

Questions flash – Devant quels symptômes évoquer... ?

Diarrhée chronique : fonctionnelle ou pas ?

→ J. LEMALE

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

Une diarrhée chronique correspond à la modification de la consistance des selles qui sont liquides ou molles et plus ou moins abondantes depuis au moins 2 à 4 semaines. C'est un motif fréquent de consultation, les causes varient selon l'âge.

Une diarrhée chronique néonatale est "toujours" organique. Si elle survient dès la naissance et qu'elle entraîne une déshydratation importante, il faudra évoquer une maladie de l'épithélium intestinal ou une dysfonction des canaux intestinaux du chlore ou du sodium. Une diarrhée par maldigestion peut être également suspectée à cette période, des selles grasses devant faire évoquer une mucoviscidose, des selles acides une intolérance à certains sucres. Si la diarrhée survient après un intervalle libre, la cause à évoquer en priorité est l'allergie aux protéines du lait de vache.

Chez le nourrisson et l'enfant plus grand, les causes fonctionnelles sont les plus fréquentes. Une diarrhée chronique fonctionnelle du nourrisson est définie selon les critères de ROME IV chez un enfant âgé de 6 à 60 mois par au moins 4 selles non formées par jour pendant au moins 4 semaines, sans qu'il existe un retentissement sur la croissance staturo-pondérale, avec des apports caloriques adéquats. En effet, une alimentation parfois trop restrictive mise en place par les familles peut conduire à une stagnation pondérale. La prise en charge consiste à rassurer la famille sur le caractère bénin et à la reprise d'un régime alimentaire le plus normal possible pour l'âge avec un lait infantile, une diminution des apports en hydrates de carbone et en jus de fruits si excessifs et une augmentation de l'apport en graisses.

Dans cette tranche d'âge, en cas de diarrhée chronique avec un régime adapté, une altération de la croissance pondérale $\pm$ staturale associée doit faire rechercher une maladie cœliaque en premier lieu. Les causes de diarrhée par maldigestion des lipides ou des sucres doivent être évoquées secondairement.

Chez l'enfant plus grand et l'adolescent, les causes fonctionnelles de diarrhée chronique dominent toujours avec le syndrome de l'intestin irritable défini selon les critères de ROME IV par des douleurs abdominales au moins 4 jours par mois en rapport avec la défécation et/ou associées à un changement de la fréquence et de l'aspect des selles. La prise en charge consiste à rassurer la famille et à tenter un régime pauvre en FODMAPs.

Une intolérance au lactose est une des rares causes de diarrhée organique fréquente lors de laquelle la croissance n'est pas altérée, dans le cas contraire, une cause organique doit toujours être recherchée. La présence de sang dans les selles et un syndrome inflammatoire biologique orienteront vers une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Une diarrhée importante avec perte de poids rapide et troubles ioniques doit faire évoquer une diarrhée hypersécrétoire.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Hoquet chronique : fonctionnel ou pas ?

→ J. LEMALE

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

Le hoquet correspond à des contractions myocloniques du diaphragme et parfois des muscles intercostaux. Ces contractions peuvent survenir entre 4 et 60 fois par minute.

On distingue différentes sortes de hoquet. Le plus courant est le hoquet aigu défini par des secousses répétitives durant moins de 24 h et entraînant une gêne limitée. Dès que le hoquet a une durée de plus de 48 h et qu'il devient invalidant, on parle de hoquet chronique persistant. Enfin, si les secousses ont une durée de plus d'un mois, il s'agit d'un hoquet réfractaire.

Le hoquet est un motif fréquent de consultation au cours de la première année de vie, il fait partie des troubles digestifs les plus souvent rapportés par les parents après les flatulences et les tortillements. Ainsi, chez le nourrisson et l'enfant plus grand, son déclenchement est souvent lié à une distension gastrique, un état d'énervement ou d'agitation.

