

**DEFICIT DE L'ATTENTION
DE L'ADULTE ET ABUS DE
SUBSTANCES :
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET
CIBLES THÉRAPEUTIQUES**

J. BOUCHEZ

Département Abus de Substance

Hopital Paul Guiraud Villejuif

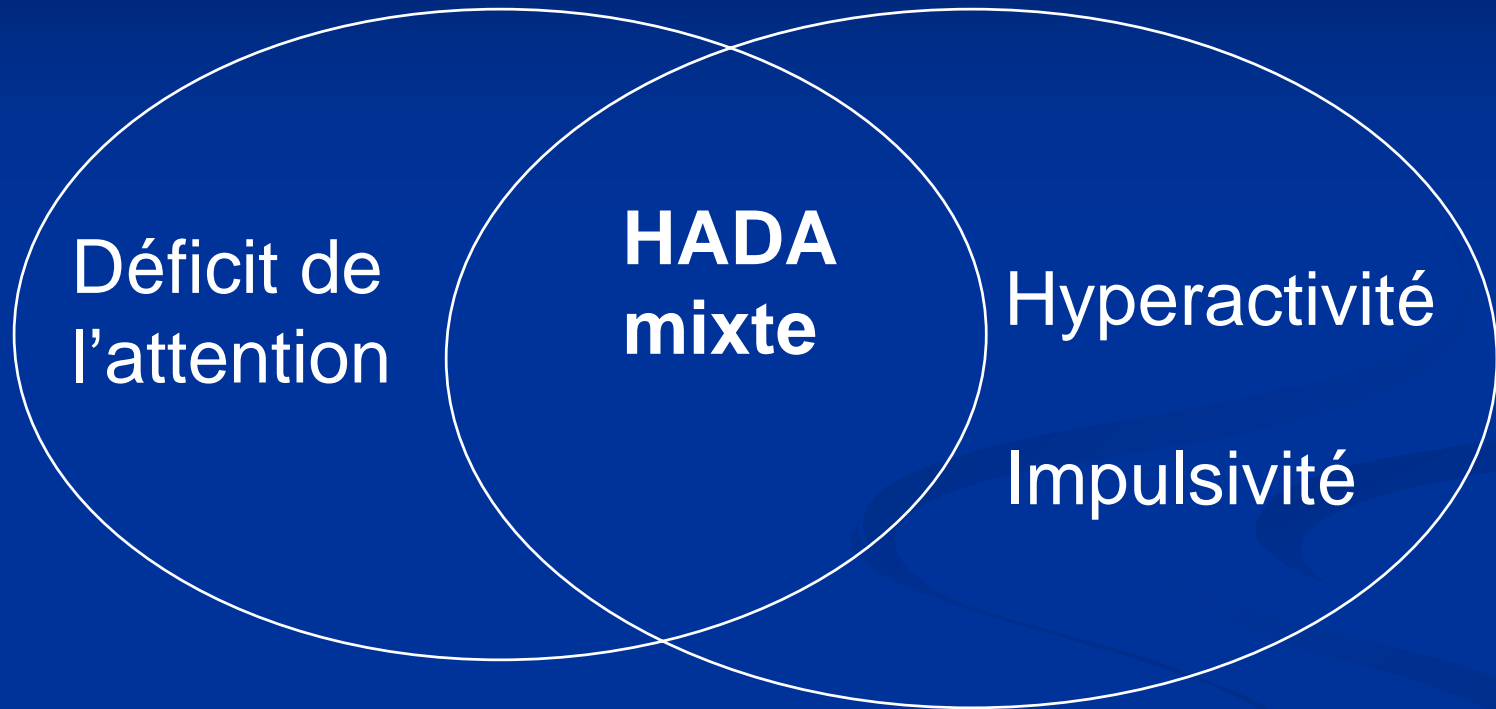


troubles de l'humeur

opposition

