

PAGE 2 CERVEAU EN ÉBULLITION
PAGE 3 ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES
PAGES 4/5 ANALYSE D'ORDONNANCES

PAGE 6 UN TRAITEMENT DÉTOURNÉ
PAGE 7 « MON ADO A DES PROBLÈMES DE CONCENTRATION »
PAGE 8 TEST DE LECTURE

Supplément réalisé par **Élise Brunet**

« Elle est dans la lune »

« Il ne tient pas en place »

« Mon mari et ma fille sont atteints de TDA/H »

« Mon ado est très impulsif »

« Le méthylphénidate, ça me fait un peu peur... »

« Il passe du coq à l'âne sans arrêt »

« Elle oublie tous ses rendez-vous »

« Je ne sais plus comment le gérer »

« Elle a aussi des problèmes en lecture »

« Il a du mal à se faire des amis »

3 | 3

Questions d'ados

TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ

THÉRAPEUTIQUE • PHARMACOLOGIE

Cerveau en ébullition

Le TDA/H, ou trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, est de diagnostic complexe. Sa prise en charge requiert l'intervention de nombreux acteurs.

Le TDA/H n'est pas considéré comme une maladie mais comme un trouble chronique. Apparaissant généralement avant 12 ans, ses conséquences peuvent être dévastatrices chez l'enfant d'âge scolaire ou l'adolescent, tout comme pour son entourage, s'il n'est pas pris en charge efficacement.

SYMPTÔMES

Le TDA/H est un syndrome pouvant regrouper trois symptômes d'intensité variable selon les individus et évoluant avec le développement de l'enfant puis de l'adolescent. Ces signes, dont aucun n'est spécifique du TDA/H, s'expriment différemment en fonction des exigences scolaires, du contexte environnemental et familial ou de la motivation de l'adolescent.

● **Le déficit de l'attention.** Il constitue le symptôme généralement prédominant chez l'adolescent atteint de TDA/H : incapacité à maintenir l'attention, à terminer une tâche, lenteur dans le travail, distractibilité, oublis fréquents, difficultés à s'organiser et à s'autonomiser, refus ou évitement de tâches exigeant une attention accrue, problèmes de mémorisation à court terme... Le retentissement est important au quotidien et peut être source de souffrance et de mauvaise estime. Le déficit de l'attention limite l'orientation scolaire ou le projet professionnel et peut provoquer une démotivation, voire un désinvestissement de l'adolescent. Les enfants atteints de TDA/H ont beaucoup de difficultés à gérer le temps et à percevoir le temps passé, s'agissant d'une activité par exemple.

● **L'hyperactivité motrice.** À distinguer de la simple turbulence, elle correspond à une agitation incessante, à une incapacité à rester en place lorsque les conditions l'exigent, à une activité désordonnée et inefficace... Ces signes sont, à la longue, difficiles à supporter par l'entourage mais l'hyperactivité tend à s'atténuer avec l'âge. Chez l'adolescent, elle s'exprime surtout par une agitation plus ou moins permanente et d'intensité variable.

● **L'impulsivité.** Elle demeure chez l'adolescent et a des conséquences sur sa vie sociale et familiale : difficultés à attendre, besoin d'agir, tendance à interrompre et à s'immiscer, voire à s'imposer dans les activités des autres, ce qui rend plus difficile les relations avec ses pairs. L'adolescent n'arrive pas à se soumettre à la discipline ou aux règles sociales et ne supporte pas l'autorité, ce qui est source de conflits sociaux et familiaux.

Le TDA/H n'est, le plus souvent, pas le seul trouble retrouvé.

COMORBIDITÉS

Le TDA/H n'est, le plus souvent, pas le seul trouble ; les comorbidités sont fréquentes, compliquant la prise en charge du TDA/H.