Lorsque le hoquet chronique est réfractaire, il peut être organique ou fonctionnel. Dans ce dernier cas, le retentissement sur le sommeil est limité car il cède dans la plupart des cas la nuit. L'impact sur l'alimentation est également peu important. Il s'agit cependant d'un diagnostic d'élimination car tout hoquet persistant et de surcroît invalidant doit conduire à la réalisation d'examen complémentaires, au mieux basés sur des points d'appel retrouvés à l'examen clinique. Sinon, de manière systématique, il faudra réaliser une endoscopie digestive haute $\pm$ une pH-métrie et une manométrie œsophagienne pour rechercher une œsophagite peptique ou caustique ou un trouble de la motricité, une IRM cérébrale pour éliminer avant tout une tumeur de la fosse postérieure ou un traumatisme crânien et un scanner thoraco-abdominal pour évaluer notamment la présence d'un abcès sous-phrénique, d'adénopathies, d'une pleurésie ou d'une péricardite.

En l'absence de cause retrouvée, le diagnostic de hoquet fonctionnel chronique est retenu. Les manœuvres empiriques de type Valsalva ou de détournement de l'attention n'étant pas efficaces, un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons peut être tenté en première

intention. Des études ont aussi montré l'efficacité de traitements comme le baclofène et le métoclopramide. Des traitements adjuvants comme l'hypnose sont parfois utiles chez certains patients.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Toux organique ou psychogène : comment s'y retrouver ?

→ **B. DELAISI**

Centre de Pneumologie de l'Enfant,
BOULOGNE-BILLANCOURT.

La question se pose dans le cadre d'une toux chronique, dont la définition habituellement admise est : une toux évoluant depuis plus de 4 semaines. Cependant, d'autres définitions sont mieux adaptées aux exacerbations récurrentes de toux : > 3 mois/an depuis au moins 2 ans, > 1 semaine/mois depuis au moins 6 mois, > 2 épisodes/an d'une durée > 2 semaines.

Le cadre général des étiologies d'une toux chronique de l'enfant a été exposé,

il y a maintenant plus d'une décennie, par Chang de manière particulièrement didactique et est résumé dans la **figure 1** [1]. L'essentiel à retenir est que la toux est en premier lieu un réflexe de protection des voies aériennes et que les causes spécifiques d'une toux chronique de l'enfant, au premier rang desquelles l'asthme – trop systématiquement évoqué –, même bien explorées, sont mineures. La réponse physiologique aux infections virales de la petite enfance constitue la première cause, suivie par une exagération du réflexe de toux en réponse aux agressions virales notamment, dans laquelle une hyperexpression des récepteurs à la toux (TRVP1) a pu être démontrée, qualifiée de toux non spécifique.

La recherche d'une cause spécifique doit s'appuyer sur l'anamnèse et sur les signes cliniques d'orientation (**fig. 1**). La réalisation d'une radiographie thoracique reste indiquée à titre systématique dans l'exploration d'une toux chronique de l'enfant, complétée, en cas de toux sèche, par une recherche d'allergie respiratoire et par une exploration fonctionnelle respiratoire chez l'enfant âgé de plus de 6 ans. Une cause spécifique est plus probable en cas de toux productive. La bronchite bactérienne persistante ne doit notamment pas être méconnue car elle est souvent

efficacement traitée par une antibiothérapie adaptée.

La toux psychogène reste un diagnostic d'élimination à l'issue de cette démarche. Des caractéristiques évocatrices de ce diagnostic sont cependant presque constamment retrouvées :

- le caractère non productif de la toux ;
- la disparition durant le sommeil profond ;
- l'association fréquente, au cours du temps, à d'autres manifestations fonctionnelles respiratoires comme le syndrome d'hyperventilation ou la dysfonction épisodique laryngée.

Dans les faits, la toux psychogène correspond à trois tableaux cliniques différents :

>>> Celui d'une petite toux sèche, répétitive, à type de raclement de gorge "sans utilité" mais avec une irritation de la gorge ressentie, variant suivant la concentration et les activités, laissant l'enfant assez indifférent, lui-même n'étant pas gêné contrairement à son entourage, disparaissant durant le sommeil, qualifié de **toux d'habitude**.

>>> Celui d'une toux plus permanente, à type de cornage, souvent aboyante, entendue à distance, souvent dès la salle d'attente, plus souvent en rapport avec une pathologie psychique sous-jacente (conversion, anxiété, dépression), qualifié à proprement parler de toux psychogène.