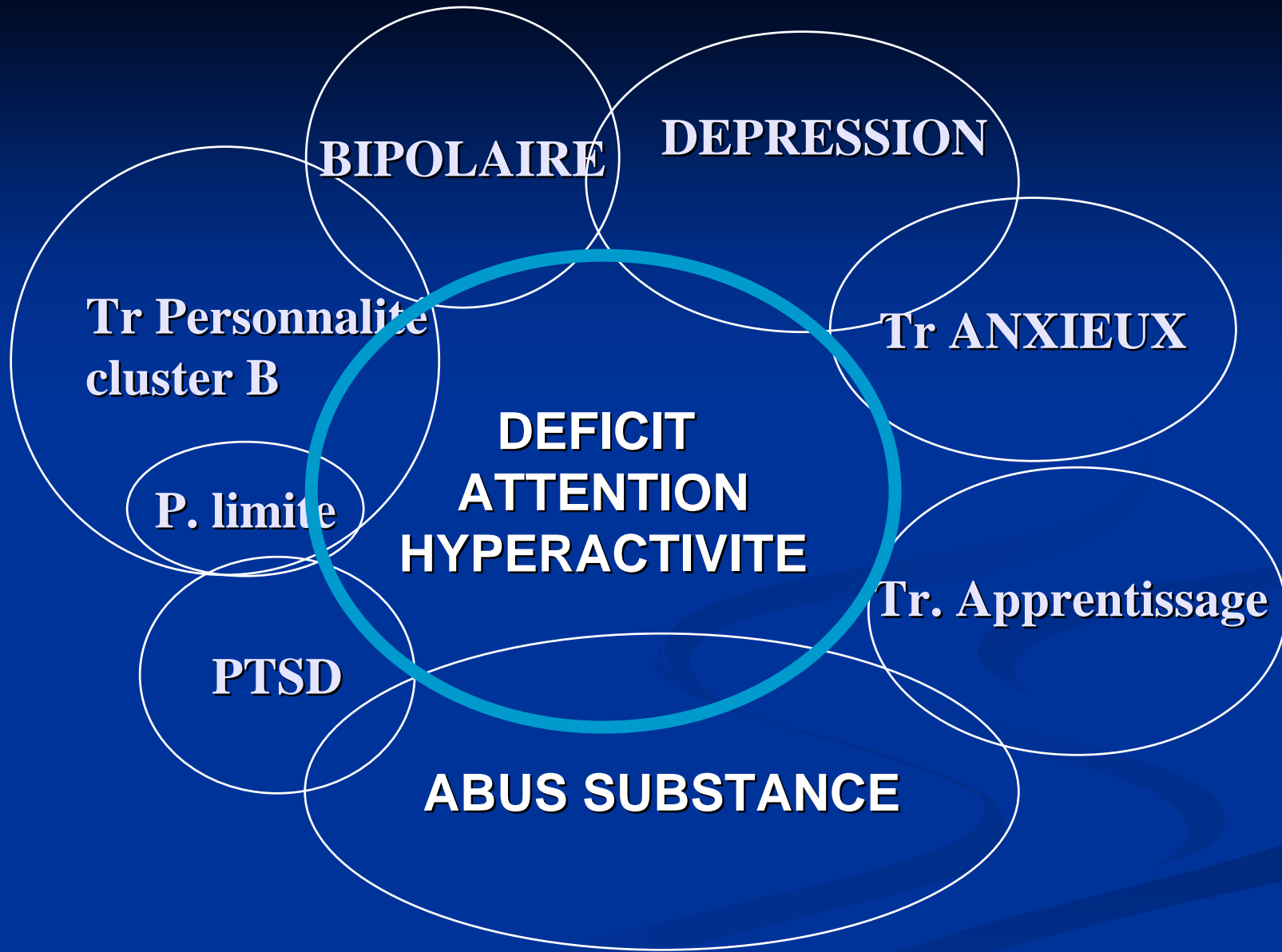
troubles anxieux

troubles des conduites



troubles de l'apprentissage

DSM IV (94) : TROIS FORMES CLINIQUES



OPIACES

CANNABIS



ALCOOL

BZD

AMPHETAMINE

COCAINE

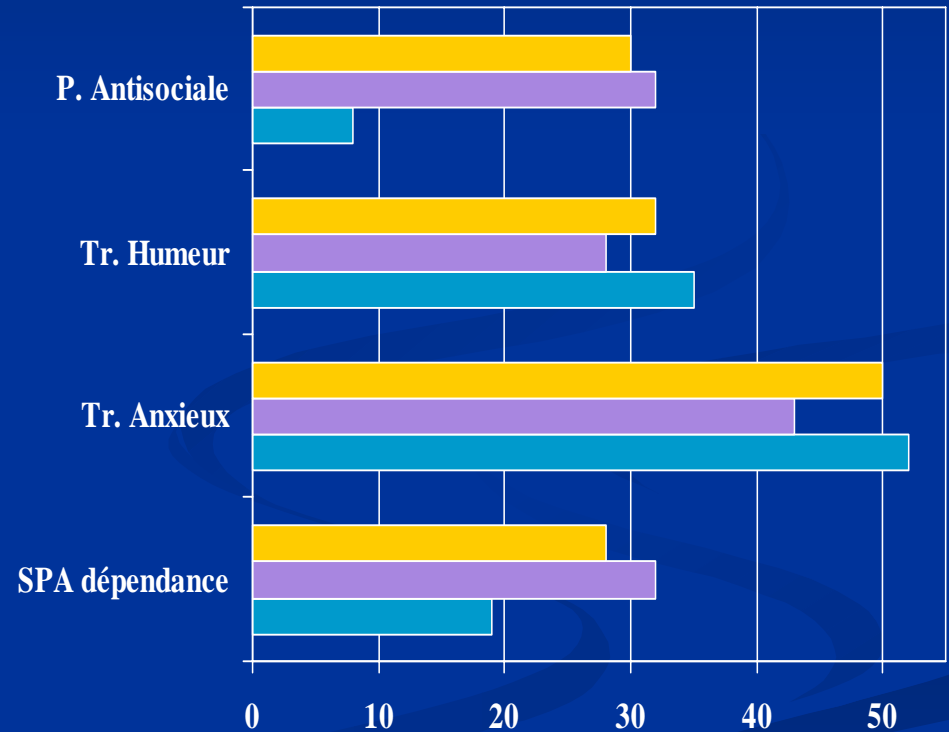
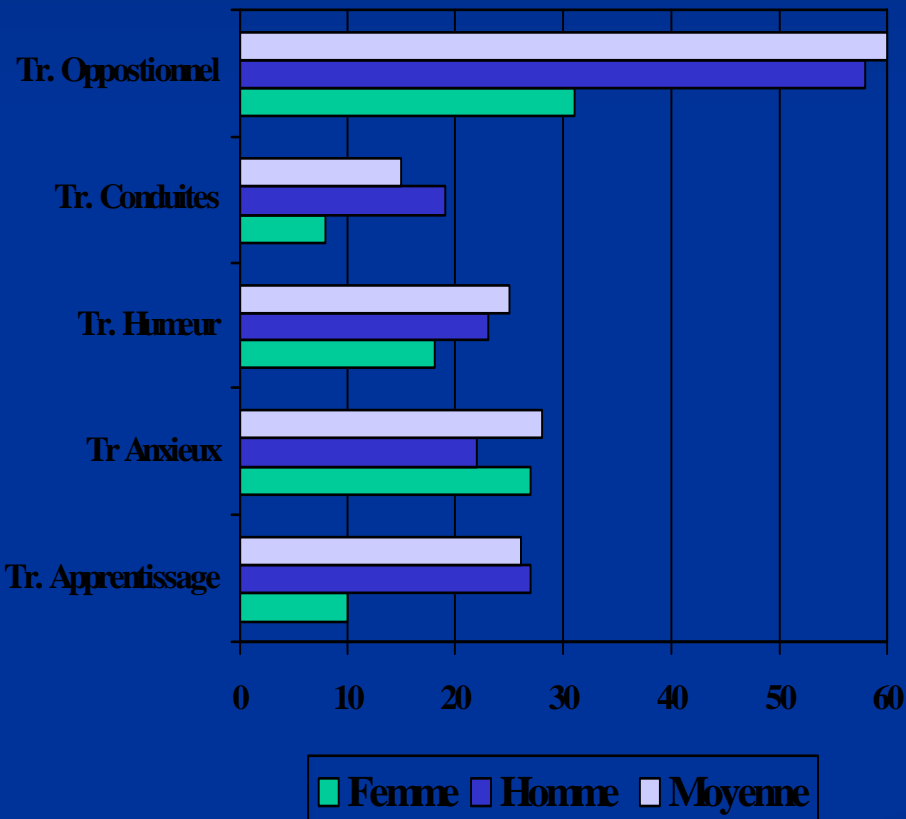
«THADA» INDUIT vs signes de consommation

