

DONNE DROIT À 1 UNITÉ DE FC



Leçon approuvée pour 1 UFC par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie.
N° de dossier : 1329-2018-2415-I-T.

Pour obtenir instantanément vos résultats, répondez en ligne sur eCortex.ca

UNE FC EXCLUSIVE AUX ATP

Coin technipharm FC est le seul programme national de formation continue conçu exclusivement pour les assistants techniques en pharmacie canadiens.

À mesure que le rôle des assistants techniques en pharmacie s'étend, utilisez régulièrement Coin technipharm FC pour parfaire vos connaissances.

Coin technipharm FC est généreusement commandité par Teva. Les numéros précédents peuvent être téléchargés à partir des sites eCortex.ca ou www.tevacanada.com.

L'auteur de cette leçon n'a pas de conflit d'intérêts à déclarer.

POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Obtenez instantanément vos résultats en répondant en ligne sur le site eCortex.ca.
2. Ou utilisez la carte réponse insérée dans cette leçon de FC. Imprimez la leçon, entourez les réponses sur la carte et envoyez-la par télécopieur à professionsante@halldata.com.

Une note de passage de 70 % (11 sur 15) est exigée pour réussir cette leçon et obtenir 1 UFC.

COLLABORATEURS

Coordonnatrice de la FC :
Rosalind Stefanac

Rédactrice en chef clinique :
Lu-Ann Murdoch, B. Sc. Phm.

Auteur :
Dean Elbe, B. Sc. Pharm, Pharm D,
BCPP, ACPR

ProfessionSanté.ca

eCortex.ca

Tour d'horizon sur le TDAH

Par Dean Elbe, B. Sc. Pharm, Pharm D, BCPP, ACPR



Objectifs d'apprentissage

Après avoir suivi cette leçon et répondu au test, les assistants techniques en pharmacie (ATP) seront en mesure de :

1. Reconnaître les symptômes du TDAH (dont les différents « spécificateurs de la maladie » [terme qui a remplacé « sous-types »]), les comorbidités courantes et certains des mythes entourant le TDAH et son traitement.
2. Comprendre le mode d'action des divers traitements du TDAH, ainsi que leur délai d'action et la durée de leurs effets pharmacologiques.
3. Passer en revue les stratégies de prise en charge de la perte d'appétit causée par les stimulants.
4. Décrire comment les ATP peuvent collaborer à la prise en charge du TDAH, notamment en encourageant les personnes qui en sont atteintes à respecter leur traitement.

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble du développement neurologique qui apparaît durant l'enfance. On a pensé à un lien génétique, car il

semble que le TDAH ait un caractère familial. Cependant, il implique des facteurs héréditaires (p. ex., densité de récepteurs de la dopamine dans le cortex préfrontal) et des

Un service éducatif offert par Teva aux assistants techniques en pharmacie canadiens.

TABLEAU 1 – Symptômes et critères diagnostiques du TDAH²

Symptômes d'inattention	Symptômes d'hyperactivité/d'impulsivité
<ul style="list-style-type: none"> • Ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, au travail ou dans d'autres activités • A du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux • Semble ne pas écouter quand on s'adresse à lui • Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles • A du mal à organiser ses travaux ou ses activités • Évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches nécessitant un effort mental soutenu • Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités • Se laisse facilement distraire par des stimulus externes • Oublis fréquents dans la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Remue les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège • Se lève souvent quand il est censé rester assis • Court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié • A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir • Est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur des ressorts » • Parle trop • Répond aux questions avant qu'on ait fini de les poser • A du mal à attendre son tour • Interrompt les autres ou impose sa présence

facteurs de risque non héréditaires (p. ex., milieu familial chaotique), qui s'influencent entre eux. Le TDAH est le trouble pédopsychiatrique le plus fréquent au Canada. Selon des études, 5 % à 9 % des enfants répondent aux critères diagnostiques du TDAH¹⁻³. Comme les ATP interviennent de plus en plus dans les soins directs, il est important qu'ils aient une connaissance minimale de ce trouble répandu, notamment de ses symptômes, des comorbidités et mythes courants qui y sont associés, et des options de traitement.

Symptômes

On définit le TDAH par des symptômes d'inattention (p. ex., le sujet semble fréquemment ne pas écouter ce qu'on lui dit), de désorganisation (p. ex., perte fréquente d'objets), d'hyperactivité (p. ex., le sujet semble être « comme monté sur des ressorts ») ou d'impulsivité (p. ex., le sujet a tendance à prendre des risques excessifs) (voir Tableau 1)². Les symptômes peuvent se présenter principalement sous la forme de l'inattention ou de l'hyperactivité/impulsivité ou d'une combinaison de ces deux groupes de symptômes.

Les symptômes du TDAH peuvent évoluer au fil du temps. Les symptômes d'hyperactivité diminuent fréquemment au fur et à mesure que le sujet vieillit, tandis que les symptômes d'inattention persistent souvent à l'âge adulte. Plus de 50 % des personnes

ayant reçu un diagnostic de TDAH durant leur enfance restent affectées à l'âge adulte³.