- Troubles des apprentissages : du langage oral ou écrit (dyslexie, dysorthographe), dyscalculie, troubles d'acquisition de la coordination (dyspraxie).
- Troubles émotionnels : troubles de l'humeur, irritabilité, syndrome dépressif, difficultés à gérer les émotions, troubles anxieux...
- Trouble oppositionnel avec provocation (TOP), troubles des conduites : comportement transgressif, à risques sexuels ou suicidaires, conduites délinquantes, consommation précoce avec un risque addictif élevé d'alcool, tabac, cannabis..., addiction aux écrans (ordinateur, jeux vidéo, smartphone...).
- Troubles du sommeil, irrégulier et de courte durée, endormissement délicat, parasomnies...
- Troubles du spectre autistique, tics chroniques...

PHYSIOPATHOLOGIE

Des discussions persistent sur les origines du TDA/H, même s'il est acquis qu'il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental, lié à des anomalies de maturation de certains réseaux neuronaux. Le TDA/H serait la conséquence d'une dérégulation du système noradrénergique au niveau des structures cérébrales impliquées dans le contrôle de l'attention et de l'inhibition. Une carence en fer au niveau du thalamus pourrait également être en cause. Une activité neuroélectrique et métabolique moindre est constatée à l'imagerie dans des zones corticales, qui sont de plus petite taille chez les enfants atteints. L'hérédité dans la survenue de ce trouble est certaine – l'identification des gènes et variantes impliqués est encore en cours – mais elle n'explique pas tout. En effet, de nombreux facteurs de risque ont une implication supposée : l'alcool et/ou le tabac – au-delà de 10 cigarettes par jour – pendant la grossesse, la très grande prématurité, l'exposition aux pesticides et aux métaux lourds, une dépression maternelle *post-partum*, des carences affectives précoces, certains virus ou encore l'alcoolisme paternel.

DIAGNOSTIC

Il est complexe. Sa précocité est cruciale pour une prise en charge optimisée. Pour suspecter un TDA/H, les symptômes doivent persister depuis plus de 6 mois, survenir dans plusieurs milieux de vie (scolaire, familial...) et constituer un handicap réel pour l'enfant dans son apprentissage scolaire, ses relations sociales et/ou sa vie quotidienne. Aucune échelle ou questionnaire ne permet, à lui seul, d'affirmer un diagnostic de TDA/H et aucun signe neurologique ou physique ne permet à lui seul d'identifier ce trouble. Les difficultés sont en général observées par l'entourage, le personnel scolaire, le médecin traitant ou le pédiatre. Le patient doit alors être orienté vers un spécialiste du trouble, en général un pédopsychiatre, qui pose le diagnostic. Les comorbidités, d'éventuels troubles psychiatriques ou addictions associés, doivent également être recherchés.

PRISE EN CHARGE

Elle est multimodale et peut comporter des traitements non médicamenteux ou, si besoin, pharmacologiques. Elle est également multiprofessionnelle, impliquant possiblement orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, médecin, infirmier et psychologue scolaire notamment. Le suivi de l'adolescent est primordial : tous les 3 à 6 mois en l'absence de traitement médicamenteux, mensuellement dans le cas contraire.

● **Les mesures psychoéducatives** : elles constituent la base de la prise en charge et sont appliquées dans tous les cas. Thérapies cognitivo-comportementales, techniques de rééducation en vue d'améliorer les performances cognitives ou encore groupes d'affirmation de soi pour faciliter les relations sociales... Chez les adolescents, du coaching organisationnel et de planification peut être intéressant. Si besoin, des aménagements pédagogiques peuvent être mis en œuvre grâce à un plan d'accueil personnalisé (PAP). Des mesures sont aussi mises en place pour les familles, souvent en grande souffrance : guidance parentale pour apprendre à mieux gérer l'enfant, groupes de paroles... Les orienter vers des associations (TDAH-France) peut être utile. Quelques conseils peuvent être prodigués : donner des objectifs simples et rapides à réaliser – une consigne à la fois –, encourager l'enfant, organiser son quotidien et s'assurer qu'il a un exutoire, ne pas lui donner de tranquillisants ni de sédatifs.