PREVALENCE COMORBIDITE HADA ENFANT/ ADULTE

Spencer 99, Kessler, Biederman 04

■ Prevalence vie entière Enfance (%)

● Prevalence vie entière Adulte (%)



ASSOCIATION FREQUENTE THADA ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ ADULTE

■ THADA

- 17- 45 % abus-dependance Alcool
- 9- 30 % abus-dependance Drogues

■ Abus-dependance Alcool

- 35 - 70 % THADA

■ Abus-dependance Drogues

- 15 - 25 % THADA

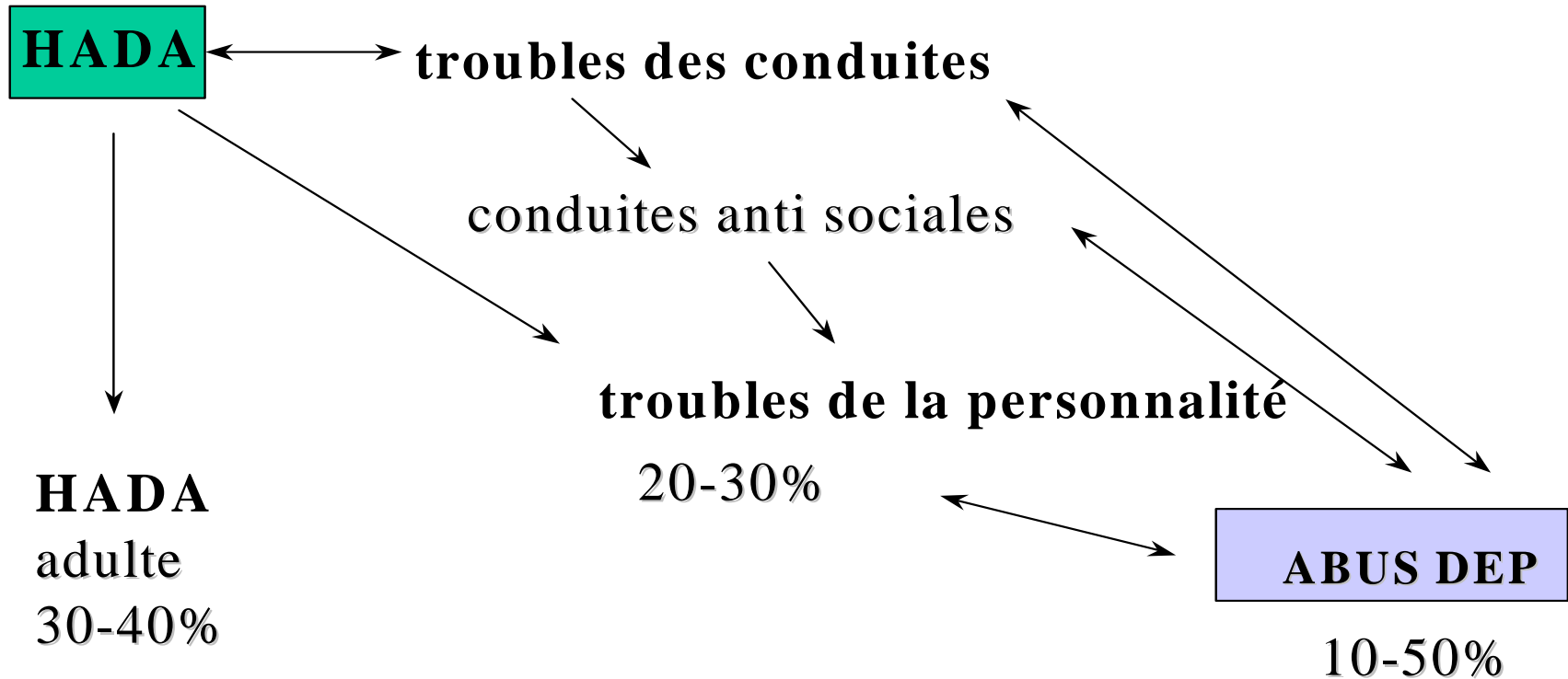
Wilens T. Are Substance Use Disorder and ADHD really related? Harv Rev Psy 95

THADA et SUBSTANCE PSYCHOACTIVE (SUD)

- **RELATION COMPLEXE**
 - THADA facteur de risque SUD
 - TT. THADA limitent SUD
 - impact ADHD sur SUD
 - hypothèse auto-médication
 - cocaïne et THADA
- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET DIAGNOSTIC ASSOCIE**

ÉVOLUTION DU TROUBLE DE L'ATTENTION

(Gittelman, Manuzza, Weiss)



Hyperactivité = facteur de risque de dépendance

- par biais d'évolution vers troubles de conduites, impulsivité, déviance
- F. hyperactivité, impulsivité, troubles des conduites + associée à abus-dépendance