Le TDAH est un trouble des fonctions exécutives, à savoir le processus mental qui permet d'entreprendre une tâche et de prévoir la terminer à temps en appliquant ce qu'on a appris des expériences antérieures. Les fonctions exécutives aident à cerner les problèmes, à trouver des solutions, à gérer le comportement et les émotions, à contrôler le niveau d'attention et à résister aux distractions⁴. Elles sont régulées par une région du cerveau appelée cortex préfrontal qui est parmi les dernières à se développer complètement⁵.

TABLEAU 2 – Comorbidités courantes du TDAH³

- Trouble d'apprentissage
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble des conduites
- Troubles anxieux (p. ex., trouble d'anxiété généralisée)
- Tics/syndrome de la Tourette
- Trouble obsessionnel compulsif
- Troubles de l'humeur
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- Trouble de l'acquisition de la coordination
- Trouble du spectre de l'autisme
- Troubles du sommeil
- Troubles liés à l'abus de substances psychoactives
- Épilepsie

Le TDAH entraîne une déficience fonctionnelle à un niveau dépassant ce qu'on peut attendre au stade de développement d'un sujet. Il faut savoir que le stade de développement peut être inférieur à l'âge chronologique en présence d'une déficience intellectuelle ou d'un autre trouble du développement neurologique (p. ex., trouble du spectre de l'autisme)².

Diagnostic et comorbidités

Du fait de la forte prévalence du TDAH et de l'accès relativement limité aux pédopsychiatres, les pédiatres et les médecins généralistes sont souvent appelés à participer au diagnostic et à la prise en charge de ce trouble. Bien qu'il puisse d'emblée sembler évident qu'un patient présentant des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité marqués soit atteint du TDAH, il peut s'avérer très difficile de poser le diagnostic. Il n'existe pas, actuellement, de test diagnostique ou d'examen scannographique fiable permettant de confirmer ou d'exclure un diagnostic de TDAH. Les patients présentant principalement des symptômes d'inattention peuvent « passer sous le radar » et ne pas être cliniquement identifiés jusqu'à l'adolescence ou l'âge adulte, quand la complexité des tâches scolaires ou professionnelles dépasse leurs capacités fonctionnelles.

Un diagnostic précis de TDAH s'appuie sur une évaluation clinique nécessitant une anamnèse approfondie, un examen physique et une évaluation fonctionnelle complète, ainsi que sur des informations obtenues auprès des parents ou gardiens et des enseignants. Il est essentiel pour la réussite du traitement d'établir un diagnostic correct incluant les comorbidités associées.

La plupart des patients atteints de TDAH présentent des comorbidités qui contribuent à la détresse psychologique et aux déficiences fonctionnelles auxquelles ils peuvent être confrontés à l'école ou au travail et dans la société (voir Comorbidités courantes du TDAH au Tableau 2). La présence de certaines comorbidités peut modifier la réponse ou la tolérance à certains traitements contre le TDAH. Par exemple, alors que les patients souffrant à la fois de TDAH et d'épilepsie peuvent tirer des bienfaits de traitements à base de méthylphénidate, l'utilisation de stimulants peut abaisser le seuil d'apparition des convulsions épilep-

TABLEAU 3 – Mythes courants à propos du TDAH et de son traitement^{3,19}

Mythes	Faits
Le TDAH est causé par une utilisation excessive de la télévision/des jeux vidéo/du téléphone cellulaire.	Les anomalies neurologiques associées au TDAH sont présentes à la naissance. Le TDAH est connu cliniquement depuis plus de 200 ans, bien avant que ces technologies apparaissent.
Le TDAH est causé par apport excessif de sucre, d'additifs alimentaires, de colorants ou de toxines présentes dans l'environnement.	Rien ne prouve que la consommation excessive de malbouffe ou qu'un régime riche en sucre cause le TDAH. Les anomalies neurologiques associées au TDAH sont présentes à la naissance. L'exposition à certains colorants alimentaires semble aggraver les symptômes du TDAH chez certains sujets.
On peut efficacement traiter le TDAH en éliminant certains produits de l'alimentation.	La méthodologie des études prétendant obtenir une réduction des symptômes du TDAH grâce à un régime d'élimination laisse à désirer. De façon générale, les personnes qui mettent en œuvre les changements alimentaires du patient sont aussi celles qui font l'évaluation des symptômes. L'analyse est donc biaisée du fait qu'elle n'est pas faite « à l'aveugle ».
Le TDAH est causé par l'incompétence parentale.	Rien ne prouve cette affirmation. Les anomalies neurologiques associées au TDAH sont présentes à la naissance. Cependant, certaines techniques de gestion des comportements appliquées par les parents peuvent aider à améliorer certains symptômes.
Le TDAH est surdiagnostiqué.	Les critères diagnostiques du TDAH ont évolué avec le temps. Les critères et les conditions d'âge actuels ont quelque peu fait augmenter la fréquence des diagnostics, particulièrement chez les adolescents et les adultes. La sensibilisation accrue au TDAH et la disponibilité de nouvelles options de traitement plus pratiques (p. ex., stimulants à longue durée d'action, non-stimulants) peuvent augmenter la probabilité que des patients cherchent à être évalués et traités. Des données montrent que le TDAH est encore sous-diagnostiqué et sous-traité ²⁰ .
On guérit du TDAH en vieillissant.	Les anomalies neurologiques associées au TDAH sont présentes à la naissance et vont persister pendant toute la vie. Les symptômes d'hyperactivité diminuent souvent avec l'âge et certains patients apprennent à s'adapter et trouvent des activités dans lesquelles les symptômes du TDAH peuvent être utiles. La plupart des personnes ayant reçu un diagnostic de TDAH dans leur enfance continuent à en présenter les symptômes à l'âge adulte.
L'utilisation d'agents stimulants dans l'enfance entraîne une dépendance.	Les personnes atteintes du TDAH (en particulier si elles sont sous-traitées ou non traitées) sont à risque accru de troubles liés à l'abus de substances psychoactives par rapport à la population générale, du fait d'un risque accru de comportements impulsifs ou de tentatives de s'automédiquer pour traiter leur maladie. Des données montrent que le traitement par stimulants ne semble pas modifier ou accroître le risque de développer un trouble lié à l'abus de substances psychoactives.