● **La prise en charge médicamenteuse** : après 1 à 6 mois, si les mesures psychoéducatives seules sont insuffisantes, une prise en charge par méthylphénidate (MPH) peut être envisagée. Seule cette molécule est autorisée dans cette indication en France, à partir de 6 ans. Il peut être à libération immédiate (Ritaline, voir cas clinique n° 1, p. 4) ou prolongée (Ritaline LP, Concerta LP, Medikinet LM, Quasym LP, voir cas clinique n° 2, p. 5). Il améliore le plus souvent les symptômes mais ne les fait pas disparaître complètement ; il n'existe pas de traitement curatif du TDA/H actuellement. L'efficacité du MPH est rapide, il est intéressant lorsqu'il est « urgent d'agir ».

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

La France frileuse à de nouveaux produits

Dans l'Hexagone, seul le méthylphénidate (MPH) est autorisé dans le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Pourtant, ce n'est pas faute d'autres candidats. Aussi loin que l'on remonte sur les listes des autorisations temporaires d'utilisation nominatives sur le site de l'Agence du médicament, d'autres molécules sont régulièrement autorisées en alternative au MPH. D'une part, le sulfate de dexamphétamine à 5 mg (Dexamine, Dexédrine inscrits au 13/07/05 puis Dexamfetamine Sulphate 5 mg en 2010). L'atomoxétine (Strattera), d'autre part, enregistrée au 13/07/05, dosée à 10, 18 et 25 mg, puis à 40 et 60 mg au 15/01/06 mais la Haute Autorité de santé (HAS) a émis un avis défavorable à son remboursement en janvier 2011, en raison d'une efficacité contestée comparée au MPH et de

risques confirmés de suicide, d'agressivité/hostilité, d'atteinte hépatique et de syndrome de Raynaud. Depuis 2009, la lisdexamphétamine (Vyvanse) est également autorisée nominativement en cas de réponse inadéquate au MPH. Cette molécule, que le laboratoire Shire souhaite commercialiser en France depuis 2014, a été homologuée en Europe en décembre 2012 et est disponible notamment en Allemagne, en Espagne, au Danemark, en Irlande, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni. Elle est également sur le marché aux États-Unis, qui disposent aussi d'autres molécules dans le TDA/H comme la guanfacine, le dexméthylphénidate, la dextroamphétamine sulfate, l'amphétamine, la métamphétamine et l'atomoxétine. Force est de constater que la France reste très prudente à l'égard des nouveaux médicaments dans le TDA/H.

REPÈRES

3,5 à 5,6 %

des enfants scolarisés souffriraient de TDA/H en France (HAS, février 2015).

47 %

des enfants diagnostiqués souffrent de trouble de l'attention, 36 % d'hyperactivité/impulsivité, 17 % présentent les trois symptômes.

42 000

patients ont reçu au moins un remboursement de méthylphénidate en 2011 en France. La majorité des patients étaient âgés de 6 à 12 ans (ANSM, juillet 2013).

CAS 01

Un TDA/H « simple »



Dr Doug Ross
Pédiatre

Le 29/09/16
Chloé
12 ans – 47 kg

Méthylphénidate 10 mg (Ritaline) : un demi-comprimé matin et midi pendant 28 jours
Pharmacie Jourdan - 14 rue de la plage - 33322 Océan-les-Pins

Dr Ross

Chloé a été diagnostiquée TDA/H. Après 3 mois de mesures psychoéducatives qui se sont révélées insuffisantes, un traitement médicamenteux lui est prescrit.

Le méthylphénidate (MPH) est un stimulant du système nerveux central apparenté aux amphétamines. Son mode d'action n'est pas complètement élucidé. Il augmenterait la concentration de dopamine et de noradrénaline dans la fente synaptique, notamment par une inhibition de la recapture de la dopamine. La relation entre ce mode d'action et son activité régulatrice n'est pas connue mais son efficacité dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité a été prouvée.