1. ADHD facteur de risque troubles liés aux substances psychoactives (SUD)

- ADHD : augmente risque SUD: x 3
- type ADHD associé risque élevée SUD :
 - sévérité signes ADHD
 - sévérité F. Attentionnelle (adulte++)
 - association plus marquée
 - pour ADHD avec Troubles des conduites
 - pour ADHD avec Bipolarité

(Katusic, Molina, Pelman, Wilens 07)

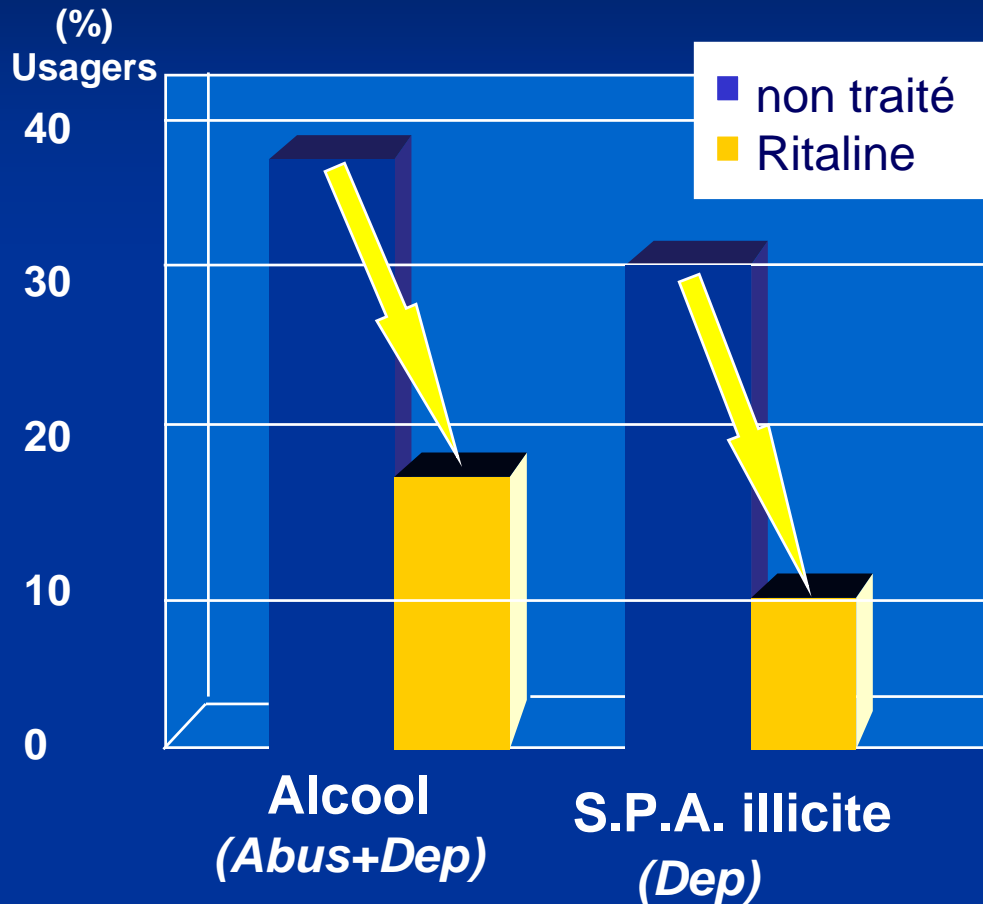
2. EFFET DU TRAITEMENT SUR DEVELOPPEMENT SUD

effet protecteur

pas d'effet inducteur

PROTECTEUR DU TRAITEMENT SUR APPARITION DE DEPENDANCE DANS ADHD-ADO

T. WILENS . *Annual. Rev. Med.* 2002 ; 53 : 113-131



**Suivi 5 ans ADOLESCENTS
ADHD traité par ritaline ou non
Effets du traitement :**

**apparition de moins
de dépendances à
une SPA parmi les
adolescents traités
par Ritaline**

pas d'effet inducteur dépendance

- Exposition précoce aux traitements stimulants N'EST PAS un facteur de risque de SUD plus tard

méta-analyse Wilens, 06

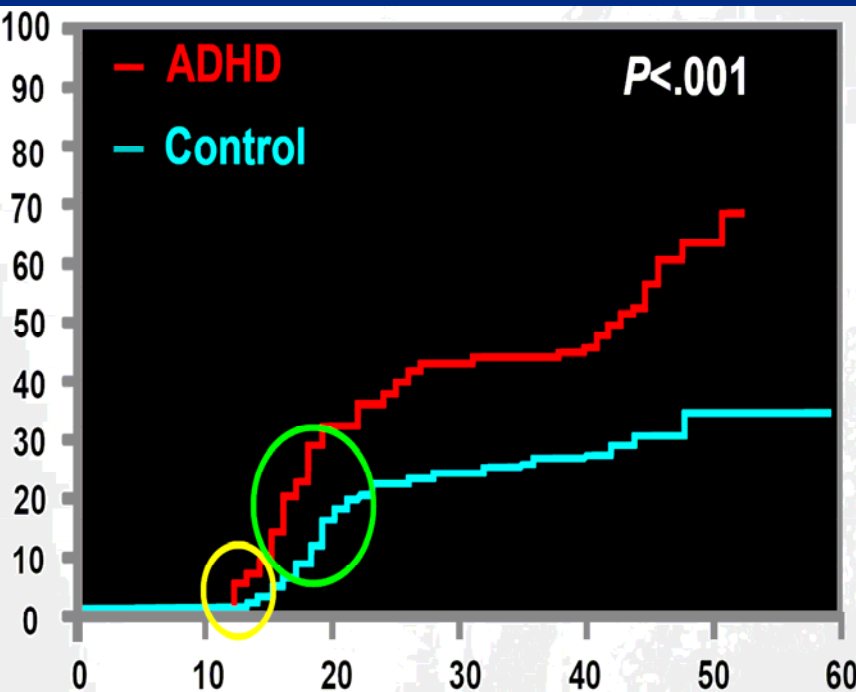
3. Impact ADHD sur SUD

- Survenue plus précoce des SUD
- Transition plus rapide abus-dépendance
(1.2 Ans (ADHD) vs 3 ans (non ADHD), alcool*)
- Rechute plus fréquente
- Rémission moins longue
- Impact non spécifique ? sur évolution SUD

