

Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité

N. Besnier

► To cite this version:

N. Besnier. Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2009, 167 (10), pp.810. 10.1016/j.amp.2009.09.004 . hal-00595512

HAL Id: hal-00595512

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00595512>

Submitted on 25 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité

Author: N. Besnier

PII: S0003-4487(09)00281-9
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.09.004
Reference: AMEPSY 1085

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Besnier N, Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité, *Annales médico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.09.004

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité****Bipolar disorder and attention deficit hyperactivity disorder****N. Besnier***Pôle de Psychiatrie Adultes, CHU Sainte Marguerite, 13009 Marseille, France*

Auteur correspondant : Dr Nathalie Besnier, Pôle de Psychiatrie Adultes, CHU Sainte Marguerite, 13009 Marseille, France

Tel. : 04 91 74 40 82

Fax : 04 91 74 55 78

Adresse email : nathalie.besnier@ap-hm.fr

Résumé

Le trouble bipolaire (TB) et le trouble déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), qui partagent certaines dimensions cliniques communes (agitation motrice, distractibilité, impulsivité, irritabilité), sont difficiles à distinguer en pratique clinique. Une évaluation rigoureuse de l'évolution des symptômes affectifs (épisodique dans le TB, chronique dans le TDAH) et le repérage de symptômes spécifiques au TB (désinhibition sexuelle, psychose, humeur expansive) seront nécessaires pour effectuer cette distinction. Les bilans neuropsychologiques ne sont pas opérants pour distinguer formellement ces pathologies ; cependant, certains travaux suggèrent que le TB serait une perturbation essentielle de la réponse émotionnelle, tandis qu'une perturbation du contrôle cognitif serait fondamentale dans la genèse des symptômes du TDAH. La comorbidité de ces deux troubles, fréquente, montre un tableau clinique sévère, au schéma thérapeutique complexe. En association avec les thymorégulateurs, la prescription de psychostimulants peut contribuer à améliorer la symptomatologie et le fonctionnement intercritique.

Abstract

The distinction between bipolar disorder (BD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is difficult because of their shared clinical features such as motor agitation, distractibility, impulsivity or irritability. In clinical practice, a rigorous assessment of affective symptoms can help to distinguish between BD (acute affective episodes) and ADHD (chronic

irritability or low self-esteem without psychotic symptoms, elation or sexual disinhibition). Impaired cognitive functions have been shown in both diseases; however, some studies identified a major emotional dysregulation in BD by contrast to ADHD, whereas cognitive deficits could more specifically characterize the latter. Comorbid BD and ADHD is a frequent and severe condition. The coprescription of psychostimulants and mood stabilizers has shown its potential clinic and functional benefits.

Le trouble bipolaire (TB) et le trouble déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH) sont deux pathologies fréquentes, à l'origine de répercussions significatives sur le niveau de fonctionnement. Leur comorbidité conduit à des tableaux cliniques sévères et extrêmement complexes d'un point de vue thérapeutique. L'approche différentielle de ces troubles permet de questionner les limites critériologiques du TB, une pathologie très hétérogène pour laquelle les critères diagnostiques traditionnels se montrent, parfois, insuffisants. Certaines manifestations pathologiques, telles que des épisodes mixtes subsyndromiques, des épisodes brefs ou des perturbations affectives et cognitives intercritiques, sont ainsi mal définies par les classifications ; elles justifient la recherche de pathologies dites « frontières », au premier rang desquelles, le TDAH.

1. TDAH de l'adulte

Le TDAH persisterait à l'âge adulte dans 35 % à 66% des cas, affectant ainsi entre 1 % et 6 % de la population adulte [19]. Ce trouble est généralement dépisté lorsque des parents, amenant leur enfant, hyperactif, en consultation spécialisée, déclarent « se reconnaître » dans le tableau présenté par leur enfant. Le TDAH peut aussi être évoqué devant des troubles de l'humeur atypiques ou résistants. Comme chez l'enfant, les symptômes appartiennent à deux dimensions symptomatiques, l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité [11]. Le TDAH de l'adulte se différencie cliniquement du TDAH de l'enfant par la prédominance des troubles de l'attention, alors que les symptômes appartenant à la dimension hyperactivité/impulsivité diminuent. Les symptômes affectifs (irritabilité, labilité émotionnelle, basse estime de soi, anxiété sociale et de performance) sont particulièrement fréquents [4].