La prescription initiale du méthylphénidate est hospitalière (par un pédiatre, un neuropédiatre, un pédopsychiatre, un psychiatre ou un neurologue). Le renouvellement du traitement, tous les 28 jours dans la limite d'une année, peut être fait par le spécialiste ou le médecin généraliste, avec une adaptation éventuelle des posologies. Une nouvelle ordonnance hospitalière doit être établie chaque année. La prescription hospitalière doit être présentée lors de chaque délivrance.

CAS 02

Un TDA/H compliqué d'une dépression



Le méthylphénidate est un psychostimulant, sympathomimétique d'action centrale (voir cas clinique n° 1). La spécialité Quasym LP propose des gélules de méthylphénidate à libération modifiée : 30 % de la dose sont libérés immédiatement après la prise – un profil d'absorption comparable à celui d'un comprimé de méthylphénidate à libération immédiate –, les 70 % restant le sont de façon prolongée à partir de la troisième heure après le premier pic de concentration de méthylphénidate. L'effet thérapeutique s'étale ainsi sur 8 heures.

La fluoxétine est un antidépresseur, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine pure. Elle est dépourvue d'effet anticholinergique. La fluoxétine est indiquée chez l'enfant à partir de 8 ans présentant un épisode dépressif d'intensité modérée à sévère, en association à une prise en charge psychothérapeutique, après que celle-ci seule s'est révélée insuffisante.

Valentin est suivi depuis plusieurs semaines par le Dr Spitz pour son TDA/H. Il présente un épisode dépressif majeur d'intensité modérée pour lequel les séances chez le Dr Spitz sont insuffisantes.

Dr Christian Spitz
Pédopsychiatre

Le 23/11/15
Valentin
14 ans – 60 kg

1) Méthylphénidate 30 mg LP (Quasym LP) : 1 gélule le matin pendant 28 jours
2) Fluoxétine 20 mg/5ml solution buvable (Prozac) : 2,5 ml le matin
Pharmacie Jourdan - 14 rue de la Plage - 34322 Océan-les-Pins

Dr Spitz

COMMENTAIRE

Le méthylphénidate (MPH) à libération immédiate permet d'ajuster la posologie en début de traitement.

La posologie optimale de MPH se situe entre 0,3 et 1 mg/kg/j. Débuter avec la dose la plus faible possible, puis l'adapter par paliers hebdomadaires de 5 à 10 mg, sans dépasser la dose maximale quotidienne de 60 mg. La durée d'action du MPH à libération immédiate est de 4 heures, impliquant des prises répétées dans la journée. Le traitement en deux prises (matin et midi) s'adresse aux enfants dont le trouble est essentiellement gênant à l'école. Une troisième prise, le soir, peut être instaurée si la vie familiale est également très perturbée ou si les troubles du sommeil sont importants. Le traitement peut être suspendu le mercredi et durant les week-ends ou les vacances si le trouble n'est pas trop envahissant. En l'absence d'amélioration après un mois, le traitement doit être interrompu. Les oublis de prises sont fréquents et doivent être évalués à chaque visite. Faciliter l'observance par des pense-bêtes ou alarmes sur smartphone, des prises à des moments rituels ou encore l'utilisation d'un pilulier. Les effets secondaires sont identiques pour le MPH à libération immédiate et prolongée (voir aussi le cas clinique n° 2, p. 5). Le MPH a tendance à ralentir la croissance. Ce phénomène est dose-dépendant et réversible à l'arrêt du traitement. Le MPH élève la pression artérielle de 10 mm Hg en moyenne et peut augmenter le rythme cardiaque. Ces paramètres doivent être contrôlés régulièrement. ●

À SAVOIR



- Le MPH est classé comme stupéfiant.
- Le MPH pouvant faire l'objet d'un mésusage, sa prise en charge par l'Assurance maladie dépend de la mention par le médecin sur l'ordonnance du nom du pharmacien qui sera en charge de la délivrance.