>>> Celui d'une association à d'autres tics moteurs qui, en cas de persistance sur plus d'une année, doit faire rechercher de principe un syndrome de Gilles de la Tourette, notamment chez l'adolescent de sexe masculin.

D'un point de vue thérapeutique, il est important de différencier ces deux cadres nosologiques, une toux d'habitude étant souvent résolutive après suggestion simple tandis qu'une toux psychogène, telle que définie ci-dessus, nécessite

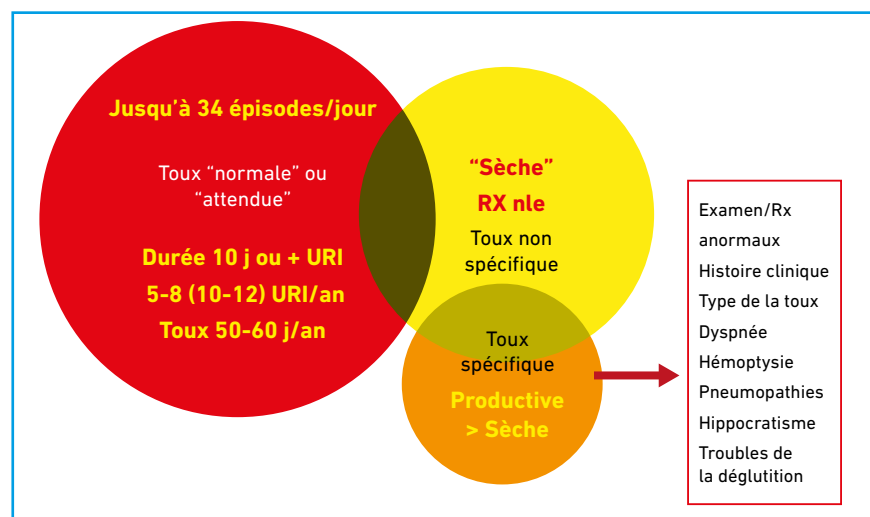


Fig. 1 : Étiologies d'une toux chronique de l'enfant et démarche diagnostique (d'après [1]).

Questions flash – Devant quels symptômes évoquer... ?

souvent une prise en charge pédopsychiatrique avec parfois un recours aux neuroleptiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. MARCHANT JM, MASTERS B, TAYLOR SM *et al.* Evaluation and outcome of young children with chronic cough. *Chest*, 2006;129:1132-1141.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Syndrome d'hyperventilation : quelle démarche diagnostique ?

→ B. DELAISI

Centre de Pneumologie de l'Enfant, BOULOGNE-BILLANCOURT.

Le syndrome d'hyperventilation (SHV) est habituellement défini comme une dysrégulation de la ventilation causant une hypocapnie, en l'absence de cause organique d'hyperventilation, avec des symptômes et **des plaintes non exclusivement liées à l'hypocapnie** [1]. Cette

hypocapnie est responsable d'une hyperexcitabilité neuromusculaire, d'une hypertonie des muscles respiratoires, d'une vasoconstriction cérébrale entraînant des signes neurologiques potentiels et d'une possible vasoconstriction coronarienne pouvant s'accompagner de signes cardiovasculaires, ainsi que d'une hypertonie sympathique.

Un véritable cercle vicieux se met alors souvent en place, l'effort ou le stress favorisant au départ une hyperventilation qui s'accompagne d'une chute de la capnie, responsable de symptômes qui eux-mêmes aggravent le stress puis l'hyperventilation. Ce tableau clinique de SHV est loin d'être rare, avec une incidence de plus de 10 % en population générale, décrit dès l'âge de 10 ans avec une prédominance féminine et concerne notamment un grand nombre des asthmatiques non contrôlés.

Avec un peu d'expérience, ce diagnostic est évoqué dès l'interrogatoire, sans test ou questionnaire spécifique. On retrouve notamment :

- des signes généraux avec fatigue, anxiété, difficultés d'endormissement ;
- des signes respiratoires avec une dyspnée présente dans 50 à 90 % des cas,

ayant comme caractéristiques une mauvaise relation avec l'intensité de l'effort et sa présence souvent au repos, des bâillements, des soupirs, des modifications du rythme respiratoire, des douleurs thoraciques ;

– des signes neurovégétatifs : étourdissements, céphalées, tremblements, troubles de la vue, acouphènes, paresthésies.