2. TB et TDAH : approche clinique différentielle

Le sex-ratio ne représente pas un argument anamnestique de diagnostic différentiel ; le déséquilibre observé chez l'enfant se réduit à l'âge adulte [1]. L'âge de début du trouble n'est pas non plus déterminant ; il est en effet désormais établi que le TB peut se manifester dès l'adolescence, voire dans l'enfance [14].

Il existe des dimensions cliniques communes, telles que des symptômes moteurs (agitation motrice, logorrhée et hyperactivité), une forte distractibilité et des traits de personnalité (impulsivité, recherche de nouveauté, créativité). Cependant, l'évolution de ces symptômes peut distinguer les deux troubles, le TB évoluant de manière cyclique, et le TDAH étant chronique.

Surtout, un examen attentif des symptômes affectifs pourra être déterminant. Dans le TDAH, on peut observer des épisodes d'excitation, alternant avec des phases de tristesse et de dévalorisation, mais dont la durée ne dépasse pas quelques heures. Dans le TB, les épisodes aigus durent de plusieurs jours à plusieurs mois, durant lesquels on peut observer une altération qualitative de l'humeur, qu'elle soit dépressive, maniaque ou mixte, et une altération quantitative de la réponse émotionnelle ; ces épisodes constituent une rupture nette avec le niveau de fonctionnement habituel. Au cours des phases d'excitation chez les adultes hyperactifs, on n'observe pas d'expansion de l'humeur, de caractéristiques psychotiques, d'idées de grandeur, de désinhibition sexuelle ou de réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes seraient en effet spécifiques de la manie bipolaire. En revanche, on peut observer des accès d'irritabilité, des troubles du sommeil et une mésestime de soi.

Le diagnostic différentiel peut s'avérer plus difficile dans le TB de type 2 ou dans les TB à cycle ultrarapide. L'existence de symptômes résiduels en dehors des épisodes peut, également, prêter à confusion. Enfin, les deux diagnostics peuvent coexister, donnant alors lieu à des situations cliniques particulièrement complexes.

3. Comorbidité TB et TDAH : une situation clinique complexe

Chez l'adulte, plusieurs études ont montré que les deux troubles coexistaient en moyenne dans 20 % des cas [12,16,24]. Ainsi, la prévalence de l'association TDAH-TB dans la population générale adulte est estimée entre 0,2 % et 0,4 %.

Quelques études ont observé l'impact que pouvait avoir cette comorbidité sur les caractéristiques cliniques et l'évolution de chacune des deux pathologies.

Wilens et al. [20] ont comparé des sujets hyperactifs ayant un TB comorbide à des sujets souffrant d'un TDAH isolé : dans la condition comorbide, les sujets avaient plus de pathologies psychiatriques associées, un moins bon niveau de fonctionnement, et des symptômes de TDAH plus nombreux.

Deux études ont comparé les caractéristiques cliniques d'un groupe de sujets bipolaires avec TDAH comorbide, et d'un groupe de sujets souffrant de TB isolé [12,18]. L'âge de début du TB était inférieur chez les patients comorbides par rapport aux patients bipolaires sans TDAH associé. Les résultats témoignaient d'une plus grande sévérité psychopathologique du TB chez les sujets comorbides : plus grand nombre d'épisodes, plus fort taux de conduites suicidaires, de conduites violentes et de comorbidités (troubles anxieux et addictifs), moins bon niveau de fonctionnement, moindre qualité de vie.

De manière intéressante, Tamam et al. [18] ont distingué les bipolaires ayant uniquement un diagnostic de TDAH dans l'enfance de ceux chez qui le TDAH a persisté au cours du temps (TDAH actuel). Les auteurs ont observé un gradient de sévérité : les sujets bipolaires souffrant de TDAH actuel avaient présenté le plus grand nombre d'épisodes thymiques, suivis des sujets ayant un TDAH dans l'enfance, puis des sujets bipolaires non-comorbides.