tiques et ces médicaments ne devraient donc généralement être ajoutés qu'une fois l'état du patient stabilisé à l'aide d'un anti-convulsivant approprié. La consultation et la prise en charge par un spécialiste sont recommandées dans les cas présentant des comorbidités multiples et complexes³. Certaines comorbidités, comme les troubles

liés à l'abus de substances psychoactives, les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété, peuvent ressembler au TDAH, s'y superposer ou l'aggraver. De plus, si ces comorbidités sont plus perturbantes que le TDAH, il peut être nécessaire de les traiter en priorité avant de pouvoir instaurer un traitement efficace contre le TDAH^{3,5}.

Mythes entourant le TDAH

Le TDAH et son traitement sont associés à beaucoup de stigmatisation, et un certain nombre de mythes entourant la maladie sont couramment (et souvent vivement) entretenus (voir le résumé au Tableau 3). Ces mythes peuvent constituer des obstacles qui découragent les patients ou leurs parents de rechercher une évaluation ou un diagnostic. Ils peuvent aussi affaiblir la volonté des patients d'adhérer à des traitements comportementaux et pharmacologiques basés sur des données probantes⁶. L'absence de tests diagnostiques objectifs ou de biomarqueurs du TDAH peut contribuer en partie à ces croyances erronées.

Traitements du TDAH

La physiopathologie du TDAH est liée à un fonctionnement inefficace des circuits impliquant les neurotransmetteurs que sont la dopamine et la norépinéphrine dans le cortex préfrontal^{3,5}. Tous les traitements pharmacologiques du TDAH agissent sur l'un ou l'autre de ces neurotransmetteurs ou sur les deux. Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les stimulants, principalement les dérivés de l'amphétamine et le méthylphénidate, qui agissent en inhibant le recaptage de la dopamine et de la norépinéphrine et, dans certains cas, en favorisant la libération de ces neurotransmetteurs dans la synapse⁵.

Il peut sembler paradoxal de prescrire un stimulant à une personne atteinte de TDAH qui semble déjà être particulièrement surexcitée. En fait, chez ces personnes, l'activité de la dopamine et de la norépinéphrine dans ces circuits est trop faible, et l'administration d'un stimulant corrige la déficience et restaure les fonctions optimales et la bonne régulation du cortex préfrontal⁵. La norépinéphrine a pour rôle de renforcer la capacité de prêter attention à l'information désirable (le « signal », comme un cours de mathématiques, par exemple) et la dopamine a pour rôle de réduire la capacité de prêter attention à l'information indésirable (le « bruit », comme un écureuil apparaissant à la fenêtre de la classe, par exemple)⁵. Toutefois, la modération est essentielle. Une surcharge de ces circuits avec un excès constant de stimulation ou des « salves » de dopamine et de norépinéphrine entraîne le recrutement d'autres neurones et le détournement de l'attention, produisant ainsi un effet inverse à celui visé⁵.

Afin d'expliquer aux aidants naturels et aux patients la façon de prendre les médicaments pour qu'ils soient le plus efficaces possible, il est important de connaître la classe pharmacologique, le mode d'action et les données pharmacocinétiques de base (comme le délai/la durée d'action) des divers médicaments utilisés pour traiter le TDAH. La CADDRA (Canadian ADHD Resource Alliance) publie un tableau en couleur résumant cette information, en français et en anglais, gratuitement accessible en ligne (https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Medication_Chart_French_QUEBEC.pdf).

Les agents stimulants

On utilise des agents stimulants depuis plus de 50 ans pour traiter le TDAH et ils figurent parmi les psychotropes pour enfants les mieux étudiés⁹. Contrairement à certains autres médicaments psychiatriques, les stimulants agissent sans délai et beaucoup de patients notent une amélioration des symptômes du TDAH dès la première dose. Que le patient prenne un stimulant à libération immédiate (LI) ou à libération prolongée, le médicament commence à faire effet entre 45 minutes et 2 heures après la prise d'une dose. Le soulagement des symptômes est de courte durée avec les formulations à libération immédiate : environ trois à quatre heures avec le méthylphénidate LI et quatre à six heures avec la dextroamphétamine LI (cela peut varier en fonction de la dose).

