (comprimés de 5, 10 et 20 mg)	3 à 5 heures	Ados et adultes : 10 mg matin et midi	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 2,5 à 5,0 mg par dose jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires Envisager 3^e dose vers 16 h 	60 mg
Famille des amphétamines Dexamphétamine (<i>Dexedrine^{MD}</i>) (comprimés de 5 mg)	4 à 6 heures	Enfants : 2,5 mg matin et midi Ados et adultes : 5 mg matin et midi	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 2,5 à 5,0 mg par dose jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires Envisager 3^e dose vers 16 h 	40 mg
A DURÉE D'ACTION INTERMÉDIAIRE				
Famille des méthylphénidates Méthylphénidate (<i>Ritalin SR^{MD}</i>) (comprimés de 20 mg)	3 à 6 heures	20 mg matin	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter à 40 mg le matin ou 20 mg le matin et le midi ou Ajouter, au besoin, une dose de méthylphénidate à courte durée action 	60 mg
Famille des amphétamines Dexamphétamine (<i>Dexedrine^{MD}</i>) (spansules de 10 et 15 mg)	6 à 8 heures	10 mg matin ou 10 mg matin et midi	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires Envisager 3^e dose d'un comprimé de dexamphétamine (<i>Dexedrine^{MD}</i>) à courte action vers 16 h 	40 mg
A LONGUE DURÉE D'ACTION				
Famille des méthylphénidates Méthylphénidate HCl (<i>Concerta^{MD}</i>) (comprimés de 18, 27, 36 et 54 mg)	12 heures	18 mg matin	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 18 mg tous les 5-7 jours jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires 	54 mg
Famille des amphétamines Sels d'amphétamine (<i>Adderall XR^{MD}</i>) (capsules de 5, 10, 15, 20, 25 et 30 mg)	12 heures	10 mg matin	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 5 mg tous les 5-7 jours jusqu'à l'atteinte de l'objectif ciblé ou l'apparition d'effets secondaires 	30 mg
Classe des non-stimulants Atomoxétine (<i>Strattera^{MD}</i>) (capsules de 10, 18, 25, 40, 60 mg)	24 heures	0,5 mg/kg matin pendant 10 jours	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter à 0,8 mg/kg et, si non-atteinte de l'objectif ciblé après un délai de 10 jours, augmenter à 1,2 mg/kg, au besoin. Dose maximale = 1,4 mg/kg ou 100 mg 	1,4 mg/kg/jour mais ne pas dépasser une dose totale de 100 mg

N.B. Les doses maximales indiquées sont celles recommandées dans les monographies. Dans les cas où l'effet ciblé aux doses indiquées n'est pas atteint et qu'il n'y a pas ou peu d'effets secondaires, certains cliniciens utilisent des doses plus élevées.