À ÉVITER



- Contrairement à d'autres pays, le MPH n'est pas autorisé chez l'adulte en France. Toutefois, l'Agence du médicament conçoit qu'« il peut être approprié de poursuivre ce traitement à l'âge adulte » si les symptômes persistent à l'arrêt d'un traitement efficace par MPH.
- Le MPH peut donner des résultats faux-positifs aux contrôles antidopage lors de la recherche d'amphétamines.

COMMENTAIRE

Le méthylphénidate (MPH) est à utiliser avec précaution chez l'adolescent souffrant d'un syndrome dépressif.

La dose quotidienne de MPH à libération prolongée (LP) est équivalente à celle obtenue grâce au MPH à libération immédiate (LI), généralement après une période de titration (voir cas clinique n° 1, p. 4). Quasym LP se prend le matin avant le petit déjeuner. Le MPH n'est habituellement pas recommandé chez des patients souffrant de dépression sévère ou autre pathologie psychiatrique (anorexie mentale, schizophrénie, syndrome psychotique...) : il peut en exacerber les symptômes, voire en favoriser l'apparition. La survenue ou l'aggravation d'une agressivité ou de tics est possible pendant le traitement. Des troubles du sommeil, possiblement liés au TDA/H, peuvent apparaître ou s'aggraver avec le MPH; dans certains cas, une prise supplémentaire de MPH à LI est nécessaire en fin d'après-midi.

La dose initiale de fluoxétine est de 10 mg/j chez l'adolescent, le matin. Après 1 à 2 semaine(s) de traitement, cette dose peut être augmentée à 20 mg/j. La pipette-doseuse de la solution buvable est graduée en milligrammes, de 5 en 5, de 5 à 20 mg. Verser le contenu de la pipette dans une cuillère ou dans un verre et diluer avec de l'eau si besoin. En l'absence d'amélioration dans les neuf premières semaines, le traitement devra être reconsidéré. Les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les adolescents traités par fluoxétine, à surveiller avec attention. ●

À SAVOIR



- Les solutions buvables de fluoxétine sont aromatisées à la menthe. Les formulations génériques sont dépourvues d'alcool, contrairement au princeps.
- La gélule de Quasym LP peut être ouverte et son contenu dispersé dans une cuillerée de compote de pommes. Boire un peu d'eau après la prise.

À ÉVITER



- Ne pas arrêter brutalement le traitement par fluoxétine. Un arrêt progressif sur au moins 1 à 2 semaine(s) est nécessaire afin de limiter le risque de réactions de sevrage.
- Ne pas prendre Quasym LP avec des aliments gras, qui retardent son absorption.

Un traitement détourné

Le méthylphénidate n'est pas seulement utilisé par les patients hyperactifs. Il est également apprécié par d'autres dans le but d'améliorer leurs performances.

Le méthylphénidate (MPH) est aussi appelé « kiddy coke » ou drogue des enfants. Alors qu'il est autorisé en France depuis 1995, son détournement a été rapidement démontré dans une première enquête menée par l'Agence du médicament (ANSM) entre 2000 et 2006, puis par une seconde entre 2006 et 2011. Mésusage par les sujets traités et leurs proches, le plus souvent des adultes, afin d'augmenter leurs performances intellectuelles et leurs capacités d'éveil mais aussi dans un but amaigrissant. Dans ces enquêtes, toutes les spécialités et différents modes d'administration (sniff et injection, notamment) du MPH étaient concernés par un usage détourné, amenant l'ANSM à mettre en place des mesures particulières de prescription et de délivrance de ce médicament à partir de 2006.