La démarche diagnostique débutera par une élimination des diagnostics organiques possibles sur la base de l'examen clinique, d'une exploration fonctionnelle respiratoire et souvent d'une radiographie thoracique. Cependant, c'est l'interrogatoire, avec une connaissance préalable de ce tableau clinique et de ses signes, qui reste la pierre angulaire de ce diagnostic. Cet interrogatoire peut être conforté par l'utilisation de scores : score de Nijmegen [2] développé dans une population adulte et/ou score de SHAPE [3] développé dans une population pédiatrique.

En cas de doute diagnostique, il est intéressant d'essayer d'obtenir une reproduction des symptômes lors d'une hyperventilation volontaire. Enfin, si disponible, un test fonctionnel spécifique peut être utilisé, notamment lors d'études (**fig. 1**). Un test d'apnée a aussi été proposé, la moyenne des sujets normaux étant capable de tenir une apnée de l'ordre de 60 secondes alors que les patients présentant un SHV tiennent en général moins de 30 secondes.

BIBLIOGRAPHIE

1. FOLGERING H. The pathophysiology of hyperventilation syndrome. *Monaldi Arch Chest Dis*, 1999;54:365-372.
2. VAN DIXHOORN J, DUIVENVOORDEN HJ. Efficacy of Nijmegen Questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *J Psychosom Res*, 1985;29:199-206.
3. SZNAJDER M, STHENEUR C, BARANES T *et al.* Valeur diagnostique du questionnaire SHAPE pour le syndrome d'hyperventilation de l'enfant : étude pilote. *Arch Pediatr*, 2009;16:1118-1123.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

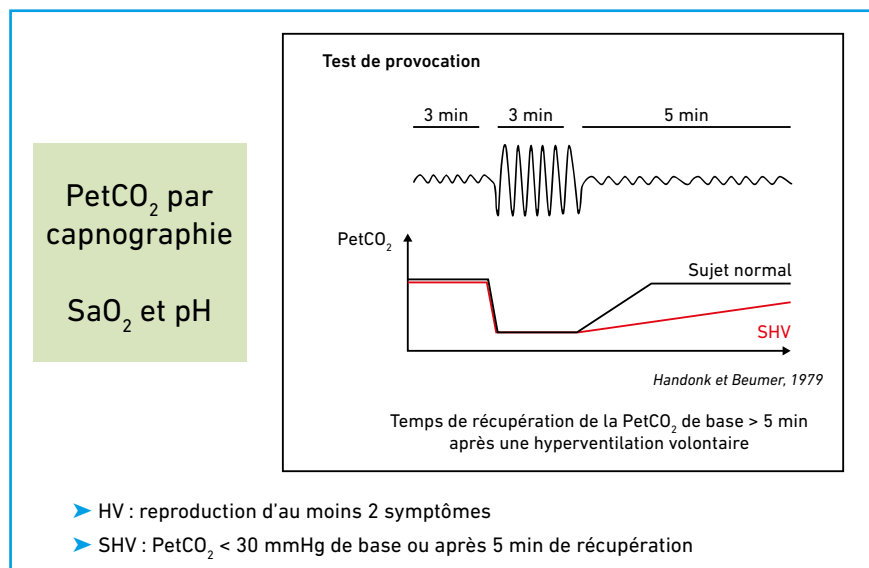


Fig. 1 : Test d'hyperventilation volontaire.

Questions flash – Devant quels symptômes évoquer... ?

Dyspnée d'effort : est-ce de l'asthme ?

→ B. DELAISI

Centre de Pneumologie de l'Enfant,
BOULOGNE-BILLANCOURT.

Devant une dyspnée aiguë à l'effort, en particulier dans le cadre scolaire, la réaction initiale de l'entourage est d'évoquer un asthme, assertion parfois reprise avec un peu de facilité lors de consultations médicales ultérieures. Pourtant, les diagnostics différentiels sont particulièrement nombreux, au premier rang desquels le syndrome d'hyperventilation (SHV) développé précédemment, la dyskinésie épisodique laryngée qui correspond un spasme inspiratoire des cordes vocales à l'effort, la simple mauvaise adaptation cardiorespiratoire à l'effort – fréquente en période pubertaire, notamment chez la fille, aggravée par le déconditionnement progressif – et bien entendu des causes rares, musculaires ou cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle pulmonaire.