En définitive, l'association entre TB et TDAH montre un tableau psychopathologique sévère et fréquent. Il faut à ce titre s'interroger sur le risque que la prévalence du double diagnostic soit surévaluée par une prise en compte excessive des symptômes communs. Cette question a été spécifiquement étudiée par certains auteurs, qui ont montré que le double diagnostic persistait après contrôle de la symptomatologie commune [10].

4. Anomalies neurocognitives : quelle contribution au diagnostic différentiel ?

Les bilans neuropsychologiques de routine mettent en évidence des perturbations des fonctions exécutives, de l'attention, de la mémoire ou encore de la vitesse de traitement, tant chez les bipolaires que chez les hyperactifs. On ne peut pas formellement distinguer ces deux troubles sur la seule base de ce type de bilan. Cependant, il n'y a pas de travaux chez l'adulte qui aient directement comparé ces deux populations. En revanche, Rucklidge et al. [13] ont comparé les performances cognitives d'adolescents âgés de 14 à 17 ans souffrant de TDAH, de TB isolé ou des deux, avec des adolescents sans trouble psychiatrique. Les auteurs ont montré que les performances des adolescents souffrant de TDAH, avec ou sans trouble bipolaire comorbide, étaient déficitaires par rapport à celles des adolescents bipolaires et des

adolescents contrôles. Les symptômes de TDAH, plus que les symptômes maniaques, exerçaient un impact majeur sur les performances cognitives. Bien que non généralisable à la pathologie de l'adulte, cette étude permet de souligner l'importance des dysfonctionnements cognitifs dans le TDAH. Il serait ainsi judicieux de rechercher systématiquement la présence de TDAH chez des adultes bipolaires ayant des performances cognitives perturbées.

L'exploration des processus émotionnels dans le TB et le TDAH semble particulièrement pertinente vue l'importance des symptômes affectifs. Guyer et al. [7] ont comparé 42 adolescents bipolaires et 35 adolescents hyperactifs à une tâche de catégorisation d'émotions faciales : les sujets bipolaires avaient des performances significativement inférieures aux sujets hyperactifs et aux contrôles, et ce quelle que soit la catégorie d'émotions. Ces travaux suggèrent que le TB serait une perturbation essentielle de la réponse émotionnelle, tandis qu'une perturbation du contrôle cognitif serait fondamentale dans la genèse des symptômes du TDAH.

Certains résultats en neuro-imagerie structurale supportent cette hypothèse : des anomalies des structures sous-corticales limbiques (*nucleus accumbens*) concerneraient plus spécifiquement le TB, tandis que des perturbations des ganglions de la base seraient plus spécifiques du TDAH [2,8]. Ces deux études, en revanche, ne concordent pas sur la nature des anomalies morphométriques des patients comorbides : dans l'étude de Biederman et al. [2], le pattern d'anomalies observées résulte clairement de l'association des anomalies observées individuellement dans chacune des deux pathologies, tandis que dans l'étude de Lopez-Larson et al. [8], les sujets avec double diagnostic sont très proches des bipolaires sans TDAH associé.

5. Aspects thérapeutiques

Les psychostimulants tels que le méthylphénidate restent le traitement de référence du TDAH, tandis que certains antidépresseurs comme le bupropion ou l'atomoxetine semblent particulièrement prometteurs [6,16,22]. L'induction d'épisodes maniaques est rare ; chez les sujets concernés, l'anamnèse permet généralement d'identifier des facteurs de vulnérabilité pour un TB, en particulier des antécédents familiaux.