Mais à en juger par un message de l'agence régionale de santé (ARS) Languedoc-Roussillon en mars 2015, le problème est encore loin d'être réglé. L'ARS

alertait alors à nouveau les professionnels de santé sur l'usage détourné de MPH dans cette région à fort taux de prescription de ce médicament : « *Fausse ordonnance, nomadisme médical, vente illégale dans la rue, injection intraveineuse, consommation importante* » rapporte-t-elle. Le produit est également acheté au marché noir ou sur Internet. Le MPH peut conduire à des troubles comportementaux d'intensité variable, voire à des épisodes psychotiques, ainsi qu'à un phénomène de tolérance et à une dépendance chez des personnes non atteintes de TDA/H. Les établissements de prise en charge des toxicomanes signalent des problèmes de violence ainsi qu'un syndrome d'épuisement chez ces utilisateurs. Les événements cardio-vasculaires sont également à considérer pour ces patients absorbant souvent une dose élevée de MPH. Il est vrai qu'en France l'utilisation de cette molécule reste très limitée comparée à d'autres pays (consommation 48 fois plus élevée en Islande, 42 fois plus élevée au Canada ou 33 fois plus élevée aux États-Unis), mais son détournement reste bien réel. L'ANSM doit publier très prochainement un nouveau rapport sur les données d'utilisation et de sécurité d'emploi du MPH en France. Vigilance, donc. ●

À RETENIR

LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDA/H) EST UN TROUBLE CHRONIQUE, touchant 3,5 à 5,6% des enfants scolarisés.

Le TDA/H est un syndrome pouvant regrouper trois symptômes : **DÉFICIT DE L'ATTENTION, HYPERACTIVITÉ MOTRICE ET IMPULSIVITÉ.**

Chez l'adolescent, **LE DÉFICIT DE L'ATTENTION ET L'IMPULSIVITÉ PRÉDOMINENT.**

Le TDA/H n'est le plus souvent pas le seul trouble retrouvé : **LES COMORBIDITÉS SONT FRÉQUENTES, COMME LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES, LES TROUBLES ÉMOTIONNELS, LES TROUBLES DU SOMMEIL, LE TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION...**

Des discussions persistent sur les origines et facteurs de risque du TDA/H. **LE RÔLE JOUÉ PAR L'HÉRÉDITÉ NE FAIT EN REVANCHE AUCUN DOUTE.**

Le diagnostic du TDA/H est particulièrement complexe. **LES SYMPTÔMES DOIVENT PERSISTER DEPUIS PLUS DE SIX MOIS, SURVENIR DANS PLUSIEURS MILIEUX DE VIE ET CONSTITUER UN HANDICAP RÉEL POUR L'ADOLESCENT DANS SA VIE QUOTIDIENNE.**

La prise en charge du TDA/H repose en premier lieu sur **DES MESURES PSYCHOÉDUCATIVES ET UN ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT.**