Il conviendra donc d'être particulièrement rigoureux avant de porter le diagnostic d'asthme devant une dyspnée d'effort. Il est important de savoir que la plupart des séries pédiatriques, publiées [1, 2] ou non – dont celle de Robert Debré –, explorant des enfants adressés pour dyspnée d'effort retrouvent un bronchospasme induit par l'exercice dans moins de 10 % des cas à l'issue de la démarche diagnostique incluant une épreuve d'effort, alors que ce diagnostic est évoqué de manière majoritaire avant l'exploration.

En pratique, là encore, l'interrogatoire jouera un rôle essentiel : apparition de la dyspnée dès le début de l'effort voire au repos, ce qui orienterait vers un SHV ou, à l'inverse, après un effort relativement prolongé, notamment à la fin de l'effort, plus probablement en rapport avec un bronchospasme induit par l'exercice, une dyspnée expiratoire ou à l'inverse

inspiratoire qui évoquerait alors une possible dyskinésie laryngée, existence ou non d'une réponse franche lors de l'utilisation de bêta-2 mimétiques, surtout s'ils peuvent être donnés de manière comparative avant l'effort.

Les examens complémentaires devront comprendre une exploration fonctionnelle respiratoire, une radiographie thoracique et parfois une échocardiographie. En ce qui concerne l'exploration fonctionnelle respiratoire, l'analyse de la courbe inspiratoire ne devra pas être négligée car elle peut orienter, en cas d'aplatissement progressif au fur et à mesure de la répétition des efforts, vers une dyskinésie laryngée et parfois rendre fausement positif un test de provocation à la métacholine. Le test thérapeutique comparatif de tolérance à l'effort après administration ou non de bêta-2 mimétique est souvent utile.

Au total, la découverte d'un asthme devant une dyspnée d'effort de l'enfant reste minoritaire, alors qu'elle est quasi systématiquement évoquée comme cause initiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. WEINBERGER M, ABU-HASAN M. Pseudo-asthma: when cough, wheezing, and dyspnea are not asthma. *Pediatrics*, 2007;120:855-864.
2. MAHUT B, FUCHS-CLIMENT D, PLANTIER L et al. Cross-sectional assessment of exertional dyspnea in otherwise healthy children. *Pediatr Pulmonol*, 2014;49:772-781.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Troubles obsessionnels compulsifs de l'enfant : que faire ?

→ D. COHEN

Sorbonne-Université, CNRS UMR 7222
"Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques",
Service de Psychiatrie de l'enfant et
de l'adolescent, APHP GHU Pitié-Salpêtrière, PARIS.

La symptomatologie obsessionnelle compulsive de l'enfant est fréquente et c'est une question qui revient très régulièrement en consultation pédiatrique.

Obsessions compulsions développementales vs pathologiques

La première question réside dans la distinction entre ce qui relève du pathologique et ce qui relève de défenses naturelles au cours du développement.

En effet, beaucoup d'enfants ont des symptômes obsessionnels compulsifs qui sont de l'ordre de la normalité. C'est une défense naturelle contre l'anxiété avant d'être un trouble. Ces symptômes obsessionnels compulsifs normaux aident à maîtriser l'anxiété, facilitent la socialisation, évitent toute une série de stress quotidiens, ne sont pas spécialement dérangeants pour l'enfant et sa famille et, en tout cas, ne consomment pas beaucoup de temps. Au contraire, les symptômes obsessionnels compulsifs pathologiques sont souvent intrusifs, stressants, inappropriés, consomment beaucoup de temps, sont non désirés par l'enfant et sa famille et douloureux, et renforcent l'isolement social ou une forme de régression comportementale. Le **tableau I** résume les caractéristiques comparatives des obsessions compulsions développementales et des obsessions compulsions pathologiques.