Biederman 98, Monuteaux 04, Wilens 98*

ADHD et ABUS DE SUBSTANCE

Courbe de survie : risque d'abus en fonction de l'âge parmi ADHD adulte



Debut précoce

Début rapide

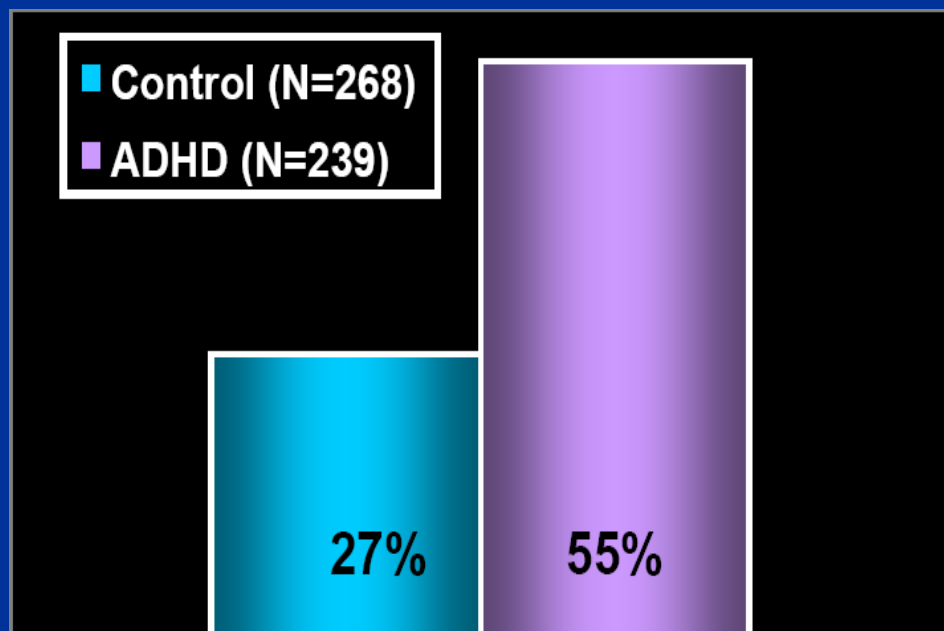
Abus plus fréquents

Wilens et al. *Am J Addict.* 2005; 14:319-327.

Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?

Joseph Biederman, Timothy E. Wilens, Eric Mick, Stephen Faraone, Thomas Spencer

Biological Psychiatry, 1998, 44, 269



PREVALENCE VIE
ENTIÈRE SUD PARM
ADHD ADULTE

hypothèse auto-médication

- Le déficit attentionnel, l'impulsivité, les difficultés à différer peuvent représenter des déterminants à des usages de produits répétés.
- Des classes de substances psychoactives pourraient améliorer certains symptômes du THADA
 - nicotine et psychostimulants sur l'attention,
 - alcool et sédatifs sur l'impulsivité
 - cannabis sur impatience, fébrilité
- Vulnérabilité liée au trouble
 - avec des capacités de jugement limitée par l'inattention, avec des conduites impulsives ou des difficultés d'adaptation sociale
 - avec impact psychologique et comorbidité (anxiété, dépression, agressivité)

Tabac : cible de prévention ?

- 50 % des ado ADHD fumeurs développent SUD adulte (x 2 controles)

Is Cigarette Smoking a Gateway to Alcohol and Illicit Drug Use Disorders? A Study of Youths with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Joseph Biederman, Michael C. Monuteaux, Eric Mick, Timothy E. Wilens, Jessie A. Fontanella, Katrina M. Poetzl, Taralee Kirk, Joshua Masse, and Stephen V. Faraone

BIOL PSYCHIATRY 2006;59:258–264
2005 Society of Biological Psychiatry

**efficacité MPH pour
cocainomanes
ADHD**

TRAITEMENT ADULTE THADA + ABUS SUBSTANCE

Etude	N	Subst	Methode	Traitement	Resultat
Khantzian	1	Coc	CR	MPH	+
Khantzian	3	Coc	CR	MPH	+
Cocores	4	Coc	CR	Bromocriptine	+
Cavanagh	2	Coc/THC	CR	Bromocriptine	-
Schubiner	3	Alcohol	CR	MPH	+
Levin	10	Coc	Open	MPH	+
Schubiner	48	Coc	DB	MPH	+/-
Upadhyaya	10	Alcool/coc	Open	Venlafaxine	+
Levin	11	Coc	Open	Bupropion	+
Vaiva	1	Opiate	CR	Moclobemide	+
Levin	98	MTD/ Coc	DB	MPH/bupropion	-
Levin	10	Coc	DB	MPH	+/-
Levin	106	Coc	DB	MPH-LP	+/-

CR case report, DB double blind, MPH methylphenidate

Efficacité modérée traitements stimulants sur symptômes THADA et sur consommation de cocaïne, réduction des symptômes