En l'absence de résultats satisfaisants après 1 à 6 mois, **UN TRAITEMENT**

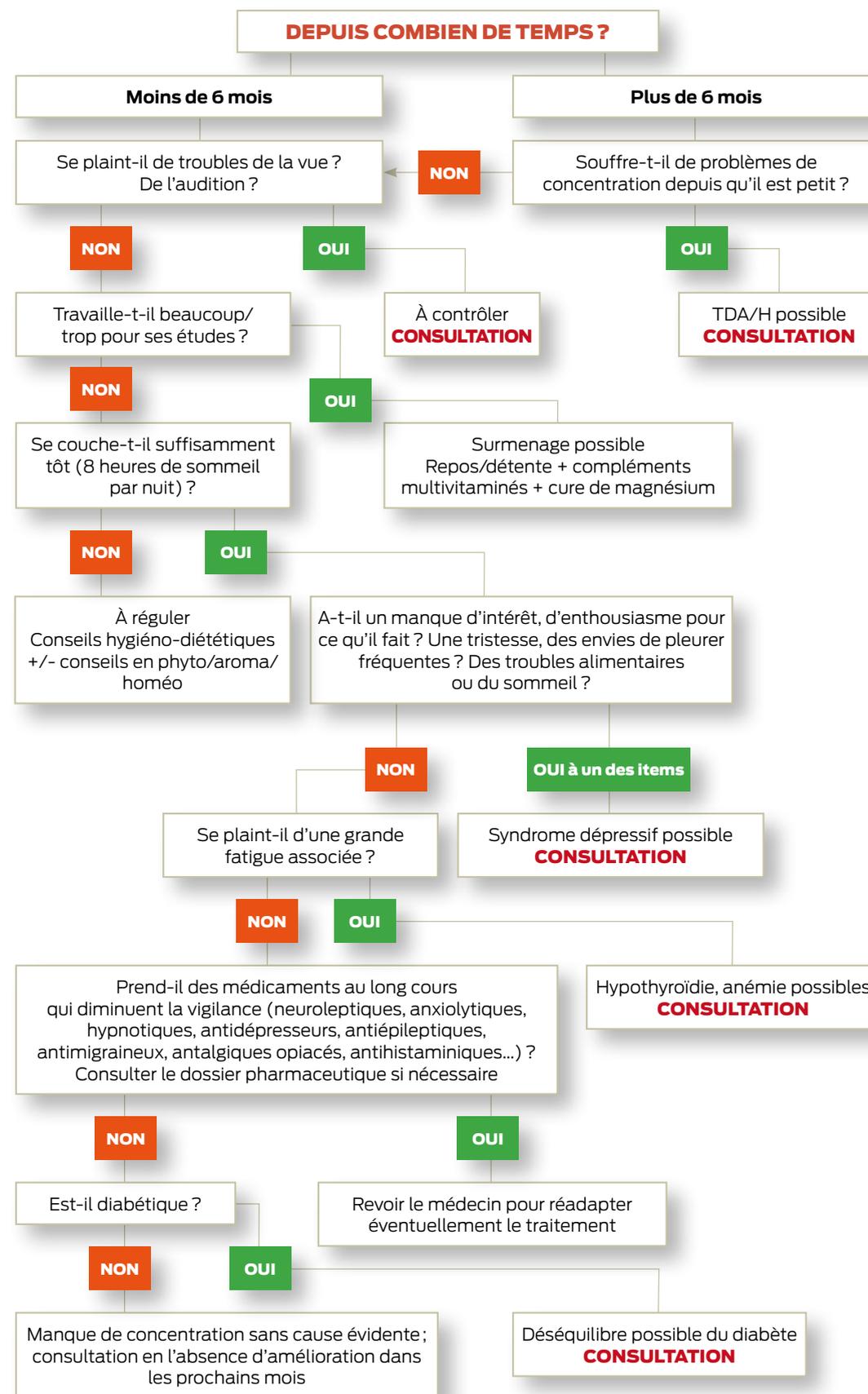
PAR MÉTHYLPHÉNIDATE (MPH) PEUT ÊTRE INSTAURÉ.

UNE PÉRIODE DE TITRATION AVEC DU MPH À LIBÉRATION IMMÉDIATE EST GÉNÉRALEMENT NÉCESSAIRE avant de passer à la forme à libération prolongée, plus pratique d'utilisation.

Les effets indésirables potentiels du MPH nécessitent une surveillance accrue : **RALENTISSEMENT DE LA CROISSANCE, TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES ET PSYCHIATRIQUES, NOTAMMENT.**

LE MPH PEUT FAIRE L'OBJET D'UN DÉTOURNEMENT D'USAGE EN VUE D'AMÉLIORER SES PERFORMANCES. Pour cette raison, il suit la législation des stupéfiants et est soumis à des règles strictes de prescription.

« Mon adolescent a des problèmes de concentration »



TEST DE LECTURE

Qu'avez-vous retenu ?

(cochez les réponses exactes et validez en ligne sur www.formutip.fr ou www.utipinnovations.fr)

1 Quelles sont les réponses exactes concernant les caractéristiques du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) ?