La fréquence des états maniaques ou hypomaniaques sous psychostimulants pourrait en revanche atteindre 40 % chez les patients bipolaires [23]. Plus généralement, certains travaux suggèrent que la prescription de psychostimulants chez les patients bipolaires comorbides pourrait aggraver la symptomatologie bipolaire [15]. Les sujets bipolaires traités

précocement par psychostimulants pourraient avoir eu un début plus précoce de la maladie [5], ce qui va dans le sens d'un risque de déstabilisation thymique. Cependant, la publication de données contradictoires a remis en question ces constatations cliniques. En association avec les thymorégulateurs, le méthylphénidate et le bupropion pourraient avoir un bénéfice sur la réduction des symptômes maniaques et dépressifs, sur la diminution des anomalies cognitives, et sur l'amélioration du fonctionnement [9,21]. En dehors des épisodes, l'atomoxetine a récemment démontré son potentiel de stabilisation de l'impulsivité, l'irritabilité et la distractibilité intercritiques [3]. Cependant, ces études à court terme doivent être complétées de suivis prospectifs prolongés.

En définitive, le traitement des formes comorbides se doit d'associer les traitements spécifiquement préconisés pour chacun des troubles. Ces associations se sont révélées relativement sécurées, pour peu que l'on soit attentifs à certaines interactions, comme les antidépresseurs tricycliques ou les IMAO avec les psychostimulants [3].

Le schéma thérapeutique requiert en premier lieu l'atteinte d'un équilibre thymique, avant d'introduire un traitement psychostimulant qui pourra contribuer à réduire les manifestations intercritiques telles que l'irritabilité, l'impulsivité ou la distractibilité.

6. Conclusion

Malgré des dimensions cliniques communes, de nombreux éléments distinguent le TB et le TDAH. En dépit de sa fréquence, la nature précise de la forme comorbide reste méconnue. Plusieurs éléments suggèrent que l'association TDAH + TB pourrait constituer une entité nosologique spécifique : prédominance masculine, trouble bipolaire de début précoce, héritabilité très importante, plus grande sévérité du tableau clinique et de l'évolution, et moindre sensibilité aux agents antimaniaques [17].

Cependant, les données disponibles dans le TDAH de l'adulte restent peu abondantes ; l'ensemble de ces résultats doit être répliqué et approfondi pour mieux comprendre les liens complexes qui unissent le TDAH et le trouble bipolaire. L'incertitude concernant les critères de validité du diagnostic de TDAH chez l'adulte justifie, par ailleurs, de reconsidérer cette entité diagnostique dans les classifications ultérieures.

Références

[1] Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994;53:13-29.

- [2] Biederman J, Makris N, Valera EM, et al. Towards future understanding of the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: A MRI study of brain volumes. *Psychol Med* 2007;38:1045-56.
- [3] Castaneda R, Levy R, Hazzi C, et al. Treating adult attention deficit hyperactivity disorder in hospitalized psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry* 2008;30:572-7.
- [4] Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conners Adult ADHD Rating Scale*, technical manual. New York: Multi-Health Systems; 1999.
- [5] Delbello MP, Soutullo CA, Hendricks W, et al. Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder: association with age at onset. *Bipolar Disord* 2001;3:53-7.
- [6] Gibson AP, Bettinger TL, Patel NC, et al. Atomoxetine versus stimulants for treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann Pharmacother* 2006;40:1134-42.
- [7] Guyer A, McClure E, Adler A, et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48:863-71.
- [8] Lopez-Larson M, Michael ES, Terry JE, et al. Subcortical differences among youths with attention-deficit/hyperactivity disorder compared to those with bipolar disorder with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:31-9.
- [9] Lydon E, El-Mallakh RS. Naturalistic long-term use of methylphenidate in bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26:516-8.
- [10] Milberger S, Biederman J, Faraone SV, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:1793-9.
- [11] Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, et al. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 1997;2:159-66.
- [12] Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005;57:1467-73.
- [13] Rucklidge J. Impact of ADHD on the Neurocognitive Functioning of Adolescents with Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 2006;60:921-8.
- [14] Soutullo CA, Chang KD, Diez-Suarez A, et al. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord* 2005;7:497-506.
- [15] Soutullo CA, DelBello MP, Ochsner JE, et al. Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with history of stimulant or antidepressant treatment. *J Affect Disord* 2002;70:323-7.