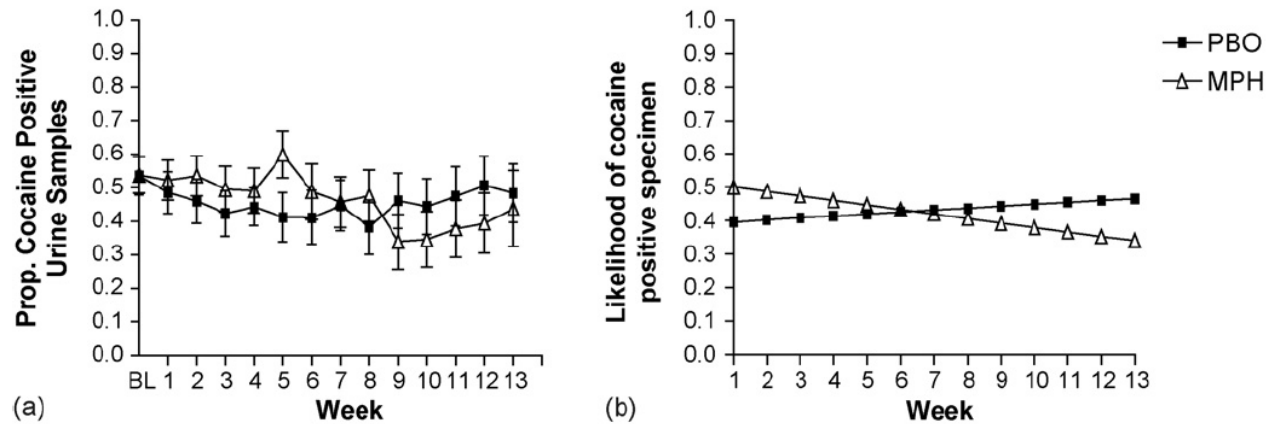


Fig. 3. (a) Proportion of cocaine positive urine samples per week following randomization for the PBO and MPH groups. (b) Predicted probability of cocaine positive urine samples per week obtained from fitting the data using GEE for the PBO and MPH groups.

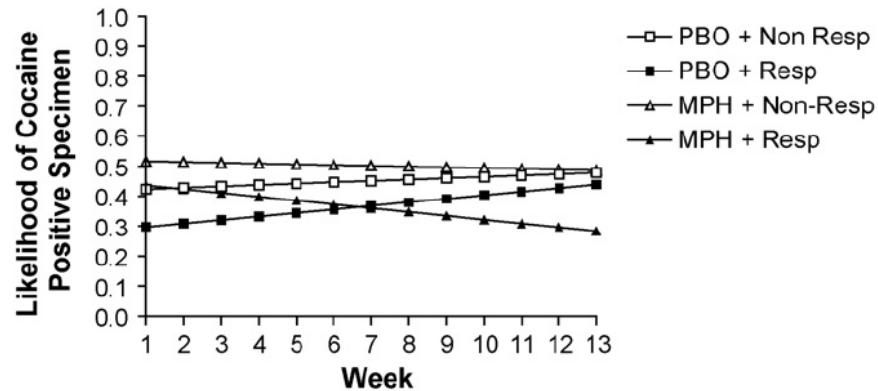


Fig. 4. Predicted probability of cocaine positive urine samples per week obtained from fitting the data using GEE comparing responders and non-responders on the TAADDS for the PBO and MPH groups.

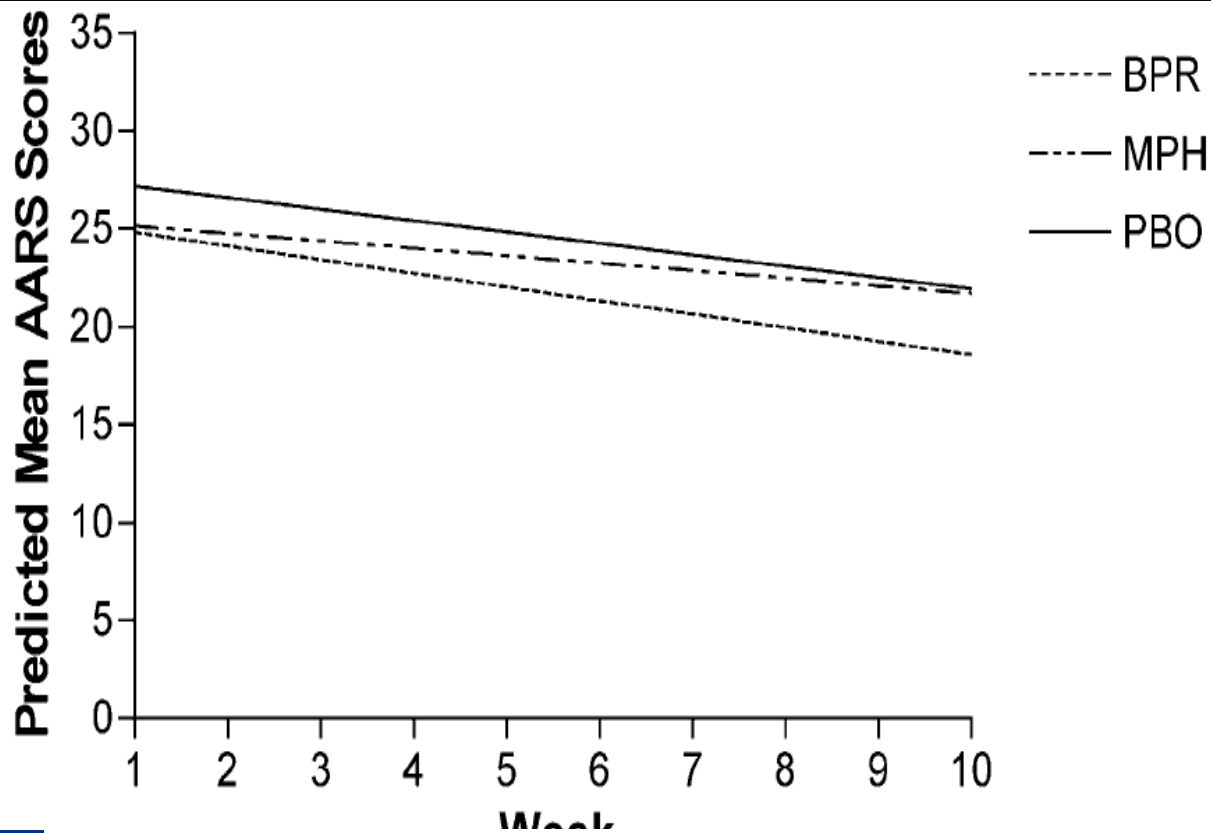


Table 3

Drug use outcome in randomized methadone maintenance patients with ADHD during 10-week treatment phase^a

