

TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITE (TDA/H)

Ce qu'il faut savoir sur le méthylphénidate

Vous êtes parent d'un enfant ou d'un adolescent chez lequel un TDA/H a été diagnostiqué et pour lequel une médication par méthylphénidate a été proposée. Vous trouverez dans cette plaquette des informations relatives cette prescription.

Le méthylphénidate est le seul traitement médicamenteux commercialisé en France pour le TDAH. Il existe sous différentes galéniques portant les noms de Ritaline®, Ritaline LP®, Quasym LP®, MEDIKINET LP® et Concerta LP®. Il s'agit d'un psychostimulant dont la prescription est réglementée. Celle-ci se fait sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours. La prescription initiale et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes (psychiatres, neurologues et pédiatres) en milieu hospitalier. Les renouvellements mensuels peuvent être faits par votre médecin traitant ou tout autre médecin exerçant en ville ou à l'hôpital.

Le TDA/H est défini à partir de différents symptômes que sont le déficit de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Ces symptômes peuvent entraîner des retentissements multiples (scolaires, sociaux et familiaux). Pour plus d'informations sur le trouble vous pouvez consulter les références détaillées en fin de plaquette.

Le méthylphénidate est prescrit dans le cadre d'un projet thérapeutique individualisé, associant selon les besoins de votre enfant, des mesures éducatives, psychologiques, rééducatives et des aménagements de la scolarité. Le médicament agit au niveau cérébral sur des neurotransmetteurs comme la dopamine et la noradrénaline. L'objectif est d'améliorer les capacités attentionnelles, d'obtenir un meilleur contrôle moteur et d'agir sur le niveau d'impulsivité de votre enfant.

En revanche la médication n'est pas une baguette magique, elle ne permet pas de « guérir » du TDAH. Il s'agit d'un traitement symptomatique dont la durée d'action est variable selon les formes à libération immédiate (environ 4 heures) ou prolongée (8-12 heures). La médication ne remplace pas les aménagements de l'environnement nécessaires pour réduire les conséquences négatives dues aux symptômes et à la méconnaissance du trouble par l'entourage.

Il est parfois nécessaire d'essayer plusieurs formes de méthylphénidate et/ ou plusieurs posologies avant de trouver le traitement optimal. L'ajustement des doses se fait de façon progressive et sous surveillance médicale.

On attend d'un traitement efficace une amélioration de 25 à 70% des symptômes.

Bien que généralement bien toléré, le méthylphénidate peut être responsable d'effets indésirables. Un ajustement lent de la dose et des prises régulières réduisent les risques d'effets secondaires.

Quels effets indésirables et quelles réponses apporter ?

1. Perte de poids/ Retard de croissance :

Les psychostimulants peuvent être associés à une perte de poids et à un ralentissement de la vitesse de croissance. Ce ralentissement est dose-dépendant et réversible à la diminution ou à l'arrêt du traitement, voire même spontanément avec le temps. Un retard de croissance suivi et traité par un endocrinologue n'est pas une contre-indication au traitement par méthylphénidate.

➤ Mesures préconisées :

- Fournir à votre médecin le carnet de santé de votre enfant avec la courbe staturo-pondérale de la naissance à l'instauration du traitement pour une surveillance optimale.

- Signalez à votre médecin les troubles alimentaires que votre enfant peut avoir avant de débiter le traitement et les difficultés alimentaires induites par le traitement.

- Surveillance du poids, de la taille et de l'indice de masse corporelle au cours des renouvellements du traitement.

➤ Quelles solutions face à la perte d'appétit ?

- Administrez le traitement après les repas.

- Modifiez les apports alimentaires : préférez des petites portions mais augmentez l'apport calorique lors du repas (aliments sains avec un apport en matière grasse plus élevé). Ajoutez aux repas quotidiens des collations nutritives à intervalles réguliers et permettez à votre enfant de prendre une collation le soir. Evitez les liquides avant les repas. Dans certains cas des compléments alimentaires peuvent être proposés.