Avant qu'on ne dispose de formulations de stimulants à longue durée d'action, les personnes atteintes du TDAH prenaient généralement deux doses de dextroamphétamine LI ou trois doses de méthylphénidate réparties dans la journée pour garder la maîtrise des symptômes du TDAH. Depuis quelques années, divers systèmes de délivrance des médicaments sont apparus, rendant le dosage des stimulants plus régulier et plus pratique. La plupart des formulations à libération prolongée agissent en libérant immédiatement une partie du contenu du médicament, et en étalant ou contrôlant la libération du reste du produit sur plusieurs heures. Cela étend la durée d'action et permet des prises quotidiennes uniques, ce qui est important pour beaucoup d'enfants et les aide à éviter la gêne ou la stigmatisation associées au fait de devoir prendre leur

TABLEAU 4 – Conseils pour traiter la perte d'appétit chez les patients prenant des agents stimulants⁽²¹⁾

- Adaptez l'heure des repas pour qu'ils aient lieu avant que le stimulant fasse effet le matin ou après que son effet se soit estompé le soir.
- Préparez des collations ou des repas pouvant être décongelés ou réchauffés au besoin quand l'appétit revient.
- Proposez un deuxième souper (repas complet avec matières grasses, protéines, glucides, et non pas une simple collation) prêt à être mangé quand l'appétit revient avant d'aller se coucher afin d'aider à compenser les calories perdues dans la journée.
- Évitez les horaires de repas rigides : encouragez le patient à manger le plus possible chaque fois qu'il a faim; permettez-lui de « picorer » des aliments nutritifs auxquels il peut avoir accès tout au long de la journée.
- Ne l'obligez pas à s'asseoir à table pour les repas; essayez de lui permettre de manger en regardant la télévision ou en jouant à des jeux vidéo.
- Quand il a soif, plutôt que des sodas, proposez-lui des liquides nutritifs comme des smoothies (dans lesquels vous aurez mélangé du beurre d'arachide, des protéines en poudre ou une banane), des substituts de repas sous forme de boissons fouettées (p. ex., Boost) ou du lait au chocolat.
- Dans la mesure du possible, utilisez du lait homogénéisé (il est plus gras et fournit plus de calories).
- Demandez à l'école de vous aider en surveillant que votre enfant s'alimente avant de sortir pour jouer à la récréation ou à l'heure du lunch.
- Maintenez une approche alimentaire cohérente entre les différents aidants.

médicament pendant les heures de classe devant leurs camarades. Dans certains contextes scolaires où le personnel n'accepte pas de s'occuper de l'administration des médicaments, les prises quotidiennes uniques sont d'autant plus utiles.

Les lignes directrices de la CADDRA recommandent les stimulants à longue durée d'action comme traitement de première ligne du TDAH, tandis que les stimulants à courte durée d'action ou à action immédiate sont considérés comme des traitements de deuxième ligne³. Dans certains territoires ou provinces, les régimes d'assurance-médicaments ne s'alignent pas sur les recommandations de la CADDRA et la couverture des stimulants à action prolongée est limitée⁹.

Du fait de l'apparition rapide et de la disparition relativement rapide de l'effet stimulant, il est très important de bien choisir le moment de la prise de la dose de ce médicament. Beaucoup de patients prennent leur médicament dès leur réveil le matin, ce qui leur donne les meilleures chances de contrôler les symptômes du TDAH quand ils sont à l'école ou au travail. La prise du médicament devrait être suivie par un petit-déjeuner copieux avant que les effets de suppression de l'appétit ne se produisent. Lorsque le délai d'action du médicament à libération prolongée est plus long, certains médecins prescrivent une petite dose d'appoint de stimulant à effet

immédiat à prendre en même temps que les stimulants à effet prolongé pour en raccourcir le délai d'action. Qu'il s'agisse d'un stimulant à courte durée d'action ou à longue durée d'action, la concentration sanguine du produit finit par s'estomper. Les symptômes du TDAH peuvent alors brièvement réapparaître avec plus d'intensité et le patient risque de devenir plus anxieux, impulsif ou émotif que d'habitude³. Les médecins prescrivent parfois de petites doses de stimulant à libération immédiate à prendre en fin d'après-midi pour étendre la durée d'action des stimulants à libération prolongée jusque dans la soirée ou pour réduire l'intensité des phénomènes de rebond.

Les aidants ou les patients demandent parfois s'il est possible d'interrompre temporairement la prise des stimulants pendant des longs week-ends ou des périodes de vacances scolaires. C'est ce qu'on appelle communément des pauses thérapeutiques. Il s'agit d'une pratique courante, particulièrement chez les enfants qui subissent une importante perte d'appétit pendant un traitement par stimulants (voir plus loin). On a toutefois observé que l'interruption systématique d'un traitement par stimulants en fin de semaine risque d'accroître les effets secondaires³. Les patients ou les aidants devraient donc obtenir l'approbation de leur médecin avant d'instaurer des pauses thérapeutiques.

Les agents non stimulants

Les agents non stimulants, tels que l'atomoxétine, la guanfacine à libération prolongée et la clonidine, sont également des traitements efficaces du TDAH. Mais le pourcentage de patients qui réagissent bien à ces traitements et le degré de réduction des symptômes du TDAH sont généralement inférieurs à ceux obtenus avec les stimulants.