	Placebo (<i>n</i> = 33)	MPH (<i>n</i> = 32)	BPR (<i>n</i> = 33)	<i>F</i> or χ^2 , <i>p</i>	d.f.
Any drug use					
Proportion of positive weeks for any drug ^b	0.91 (0.09)	0.94 (0.08)	93 (0.08)	0.79, 0.46	2, 92
Percent with 2 or more abstinent weeks	15% (5)	9% (3)	6% (2)	1.48, 0.48	2
	Placebo (<i>n</i> = 21)	MPH (<i>n</i> = 13)	BPR (<i>n</i> = 18)	<i>F</i> or χ^2 , <i>p</i>	d.f.
Cocaine use					
Proportion of positive weeks for Cocaine ^b	0.86 (0.28)	0.86 (0.25)	0.91 (0.23)	0.17, 0.84	2, 47
Percent with 2 or more abstinent weeks	14% (3)	15% (2)	11% (2)	0.11, 0.95	2

^a Values are mean (S.D.) or percent (*N*).

^b No data was available during the treatment phase for four subjects (out of 98) for the any drug use measure, and data on two subjects (out of 52) was missing for the cocaine using subgroup.

ETUDE DE SOMOZA : INTERET DE LA COMPLIANCE (N : 41, 19 vs 22)

Journal of Addictive Diseases, Vol. 23(1) 2004

FIGURE 1. Active participants as a function of compliance and study week.

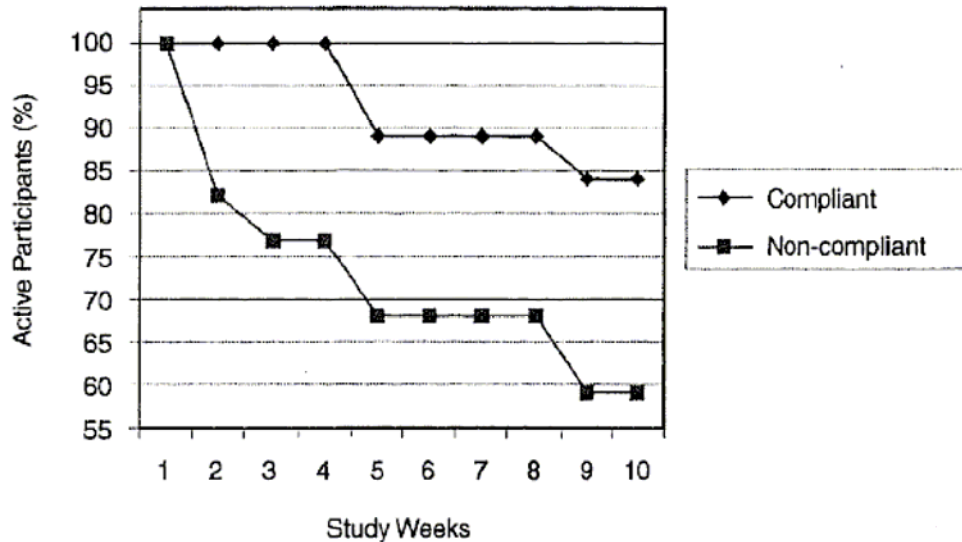


TABLE 1. Reasons for Participant Study Discontinuation

Reason for discontinuation	Whole sample	Compliant	Non-compliant
	n (%)	n (%)	n (%)
Administrative Discharge	2 (4.9)	0	2 (9.1)
Adverse Event	1 (2.4)	0	1 (4.5)
Completed Study	29 (70.7)	17 (89.5)	12 (54.5)
Failed to Return to Clinic	7 (17.1)	1 (5.3)	6 (27.3)
Participant Decision	2 (4.9)	1 (5.3)	1 (4.5)

An Open-Label Pilot Study
of Methylphenidate in the Treatment
of Cocaine Dependent Patients
with Adult Attention Deficit/
Hyperactivity Disorder

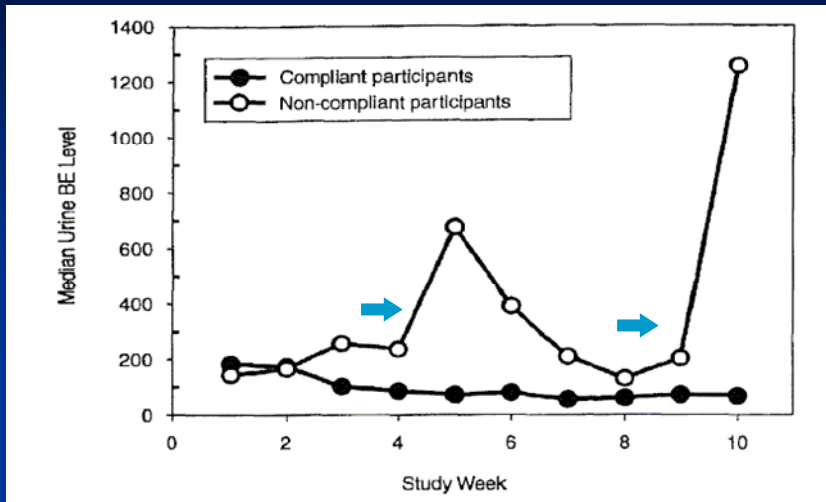
Eugene C. Somoza, MD, PhD
Theresa M. Winhusen, PhD
T. Peter Bridge, MD

amelioration scores ADHD
compliant ou non compliant

TABLE 3. T-Test Results for ADHD Subjective Measures

	Whole sample (n = 41)			Compliant (n = 19)			Non-compliant (n = 22)		
	Mean	SD	p	Mean	SD	p	Mean	SD	p
CGI-S-ADHD									
Baseline	4.4	1.5		4.7	1.4		4.1	1.7	
Endpoint	2.6	1.6	< .001	2.2	1.2	< .001	3.0	1.8	< .01
CGI-O-ADHD									
Baseline	4.5	0.9		4.6	0.8		4.5	0.9	
Endpoint	3.1	1.2	< .001	2.8	1.1	< .001	3.3	1.2	< .001
ADHD Current Symptoms									
Baseline	31.2	11.5		30.5	11.2		31.7	11.9	
Endpoint	19.2	16.4	< .001	17.5	15.4	< .001	20.7	17.4	< .01