➤ Autres options possibles si les mesures ci-dessus sont insuffisantes :

- Réduire la dose du médicament.

- Changer de classe thérapeutique.

- Faire des pauses les weekends et/ou pendant les vacances.

- Consulter un spécialiste (pédiatre endocrinologue) si les courbes de poids et/ ou de taille sont inférieures au seuil.

2. Troubles du sommeil :

Des troubles du sommeil peuvent être associés au traitement par psychostimulant. Comme pour l'alimentation, il faut distinguer les troubles avant et après traitement. Il est important d'identifier et de caractériser la nature des troubles du sommeil (agendas du sommeil ou questionnaires spécifiques par exemple). Dans certains cas, des investigations plus poussées avec enregistrement du sommeil dans des centres spécialisés peuvent être nécessaires.

➤ Quelles solutions face aux troubles du sommeil ?

- Règles d'hygiène du sommeil : Créez une ambiance favorable au sommeil, limitez l'usage du lit au sommeil, visez une heure de coucher et de lever raisonnable, évitez la sur-stimulation en soirée (jeux vidéo, internet, TV...). Instaurez une routine pour l'heure du coucher et du lever. Si le sommeil ne vient pas après 30 minutes proposez à votre enfant de faire une activité neutre qui entraîne de la fatigue mentale comme la lecture par exemple. Evitez que votre enfant ne traine au lit le matin et réduisez ou évitez les siestes qui peuvent décaler le cycle du sommeil. Favorisez l'exercice physique dans la journée mais évitez-le en revanche le soir à moins de deux heures du coucher. Evitez la prise de caféine et de boissons énergisantes le soir.

- Avancez la prise du traitement le plus tôt possible le matin en cas de difficultés d'endormissement (pour les formes à libération prolongée).

- Si les troubles du sommeil sont liés à un effet rebond du traitement, il peut être nécessaire d'ajouter de faibles doses de méthylphénidate à libération immédiate le soir.

- L'ajout de mélatonine peut être également proposé.

- Une réduction de dose, changement de classe ou arrêt du traitement peut être nécessaire.

3. Nausées/ Douleurs abdominales :

Le méthylphénidate peut causer, surtout dans les premiers jours d'administration, des nausées et des douleurs abdominales.

➤ Quelles solutions face aux troubles digestifs ?

- Prendre la médication après le repas (sur un estomac plein).

- L'augmentation plus progressive de la dose permet souvent de réduire ces effets.

4. Céphalées :

Les maux de tête sont souvent légers et temporaires mais il est important de signaler si votre enfant a un terrain migraineux qui peut être exacerbé par le traitement.

➤ Quelles solutions face aux céphalées ?

- Augmentation progressive des doses.

- Prise d'antalgiques si besoin (paracétamol en première intention).

5. Palpitations, modifications du pouls et de la tension artérielle :

A court terme, les psychostimulants peuvent augmenter la tension artérielle et la fréquence cardiaque. L'élévation de ces paramètres sur le long terme lors d'une prise prolongée du traitement est peu fréquente. Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation établie entre psychostimulants et risques d'évènements cardiaques sévères.

➤ Les recommandations suivantes sont préconisées avant l'introduction du traitement :

- Chercher des facteurs de risques cardiovasculaires (antécédents personnels et familiaux).

- Faire un examen physique, y compris cardiaque avec auscultation.

- Mesurer les constantes cardiovasculaires (tension artérielle et pouls).

- L'électrocardiogramme n'est pas systématique, il est réservé à certaines situations spécifiques.

➤ Que faire en cas d'hypertension ou de tachycardie ?

- Adressez-vous au prescripteur qui peut s'appuyer d'une consultation chez un cardiologue pour décider de la conduite à tenir (poursuite, diminution ou arrêt du traitement) et de la surveillance à adopter.