La CADDRA et d'autres lignes directrices de pratique clinique considèrent habituellement les non-stimulants comme des traitements du TDAH de deuxième intention (atomoxétine, guanfacine à libération prolongée), voire de troisième intention (clonidine)^{3,10}. Les non-stimulants n'en sont pas moins d'importantes options de traitement puisque les stimulants ne sont pas toujours inoffensifs (p. ex., patients ayant des antécédents familiaux de mort cardiaque subite), bien tolérés (p. ex., du fait de leurs effets indésirables sur l'appétit, l'agressivité ou l'humeur) ou appropriés (p. ex., patients ayant des antécédents de troubles liés à l'utilisation de stimulants). Les non-stimulants peuvent être utilisés seuls ou en association avec des stimulants^{3,10,11}.

Un des avantages des non-stimulants est qu'après un délai d'action de une à quatre semaines au départ, ils agissent 24 h sur 24 par la suite (à condition de les administrer régulièrement).

D'autres traitements de troisième ligne sont prescrits à l'occasion par des spécialistes du TDAH (principalement à des adultes). Ce sont, entre autres, des antidépresseurs comme le bupropion, la venlafaxine ou l'imipramine, qui ont la propriété d'inhiber le recaptage de la dopamine ou de la norépinephrine³.

Cesser un traitement par non-stimulant

Un traitement par l'atomoxétine peut être interrompu abruptement au besoin puisque cet agent n'est associé à aucune réaction de sevrage connue^{12,13}. Les symptômes du TDAH réapparaissent progressivement à la suite de l'arrêt de la prise d'atomoxétine tandis que le cerveau s'adapte. Cependant, un traitement par la guanfacine à libération prolongée ou par la clonidine ne devrait pas être brusquement interrompu du fait d'un risque d'effet rebond sous forme d'élévation de la pression artérielle. La dose de ces médicaments devrait être réduite graduelle-

ment pendant une à deux semaines. Il est important d'insister sur cette différence auprès des aidants et des patients quand ils commencent à utiliser ces médicaments, particulièrement s'il leur est déjà arrivé de cesser brusquement un traitement par un stimulant à longue durée d'action (p. ex., pour des pauses thérapeutiques) ou s'ils ont plusieurs aidants.

Le rôle des ATP

En connaissant les bases de la physiopathologie sous-jacente du TDAH, les comorbidités courantes liées à la maladie ainsi que les modes d'action et la pharmacocinétique des divers traitements du TDAH, les ATP seront bien placés pour informer et soutenir les aidants et les patients concernés. Les ATP peuvent aider les patients à tirer le meilleur parti de leurs traitements en les informant sur l'administration adéquate des médicaments et en dissipant les mythes entourant le TDAH (Tableau 3). Ils peuvent aussi leur donner des conseils pour les aider à traiter les effets indésirables des stimulants sur l'appétit, à surmonter les problèmes liés à l'administration orale, à favoriser l'adhésion au traitement et à communiquer rapidement avec le pharmacien au besoin.

Perte d'appétit provoquée par les agents stimulants

L'un des plus fréquents effets indésirables liés aux stimulants est la perte d'appétit dans la journée alors que le médicament est actif. À long terme, la réduction de l'apport nutritionnel peut avoir un effet négatif sur la croissance de certains enfants soumis à un traitement par stimulant. Le Tableau 4 donne quelques conseils pour aider les patients et leurs aidants qui sont aux prises avec un problème de perte d'appétit lié à un traitement par un stimulant. Des données probantes montrent que des enfants traités à l'aide de stimulants sur une période de trois ans ont grandi de 2 cm de moins et grossi de 3 kg de moins en moyenne que des enfants du même âge n'utilisant pas de stimulants^{3,14}. Il arrive que certains patients subissent un plus important retard de croissance et qu'il soit nécessaire de les faire passer à un traitement du TDAH par un agent non stimulant³. Une étude de suivi de plus longue durée portant sur des jeunes adultes a montré

une réduction moyenne de taille de 1,3 cm chez les patients ayant reçu un traitement par agents stimulants, cette réduction allant jusqu'à 4,7 cm chez ceux utilisant des stimulants en permanence, comparativement à un groupe témoin^{15,16}. Des pauses thérapeutiques sont parfois recommandées pour aider à limiter l'impact de l'utilisation de stimulants sur la croissance³. Il est également recommandé aux prescripteurs et aux aidants de surveiller attentivement la taille et le poids des patients soumis à un traitement de longue durée par un stimulant³.

Problèmes liés à l'administration orale

L'administration de médicaments par voie orale peut poser des problèmes, particulièrement chez les jeunes enfants qui ont de la difficulté à avaler les comprimés ou les capsules. Pour l'instant, on ne trouve pas de préparations liquides ou solubles pour le traitement du TDAH sur le marché canadien. Certains des médicaments pour traiter le TDAH qui sont à notre disposition peuvent être administrés d'autres façons, comme en ouvrant les capsules et en saupoudrant leur contenu sous forme de microbilles sur de la nourriture molle (p. ex., compote de pomme, yogourt, pouding, crème glacée). Cette façon de faire n'affecte pas l'absorption du médicament ou sa durée d'action; cependant, les patients doivent savoir qu'il ne faut pas mâcher le contenu des produits sous forme de microbilles ou de granules. Les capsules de lisdexamfétamine peuvent être ouvertes et la poudre qu'elles contiennent peut être mélangée à de l'eau, du jus d'orange ou du yogourt avant d'être administrée. D'autres médicaments pour traiter le TDAH doivent être avalés entiers pour préserver le système de libération du médicament prévu. Si, par inadvertance, on coupe, écrase ou mâche des médicaments conçus pour être avalés entiers, leur durée d'action peut être compromise (p. ex., avec le méthylphénidate à libération prolongée [Concerta]) ou cela peut entraîner une augmentation des effets indésirables (p. ex., avec la guanfacine à libération prolongée)^{17,18}.

