

# Le méthylphénidate et le trouble de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent

P. Fumeaux, O. Revol, B. Burnand



Cet article présente les résultats d'une revue systématique publiée dans la *Cochrane Library* ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) : Storebø O.J., Ramstad E., Krogh H.B. et al., « Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015 ; 12 : CD009885.

Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances dans ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines). Les auteurs de ce résumé se basent sur la revue systématique et ne remettent pas en question le choix des articles inclus dans la revue.

## CONTEXTE

Touchant environ 5 % des enfants, le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) constitue un des troubles les plus fréquemment diagnostiqués durant l'enfance et peut persister à l'adolescence et à l'âge adulte. Une équipe internationale a étudié les données des nombreux essais randomisés disponibles sur le méthylphénidate (MPD), qui est largement prescrit depuis cinquante ans.

## RÉSULTATS

185 études randomisées comparatives (dont 147 en cross-over) incluant plus de 12000 enfants ou adolescents ont été étudiées. Principalement conduites aux Etats-Unis, au Canada ou en Europe, elles ont inclus des garçons et des filles âgés de trois à dix-huit ans pour une durée moyenne d'observation de 75 jours (1-425).

□ Le MPD peut atténuer les symptômes à l'école (évaluations des enseignants) (19 essais, n = 1698 ; DMS\* -0,77 ; IC 95 % : -0,9 à -0,6 ; QP très faible, ce

qui correspond à une DM de -9,6 points [IC 95 % : -13,8 à -6,4], considérée cliniquement significative sur l'ADHD Rating Scale de DuPaul).

□ Il n'y a pas de preuve que le MPD soit associé à une augmentation d'effets secondaires sévères (9 essais, n = 1532 ; RR 1,0 ; IC 95 % : 0,4 à 2,2 ; QP très faible).

□ Les effets secondaires mineurs sont plus fréquents : 526/1000 patients sous MPD (de 448 à 615) ont souffert d'effets indésirables mineurs contre 408/1000 dans le groupe comparatif, ce qui correspond à une augmentation du risque de 29 % (21 essais, n = 3132 ; RR 1,3 ; IC 95 % : 1,1 à 1,5 ; QP très faible).

Les effets indésirables les plus fréquents étaient des troubles du sommeil (augmentation du risque de 60 % avec le MPD vs comparatif, 13 essais, n = 2416 ; RR 1,6 ; IC 95 % : 1,2 à 2,2) et de l'appétit (augmentation du risque de 266 % avec le MPD vs témoins, 16 essais, n = 2962 ; RR 3,7 ; IC 95 % : 2,6 à 5,2).

□ Une amélioration du comportement sous MPD est rapportée par les enseignants (5 essais, n = 668 ; DMS -0,9 ; IC 95 % : -1,0 à -0,7 ; QP très faible).

□ Le MPD améliore la qualité de vie à la maison. Une méta-analyse relève une variation de la DM de 8,0 points (IC 95 % : 5,5 à 10,5), cliniquement significative, du Child Health Questionnaire de Landgraf (3 essais, n = 514 ; DMS 0,6 ; IC 95 % : 0,4 à 0,8 ; QP très faible).

## CAS CLINIQUE

**Scénario** Un garçon de neuf ans, dont la croissance est à la limite inférieure de la norme, présente un trouble de l'attention avec hyperactivité. Il est si agité et impulsif qu'il est ingérable à l'école.

**Question** Une prescription de méthylphénidate est-elle envisageable ?

Voir réponse page suivante →

\* DMS : différence moyenne standardisée. IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. RR : risque relatif. QP : qualité de preuve. DM : différence moyenne.

## LIMITES

- 97 % des essais inclus étaient à haut risque de biais, la QP est très faible.
- Nombre d'essais portaient sur des collectifs trop modestes.
- La durée des essais (médiane : 49 jours) rend impossible l'évaluation des effets à long terme du MPD.
- 40 % des essais ont été financés par l'industrie pharmaceutique.

## CONCLUSIONS DES AUTEURS

Les méta-analyses suggèrent que le MPD peut apporter des améliorations chez des enfants souffrant de TDAH dans plusieurs domaines : symptômes et comportement en classe (évaluation par les enseignants) ; qualité de vie (évaluée par

les parents). Cependant, la très faible qualité des preuves incite à demeurer prudent quant à sa réelle efficacité. Seule une augmentation du risque d'effets secondaires mineurs (troubles du sommeil et de l'appétit) semble attestée, mais la courte durée des essais ne permet pas de conclure sur les effets secondaires mineurs ou majeurs à long terme.

Des études rigoureuses sur les risques et les bénéfices à moyen et à long terme, ainsi que sur les autres types de thérapie pour le TDAH, y compris non pharmacologiques, devraient être rapidement conduites. □

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.*

### Adresses des auteurs

Dr P. Fumeaux, consultation de pédopsychiatrie et neuropsychologie, Drs P. Fumeaux et S. Cousin, 12 rue Mauborget, 1005 Lausanne, Suisse.

Dr O. Revol, Hospices civils de Lyon, service de

**Réponse** En l'absence de situation d'échec scolaire et/ou de stigmatisation sociale et/ou de souffrance personnelle ou familiale trop importante, une approche contextuelle (information des enseignants, aménagements scolaires) et thérapeutique relationnelle (psychothérapie) devrait pouvoir suffire. Dans le cas contraire, une prescription de MPD associée aux mesures ci-dessus pourrait être envisagée, au prix d'un monitoring serré des bénéfices symptomatiques et des effets indésirables. Des fenêtres thérapeutiques et un suivi de la croissance staturo-pondérale sont nécessaires.

neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital neurologique Pierre- Wertheimer, 69 bd Pinel, 69677 Bron cedex.

Pr B. Burnand, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne et Cochrane Suisse, 10 route de la Corniche, 1010 Lausanne, Suisse.

Edimark remercie le laboratoire GlaxoSmithKline pour son soutien institutionnel au programme "DPC Congrès" dans le cadre de la formation médicale continue des professionnels de santé

### Congrès scientifiques 2016 :

- EAU** - Munich, 11-15 mars 2016
- ESPID** - Brighton, 10-14 mai 2016
- ASCO** - Chicago, 3-7 juin 2016
- EULAR** - Londres, 8-11 juin 2016
- EAACI** - Vienne, 11-15 juin 2016
- ERS** - Londres, 3-7 septembre 2016
- ACR** - Washington, 11-16 novembre 2016
- ASN** - Chicago, 15-20 novembre 2016

Cette page est publiée avec le soutien institutionnel de