Note. CGI-S = Clinical Global Impressions Scale-Self; ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; CGI-O = Clinical Global Impressions Scale-Observer



sorties d'étude parallèles
aux rechutes

- > évolution des troubles THADA et DEP COC
- amélioration deux
 - amélioration THADA
 - persistance vagues Abus cocaïne
- importance des autres troubles associés?
coexistence plus que relation entre les troubles?

recommandations

- Traiter des patients avec un déficit de l'attention et une comorbidité addictive peut être difficile
- Poser des diagnostics corrects est la partie la plus importante du traitement
- ce qui peut nécessiter une période de 1 à trois mois pour être capable d'établir un diagnostic fiable
- les options thérapeutiques dans les comorbidités addictives en sont pas nécessairement les traitements de première ligne (stimulants)

REPERES CLINIQUES POUR ADHD ADULTE

- Mauvaises performances scolaires (changements d'établissements, difficultés d'apprentissage, performances plus basses que capacités)
- Mauvaises performances dans travail (changements fréquents d'emploi, pas d'évolution de postes)
- Difficultés dans l'organisation et gestion du quotidien (rangement, ménage, cuisine)
- Difficultés relationnelles (divorce, séparation, rupture)
- Accès de colère
- Antécédents familiaux ADHD, enfants hyperactifs
- **Abus de substance psychoactive, rechutes**
- **Dépressions résistantes**
- **Forte consommation de nicotine**

SYMPTOMES D'HADA ADULTE COMORBIDITÉ OU SIGNES D'EMPRUNTS ?

Diagnostic différentiel

maladies endocrino

maladies métaboliques

causes neurologiques

maladies génétiques

épilepsies

chorée

neurofibromatose

lésions cérébrales

troubles sensoriels....

troubles du sommeil

psychotropes

abus de substances

schizophrenies

troubles thymiques

troubles anxieux

troubles personnalité

.....

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ADHD HYPOMANIE

<i>HYPOMANIE+ADHD</i>	<i>HYPOMANIE</i>	<i>ADHD</i>
Irritabilité	Euphorie durable	Labilité de l'humeur
Fuite des idées	Euphorie	Excitation
Discours accéléré	Déni du trouble	Conscience du trouble
Troubles du sommeil	Bonne estime de soi	Baisse estime de soi
Agitation psychomotrice	Libido augmentée	Pas de variation désir

10 – 30 % Bipolaire + HADA

Diagnostic difficile :

déficit de l'attention dans cadre élation humeur
déficit attention intercritique

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ADHD DEPRESSION

<i>Tr DEPRESSIF + ADHD</i>	<i>Tr DEPRESSIF</i>	<i>ADHD</i>
Episodes dépressifs	Durée moyenne, Indépendant de environnement Début adolescence ou plus tardif	Durée brève (heures) Dépendant de l'environnement Début enfance
Manque envie, d'énergie, de motivation	Anhédonie	Ennui
Baisse des performances	Ruminations obsédantes, baisse estime	Trouble attentionnel (activités, pensées)
	Dysthymie ? Cyclothymie ?	

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

ADHD – PERSONNALITE BORDERLINE (BL)

<i>BL + ADHD</i>	<i>BL</i>	<i>ADHD</i>
Impulsivité		En relation avec situations
Difficultés relationnelles	Relations fortes et changeantes	Difficultés établir relations
Auto-agressivité	Tentative de suicide	Conduites d'échecs répétées

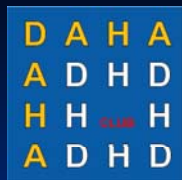
Hypothèses BL + ADHD :

- deux sous types cliniques
- BP variant évolutif de ADHD avec traumatismes dans enfance

Philipssen 06, Davis 05, Speranza 07

ENJEU DIAGNOSTIC ADULTE

- Diagnostic HADA adulte
 - Début dans enfance, persistance des troubles
 - Entretien rétrospectif, avis de l'entourage
 - Répercussion du trouble, degré de handicap
- Symptômes peuvent persister :
 - formes HADA complètes
 - rémission partielle
- Comorbidité très fréquente
 - Symptômes communs ou d'emprunt?
- **THADA facteur de risque pour SUD**
- **Automédication / humeur, impulsivité**
- **Risque de mésusage MPH libération immédiate**



Club Déficit de l'Attention Hyperactivité de l'Adulte



Club DAH.A (AFPB)
Centre Hospitalier Sainte-Anne
1 rue Cabanis - 75674 Paris cedex 14

Président

M. Bouvard (Bordeaux)

Vice Présidente :

V. Gaillac (Paris)

Trésorier :

H. Caci (Nice)

Secrétaire :

J. Bouchez (Villejuif)

Membres :

F. Bange (Paris)

F. Bayle (Paris)

P. Gorwood (Colombes)

G. Lagrue (Créteil)

X. Laqueille (Paris)

M. Lecendreau (Paris)

P. Oswald (Bruxelles)

A. Pelissolo (Paris)

M.F. Poirier (Paris)

L. Romo (Colombes)

O. Sentissi (Paris)