- a Les symptômes apparaissent généralement avant l'âge de 12 ans
- b Il n'est le plus souvent pas un trouble isolé, des comorbidités sont souvent présentes
- c Aucun signe neurologique ou physique ne permet d'établir le diagnostic
- d Il est lié à des anomalies de maturation de certains réseaux neuronaux
- e L'hérédité ne joue aucun rôle dans sa survenue

2 Quels sont les trois symptômes pouvant être présents dans le TDA/H ?

- a Le déficit de l'attention
- b Les crises d'épilepsie sévères
- c L'hyperactivité motrice
- d Les hémiparésies nocturnes
- e L'impulsivité

3 Quelles sont les comorbidités pouvant être présentes avec le TDA/H ?

- a Troubles des apprentissages du langage oral ou écrit
- b Céphalées chroniques
- c Troubles du sommeil
- d Trouble oppositionnel avec provocation
- e Troubles de l'humeur, comme l'irritabilité ou un syndrome dépressif

4 Quelles sont les réponses vraies concernant la prise en charge du TDA/H ?

- a Elle repose en premier lieu sur des mesures psychoéducatives
- b Elle inclut un accompagnement des familles d'enfants atteints
- c Elle repose dans un second temps sur le méthylphénidate associé aux mesures psychoéducatives
- d Elle repose dans un second temps sur le méthylphénidate associé à un sédatif
- e Elle permet une guérison en 1 à 6 mois

5 Quelles sont les spécialités à base de méthylphénidate actuellement commercialisées ?

- a Ritaline
- b Modiodal
- c Concerta LP
- d Medikinet LM
- e Quasym LP

6 Quels sont les médecins habilités à prescrire initialement du méthylphénidate ?

- a Un pédiatre
- b Un endocrinologue
- c Un pédopsychiatre
- d Un neurologue
- e Un généraliste

7 Quels sont les effets secondaires possibles du méthylphénidate ?

- a Un ralentissement de la croissance
- b Une élévation de la tension artérielle et une accélération du rythme cardiaque
- c La survenue de pneumopathies
- d La survenue ou l'aggravation de tics
- e La survenue ou l'aggravation d'une dépression

8 On vous présente une ordonnance de Quasym LP 30 mg pour un adolescent sportif. Quels conseils pouvez-vous donner ?

- a « Prenez votre gélule le matin »
- b « Prenez votre gélule avec des aliments gras »
- c « La gélule peut être ouverte et son contenu dispersé dans une cuillerée de compote de pommes »
- d « Le médicament peut donner des résultats faux-positifs aux contrôles antidopage »
- e « Le médicament est actif pendant 8 heures »

9 Quels conseils donnez-vous lors de la délivrance de fluoxétine en solution buvable ?

- a Prélever la dose prescrite en milligrammes grâce à la pipette-doseuse graduée
- b Verser le contenu de la pipette dans une cuillère ou un verre et diluer avec de l'eau si besoin
- c Arrêter le traitement en l'absence d'amélioration au bout de trois semaines
- d Être particulièrement attentif aux comportements suicidaires, plus fréquents chez les adolescents
- e L'arrêt progressif n'est pas nécessaire

10 Quelles peuvent être les causes de troubles de la concentration, hormis le TDA/H, chez un adolescent ?

- a Une durée de sommeil insuffisante
- b Un syndrome dépressif
- c Une anémie
- d Une hyperthyroïdie
- e Un surmenage

HAS : « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », décembre 2014 ■ HAS : « Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille : questions/réponses », février 2015 ■ VidalRecos : « TDAH », mise à jour 25 août 2016 ■ www.tdah-france.fr : « Consensus international sur le TDAH », « TDAH : un modèle murin confirme l'hypothèse neurobiologique », « TDAH et taux de fer dans le cerveau », articles mis à jour le 13 juin 2016 ■ ANSM : « Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France », juillet 2013 ■ ANSM : « Vous et... le traitement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) par méthylphénidate » ■ www.evidal.fr ■ www.apmnews.fr.