Adhésion au traitement

Les ATP peuvent surveiller l'adhésion des patients à leur traitement pour le TDAH en utilisant les méthodes habituelles telles que



la recherche d'éventuelles irrégularités entre la date où les médicaments ont été fournis et le nombre de jours entre les renouvellements. Le cas échéant, le fait de demander si des changements sont survenus dans la façon de prendre le médicament permet souvent de révéler ce qu'il se passe. Il faut toutefois garder à l'esprit que certains patients peuvent cesser temporairement de prendre leur stimulant durant les périodes de congé ou même les week-ends, souvent avec l'accord de leur médecin, et on ne doit donc pas sauter trop rapidement à la conclusion qu'ils ne respectent pas leur traitement. Il n'est cependant pas recommandé d'interrompre ou de recommencer à prendre brusquement certains agents non stimulants et si l'on s'aperçoit que c'est le cas, il peut être nécessaire de parler au patient ou à l'aidant du mode d'action de ces médicaments et des effets indésirables qui risquent de se produire.

Consultation du pharmacien

Les ATP doivent adresser les patients ou les aidants au pharmacien quand il est clair que les médicaments pour le TDAH ne sont pas pris de façon optimale, lorsque la durée

d'action du médicament est anormale ou en cas d'effets secondaires inhabituels ou graves; quand les doses prescrites excèdent celles qui sont préconisées par les lignes directrices de pratique clinique; ou en cas de profil pharmaceutique complexe et de risques d'interaction avec d'autres médicaments.

En résumé

Les ATP peuvent influencer positivement sur les soins aux personnes atteintes de TDAH en favorisant l'adhésion au traitement et la prise en charge des effets indésirables courants. Une connaissance de base des symptômes du TDAH, des comorbidités qui y sont associées, des mythes courants entourant cette maladie et des médicaments utilisés pour la traiter est essentielle pour fournir des soins de haute qualité.

RÉFÉRENCES

1. Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007;46:894-921.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC : American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD practice guidelines, Fourth edition, Toronto ON: CADDRA, 2018.
4. Centre for ADHD Awareness Canada (CADDAC). Understanding ADHD: in general. 2017. <http://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-general/> (consulté le 29 janvier 2018).
5. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology : neuroscientific basis and practical application, 4th ed. Cambridge, UK/New York : Cambridge University Press; 2013.
6. Hospital for Sick Children. Myths and facts of ADHD. 2017. www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/ADHD/AboutADHD/Pages/Myths-and-Facts-about-ADHD.aspx (consulté le 29 janvier 2018).
7. Vincent A. CADDRA guide to ADHD pharmacological treatments in Canada – 2017 [chart]. <https://www.caddra.ca/resources/medication-chart/> (consulté le 29 janvier 2018).
8. Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS et coll. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *J Cent Nerv Syst Dis*, 2012; 5:1-17.
9. Ontario Drug Policy Research Network (ODPRN). Drugs used in the management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. Toronto, ON; 2015. http://odprn.ca/wp-content/uploads/2015/12/ADHD-Final-Consolidated-Report_December-21-15.pdf (consulté le 29 janvier 2018).
10. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW et coll. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 45:642-57.
11. Wilens TE, Bukstein O, Brams M et coll. A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2012; 51:74-85.e2.
12. Eli Lilly Canada, Inc. Monographie de produit de Strattera (capsules d'atomoxétine). Toronto, ON : October 1, 2015.

13. Wernicke JF, Adler L, Spencer T et coll. Changes in symptoms and adverse events after discontinuation of atomoxetine in children and adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a prospective, placebo-controlled assessment. *J Clin Psychopharmacol*, 2004; 24:30-5.

14. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM et coll. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46:989-1002.

15. Richardson E, Seiber T, Uli NK. Growth perturbations from stimulant medications and inhaled corticosteroids. *Transl Pediatr*, 2017; 6:237-47.

16. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG et coll. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal

treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry*, 2017; 58:663-78.

17. Janssen Inc. Monographie de produit de Concerta (comprimés de chlorhydrate de méthylphénidate à libération prolongée). Toronto, ON : June 29, 2017.

18. Shire Pharma Canada ULC. Monographie de produit d'Intuniv XR (chlorhydrate de comprimés de chlorhydrate de guanfacine à libération prolongée). Toronto, ON : November 16, 2017.

19. Centre for ADHD Awareness Canada (CADDAC). ADHD facts: dispelling the myths. 2018. <http://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-general/facts-stats-myths/> (consulté le 29 janvier 2018).

20. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN et coll. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007; 161:857-64.

21. Keltly Mental Health Resource Centre. Gestion des stimulants chez les enfants et les adolescents. Vancouver, BC; 2015. http://keltlymentalhealth.ca/sites/default/files/managing_stimulant_medications_-_french_nov_2015.pdf (consulté le 29 janvier 2018).

QUESTIONS

Veuillez sélectionner la meilleure réponse à chaque question et répondre en ligne sur le site eCortex.ca pour recevoir instantanément vos résultats.