- [16] Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57:456-63.
- [17] State RC, Frye MA, Altshuler LL, et al. Chart review of the impact of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity on response to lithium or divalproex sodium in adolescent mania. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1057-63.
- [18] Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:385-93.
- [19] Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:1-16.
- [20] Wilens TE, Biederman J, Wozniak J, et al. Can Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Be Distinguished from Those with Comorbid Bipolar Disorder? Findings from a Sample of Clinically Referred Adults. *Biol Psychiatry* 2003;54:1-8.
- [21] Wilens TE, Prince JB, Spencer T, et al. An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003;54:9-16.
- [22] Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, et al. A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 2001;158:282-8.
- [23] Wingo AP, Ghaemi SN. Frequency of stimulant treatment and of stimulant-associated mania/hypomania in bipolar disorder patients. *Psychopharmacol Bull* 2008;41:37-47.
- [24] Winokur G, Coryell W, Endicott J, et al. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry* 1993;150:1176-81.

Discussion

Dr Y. Le Strat – Merci, Nathalie, pour ta présentation très didactique. Tu as publié une analyse du stroop émotionnel chez des patients bipolaires en phase maniaque. As-tu analysé tes données, en tenant compte de l'existence d'une comorbidité ?

Pr F. Rouillon – Si le trouble bipolaire est décrit et intégré aux nosographies psychiatriques depuis plus d'un siècle, ce n'est pas le cas du TDAH de l'adulte. S'agit-il donc

d'une pathologie émergente ou d'une approche diagnostique nouvelle d'un trouble existant depuis toujours ?

Dr J. Garrabé – Avant l'introduction du concept de TDAH, des auteurs comme Henri Wallon, à la fois psychiatre et théoricien de la pédagogie, parlait d'enfants turbulents à propos de l'échec dans l'acquisition des fondamentaux à l'entrée dans l'enseignement obligatoire à l'âge de six ans. Cet échec n'était pas rattaché à une « débilité mentale » type Binet-Simon, mais à une instabilité de l'attention et du comportement psychomoteur. L'étude de cet état s'est poursuivie en France par Georges Heuyer et ses élèves et par J. de Ajuriaguerra (voir le *Manuel de psychiatrie infantile* de ce dernier). Je ne pense pas qu'à l'époque ait été envisagé le traitement par un amphétaminique, bien que l'usage de ces produits psychotropes par des adolescents ou jeunes adultes pour favoriser les performances scolaires se soit répandu peu après la Seconde Guerre mondiale. Je ne crois pas non plus qu'ait été posée la question d'une corrélation avec des troubles maniacodépressifs ultérieurs.

Pr J.-D. Guelfi – (Pour faire suite au commentaire de J. Garrabé) – Et le père de Quentin Debray, Pierre Debray, venu à la psychiatrie via la pédiatrie, enseignait, à la suite de ces maîtres, qu'il fallait bien distinguer l'« impulsivité » – à forte charge génétique – et la « turbulence réactionnelle » de l'enfant, dont le trouble du comportement paraissait clairement réactionnel à des facteurs divers de l'environnement dont les conflits familiaux. Cette distinction impulsivité/turbulence préfigurait le TDAH et son principal diagnostic différentiel.

Réponse du Rapporteur : Au Dr Y. Le Strat – Nous avons effectivement mesuré l'interférence cognitive et émotionnelle à l'aide d'un test de Stroop Couleur et d'un Stroop émotionnel chez des patients en phase maniaque. Il aurait été intéressant de dépister la présence de TDAH comorbide et d'en apprécier l'impact sur le déficit d'inhibition. Cependant, cette étude a été menée il y a quelques années déjà, et cette comorbidité n'avait alors pas été dépistée. Cependant, la comorbidité TDAH est actuellement recherchée dans le cadre de recherches incluant le Stroop émotionnel en euthymie.

Au Pr F. Rouillon – La notion d'hyperactivité n'est pas si récente ; des tableaux cliniques associant des difficultés attentionnelles, une impulsivité et une hyperactivité motrice ont été décrits dès le début du XIX^e siècle, telle la « personnalité psychopathique instable » de Kraepelin.