- Portez attention aux stimulants alimentaires comme le café et les boissons énergisantes. Limitez le sel dans l'alimentation.

6. Exacerbation de Tics :

Le méthylphénidate peut aggraver des tics préexistants mais il ne les cause pas. Il est recommandé d'observer l'intensité des tics pendant les 3 premiers mois de traitement avant de modifier le traitement.

➤ Quelles solutions face à l'aggravation des tics?

- Réduire la dose.

- Changer de classe thérapeutique.

- En dernier recours, un antipsychotique peut être ajouté pour contrôler les tics.

7. Troubles anxieux :

Il est important d'identifier les comorbidités anxieuses du TDAH avant la mise en place du traitement pour une meilleure surveillance. Le plus souvent les troubles anxieux associés répondent de façon extrêmement efficace au méthylphénidate mais dans certains cas le traitement peut les aggraver.

8. Toxicomanie :

Les études scientifiques sur le sujet n'ont pas établi que le traitement par méthylphénidate augmenterait le risque de développer des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (toxicomanie).

9. Epilepsie :

L'instauration d'un traitement par méthylphénidate chez des patients avec une épilepsie bien contrôlée est associée à moins de risques de crises, mais une collaboration étroite entre neuropédiatre et pédopsychiatre est nécessaire. Parmi les enfants TDAH sans antécédent d'épilepsie, un électroencéphalogramme systématique n'est pas indiqué.

10. Troubles de l'humeur :

Des pensées et des comportements suicidaires surviennent rarement au cours d'un traitement par méthylphénidate. Il reste important de dépister ces symptômes avant et pendant le traitement. Il n'y a pas de contre-indication au maintien du traitement en cas d'idéations suicidaires mais une diminution de dose voire un arrêt du traitement peut être justifié.

11. Symptômes psychotiques :

Les symptômes psychotiques (hallucinations, propos délirants...) ou maniaques sont rares sous méthylphénidate. Si des symptômes psychotiques surviennent il est conseillé de diminuer voir d'arrêter le traitement. Une fois les symptômes disparus un nouvel essai thérapeutique peut être proposé.

Références

- www.caddra.ca/

- Cortèse S, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann R W, Graham J, Taylor E, Sergeant J, and on behalf of the European ADHD Guidelines Group. Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 54, Issue 3, pages 227-246, March 2013.

Références de livres et de sites relatives au TDAH

➤ **Livres pour les enfants :**

- Dr Annick Vincent, *Mon cerveau a besoin de lunettes*, Québecor, 2010
- Dr Annick Vincent, *Mon cerveau a encore besoin de lunettes*, Québecor, 2010
- Jean Gervais, *Le Cousin hyperactif*, coll. « Dominique », Éditions Boréal, 1996
- Dominique de Saint Mars et Serge Bloch, *Max est dans la lune*, coll. « Ainsi va la vie », Calligram

➤ **Livres et sites internet pour les parents:**

- *L'Hyperactivité*, Eric Acquaviva et Claudie Duhamel. Le Cavalier Bleu, 2013
- Sylvie VIGO, Nathalie FRANC : *Mon enfant est hyperactif. Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre*. De Boeck, Bruxelles 2012
- Dr Gisèle George, *Mon enfant s'oppose. Que dire ? Que faire ?*, Odile Jacob, 2002
- Francine Lussier, *Cent idées pour mieux gérer les troubles de l'attention*, Tom Pousse, 2011
- Suzanne Laviguer, *Ces parents à bout de souffle. Un guide de survie à l'intention des parents qui ont un enfant hyperactif*, Québecor, 2009
- François Bange, *Vivre et communiquer avec un enfant hyperactif*, InterÉditions, 2007
- Marie-Claude Saiag, Stéphanie Bioulac et Manuel Bouvard, *Comment aider mon enfant hyperactif ?* Odile Jacob, 2007

www.caddra.ca/

www.attentiondeficit-info.com/

www.tdah-france.fr/

www.tdah-paca.fr/