1. Lequel des symptômes suivants NE FAIT PAS PARTIE des groupes de symptômes associés au TDAH?

- a) L'hyperactivité
- b) L'impulsivité
- c) L'agressivité
- d) L'inattention

2. Les fonctions exécutives sont anormales chez les personnes atteintes du TDAH. Laquelle des habiletés suivantes n'a aucun rapport avec les fonctions exécutives?

- a) Régulation du comportement et des émotions
- b) Contrôle de l'attention et résistance aux distractions
- c) Identification et résolution des problèmes
- d) Interprétation des signes sociaux

3. L'énoncé le plus correct à propos des causes sous-jacentes du TDAH est :

- a) Incompétence parentale
- b) Anomalies neurologiques présentes à la naissance
- c) Régime riche en gluten
- d) Utilisation excessive des jeux vidéo

4. Les principaux neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie et le traitement du TDAH sont :

- a) La dopamine et la norépinéphrine
- b) La dopamine et l'histamine
- c) La sérotonine et la norépinéphrine
- d) L'histamine et la sérotonine

5. Laquelle des affections suivantes est une comorbidité couramment associée au TDAH?

- a) La schizophrénie
- b) Le trouble d'anxiété généralisée

- c) Les problèmes de communication
- d) Le diabète de type 1

6. Selon la quatrième édition des lignes directrices de la CADDRA pour le traitement du TDAH, la guanfacine à libération prolongée est :

- a) Recommandée comme traitement de première ligne
- b) Recommandée comme traitement de deuxième ligne
- c) Recommandée comme traitement de troisième ligne
- d) N'est pas recommandée

7. Tous les symptômes suivants font partie du groupe des symptômes d'hyperactivité/impulsivité du TDAH, SAUF :

- a) Remue ou se tortille sur son siège
- b) Interrompt les autres et répond aux questions avant son tour
- c) Perd souvent ses cahiers, ses crayons ou ses devoirs
- d) Grimpe sur les meubles et se roule fréquemment par terre

8. Que nous révèlent les données scientifiques quant au risque de développer un trouble lié à la consommation de substances psychoactives (TUS) à la suite du traitement du TDAH par des stimulants?

- a) Le traitement du TDAH par un stimulant réduit le risque de développer un TUS.
- b) Le traitement du TDAH par un stimulant n'accroît pas le risque de développer un TUS.
- c) Le traitement du TDAH par un stimulant accroît le risque de développer un TUS.
- d) On ne sait rien quant au risque de développer un TUS à la suite d'un traitement du TDAH par un stimulant.

9. Que révèlent les données probantes à propos de l'impact sur la taille et le poids des enfants après trois ans de traitement par un stimulant, comparativement à des enfants du même âge qui n'en utilisent pas?

- a) L'augmentation de taille est inférieure de 5 cm, le gain de poids est inférieur de 5 kg
- b) L'augmentation de taille est inférieure de 2 cm, le gain de poids est inférieur de 3 kg
- c) L'augmentation de taille est inférieure de 1 cm, le gain de poids est supérieur de 2 kg
- d) L'augmentation de taille est supérieure de 2 cm, le gain de poids est inférieur de 1 kg

10. Quand la concentration sanguine des stimulants diminue à la fin de leur durée d'action, certains patients ressentent un effet rebond avec réapparition des symptômes. Parmi les effets suivants, lequel N'EST PAS caractéristique d'un effet rebond?

- a) Augmentation de l'émotivité
- b) Augmentation de l'anxiété
- c) Augmentation de l'impulsivité
- d) Augmentation de la force physique

11. Dans quelle catégorie de traitement la quatrième édition des lignes directrices de pratique clinique de la CADDRA classe-t-elle les stimulants à longue durée d'action?

- a) Traitement de première ligne
- b) Traitement de deuxième ligne
- c) Traitement de troisième ligne
- d) Les lignes directrices de la CADDRA ne donnent pas d'indication sur la catégorie thérapeutique des stimulants à longue durée d'action.

12. Quelle serait la suggestion appropriée à faire aux aidants et aux patients aux prises avec les effets indésirables des stimulants sur l'appétit?

- a) Réduisez de moitié la dose du stimulant pendant deux semaines pour voir si l'appétit s'améliore.
- b) Quand le patient a soif, essayez de lui proposer des smoothies ou des substituts de repas sous forme de boissons fouettées.
- c) Utilisez plutôt du lait écrémé à la maison afin d'améliorer l'appétit pour des aliments solides.
- d) Laissez des bonbons et des sucreries à la disposition du patient pour qu'il grignote tout au long de la journée.

13. Quelle inquiétude du patient ou de l'aidant à propos des médicaments pour le TDAH devrait être confiée au pharmacien?

- a) Un enfant est devenu très agressif trois jours après avoir entrepris un nouveau traitement par un stimulant à longue durée d'action.
- b) Un parent a des remords en se disant que

son enfant n'aurait pas eu besoin de prendre des médicaments pour le TDAH s'il s'était mieux occupé de lui.

- c) Un enfant qui pesait 40 kg a perdu 1 kg un mois après avoir entrepris un traitement par un nouveau stimulant à longue durée d'action.
- d) Un enfant n'arrive pas à avaler la préparation contenant des microbilles d'un nouveau stimulant à longue durée d'action qu'on vient de lui prescrire.

14. Si un patient qui prend des comprimés de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta) ne constate pas d'amélioration de la maîtrise de ses symptômes de TDAH dans un délai raisonnable, le médecin peut lui prescrire :

- a) De prendre une faible dose de clonidine à libération immédiate en même temps que les comprimés de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta).
- b) De prendre une faible dose de méthylphénidate à libération immédiate en même temps que les comprimés de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta).

- c) De se réveiller jusqu'à deux heures plus tôt que d'habitude pour prendre les comprimés de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta).
- d) De prendre une double dose de comprimés de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta).

15. Les ATP peuvent aider les patients atteints de TDAH et leurs aidants à obtenir des résultats optimaux avec les médicaments en faisant tout ce qui suit SAUF :

- a) Informer sur les stratégies relatives à la prise des médicaments pour traiter le TDAH et l'adhésion au traitement.
- b) Donner des instructions pour interrompre un traitement du TDAH et suivre un régime d'élimination pour maîtriser les symptômes.
- c) Informer sur d'autres stratégies d'administration des médicaments si le patient ne parvient pas à les avaler entiers.
- d) Informer les personnes qui prennent des agents stimulants sur les stratégies relatives au traitement de la perte d'appétit.



Présenté par :



Commandité par :



Tour d'horizon sur le TDAH

1 UFC • AOÛT 2018

CCEPP n° 1329-2018-2415-I-T Tech.

Maintenant accrédité par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie

- | | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1. a b c d | 4. a b c d | 7. a b c d | 10. a b c d | 13. a b c d |
| 2. a b c d | 5. a b c d | 8. a b c d | 11. a b c d | 14. a b c d |
| 3. a b c d | 6. a b c d | 9. a b c d | 12. a b c d | 15. a b c d |

Prénom _____ Nom _____

Nom de la pharmacie _____

Adresse (Domicile) _____ Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Année d'obtention de diplôme (s'il y a lieu) _____

Type de pharmacie

- Chaîne ou franchise
- Bannière
- Indépendante
- Autre (veuillez préciser): _____
- Grande surface
- Supermarché
- Hôpital

- ATP à plein temps
- ATP à temps partiel

Aidez-nous à nous assurer que ce programme vous est utile en répondant aux questions suivantes :

1. Avez-vous le sentiment d'être mieux informé(e) sur le TDAH?
 Oui Non
2. L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour vous en tant qu'ATP? Oui Non
3. Allez-vous pouvoir intégrer l'information acquise grâce à cette leçon dans votre travail d'ATP? Oui Non S. O.
4. L'information contenue dans cette leçon était-elle...
 Trop élémentaire Adaptée Trop difficile
5. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette leçon ?
 Très Assez Pas du tout
6. Quel sujet aimeriez-vous que nous traitions dans un prochain numéro ?

Répondez EN LIGNE sur eCortex.ca pour obtenir vos résultats instantanément.

Pour connaître les barèmes de notation de la FC, veuillez communiquer avec Vicki Wood, par téléphone au 437 889-0615, poste 1254, ou par courriel à vwood@ensembleiq.com.

Pour répondre en ligne à cette leçon de FC

Nos leçons de FC sont hébergées sur **eCortex.ca**, la plateforme de formation continue de ProfessionSanté.ca (portail de Profession Santé, Québec Pharmacie, L'actualité pharmaceutique, L'actualité médicale et Infolnfirmières).

Pour accéder aux leçons de FC en ligne, connectez-vous à **eCortex.ca** et cliquez sur le logo « eCortex » sur la page d'accueil de la section Pharmaciens.



Pour trouver cette leçon dans **eCortex**, entrez les mots clés « **Tour d'horizon sur le TDAH** » dans la barre de recherche.

Vous pouvez également retrouver toutes les leçons du Coin technipharm en cliquant sur Programmes (dans le menu), puis en cliquant sur « Voir tous les cours du Coin technipharm »

The screenshot shows the eCortex website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Recherche', 'Mes cours', 'Besoin d'aide?', 'Programmes', and 'English'. The 'Programmes' link is circled in red. Below the navigation bar is a search bar with the placeholder text 'Mot-clé' and a search icon. To the right of the search bar is a link 'Effacer les critères'. Below the search bar are several filters: 'Ma profession' (with a dropdown arrow and 'Toutes' selected), 'Accrédité' (with a dropdown arrow and 'Autres' selected), and 'Plus récent' (with a dropdown arrow and 'Populaire' selected). To the right of these filters are three dropdown menus for 'Expiration:', 'Crédits:', and 'Durée:'. At the bottom of the search interface are two buttons: 'Mosaïque' and 'Liste'. A red line originates from the text above, pointing to the 'Programmes' link and the search button.

Vous n'êtes pas encore inscrit(e) à eCortex.ca ?

Le processus est simple et rapide. Allez dès maintenant sur le site **eCortex.ca**

Après avoir procédé à l'inscription, vous recevrez immédiatement un courriel de vérification de notre part. Cliquez sur le lien indiqué dans le courriel et vos identifiants vous seront expédiés.

En vous inscrivant, vous aurez accès à des centaines de leçons de FC de pharmacie, à des tests en ligne, à vos certificats, à votre bulletin de notes et bien plus.

Pour toute question, veuillez communiquer avec:

POUR LES LEÇONS EN FRANÇAIS
ecortex@halldata.com