Il est donc essentiel de reconnaître le trouble obsessionnel compulsif (TOC),

Obsessions compulsions développementales	Obsessions compulsions pathologiques
● Banales, admises (rituel du coucher chez l'enfant) ● Brèves, limitées dans le temps ● Facilité à s'en distraire ● Contrôle facile ● Pas ou peu de conduites d'évitement ● Pas de handicap ni de souffrance psychique ● Pas de crises de colère ● Fonction nécessaire au développement	● Sophistiquées, complexes ● Longues (une à plusieurs heures par jour) ● Tenaces, persistantes ● Contrôle difficile voire impossible ● Conduites d'évitement invalidantes ● Handicap relationnel, familial, scolaire parfois majeur ● Accès de colère +++ ● Souffrance et épuisement psychique

Tableau I : Principales caractéristiques comparatives des obsessions compulsions développementales et des obsessions compulsions pathologiques.

de le distinguer d'une défense naturelle transitoire et d'en évaluer le retentissement. L'évaluation du retentissement se fait dans les quatre dimensions : du quotidien, du physique bien entendu, de la souffrance psychologique, et du retentissement familial et social, ce qui comprend aussi la composante scolaire.

Si l'on est dans une forme fonctionnelle développementale sans impact, on pourra dans ce cas rassurer l'enfant et les parents, et rechercher la dynamique fonctionnelle des symptômes chez l'enfant. En effet, si les parents viennent en consultation, c'est que, même si ces symptômes obsessionnels compulsifs sont considérés comme développementaux et normaux, ils ont une valeur fonctionnelle puisqu'ils constituent le motif de la consultation. L'appréciation du contexte, dans une vision écosystémique, sera déterminante. Personnellement, je conseille de revoir l'enfant car il n'est pas impossible qu'au cours de l'évolution, dans un certain nombre de cas, un TOC en bonne et due forme apparaisse à distance.

■ Prise en charge

Si c'est un TOC, alors le pédiatre devra organiser la prise en charge. À ce titre, il faudra rechercher les comorbidités éventuelles et en particulier d'autres

troubles anxieux ou une dépression. Il faudra évaluer le fonctionnement familial, les conséquences à l'école et avec les pairs, et savoir orienter vers une prise en charge spécialisée qui sera toujours en première option une psychothérapie, sachant que les thérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité. J'insiste chez l'enfant et l'adolescent également sur les prises en charge familiales car, très souvent, le TOC prend une valeur fonctionnelle dans le système familial.

La seconde option est pharmacologique, trois médicaments ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France : la sertraline, la fluvoxamine et la clomipramine (même si cette dernière est un tricyclique donc ne sera utilisée que dans les formes résistantes). Il faut savoir que l'effet est lent, ce qui implique de savoir attendre et de prévenir les patients, et qu'il est inutile chez l'enfant d'augmenter les doses comme on le voit parfois chez l'adulte, car c'est la durée d'exposition qui est associée le plus souvent à la réponse thérapeutique.

POUR EN SAVOIR PLUS

● FLAMENT M, COHEN D. Childhood obsessive compulsive disorders. In : MAJ M, SARTORIUS N (eds). *Obsessive-compulsive disorder: evidence and practice*. Genève, World Psychiatric Association, 2000:147-183.

● MARCELLI D, COHEN D. *Enfance et psychopathologie* (11^e édition). Paris, Masson, 2021.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

TDA/H : où en est-on de l'approche médicamenteuse ?

→ O. REVOL, D. ROCHE

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Femme Mère Enfant, Hôpitaux de Lyon, BRON.

Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est maintenant bien connu. Les plaintes des parents concernent l'agitation psychomotrice, la difficulté à accepter les tâches répétitives, le refus des consignes et la tendance à argumenter. En somme, un quotidien impacté par le comportement d'un enfant qui, on le sait, n'en n'est pas totalement responsable. En effet, la dernière révision du DSM-5 considère le TDA/H comme un trouble du neurodéveloppement. Son évolution potentiellement péjorative incite à le repérer le plus tôt possible tant "*il est plus facile de créer des enfants solides que de réparer des hommes brisés*"¹ !

■ Vers un consensus

Loin des polémiques du siècle dernier autour de l'existence de ce syndrome, une mise au point a été rappelée par la Haute Autorité de santé (HAS) en février 2015 [1]. Le TDA/H est reconnu comme une pathologie à part entière et l'objectif est de sensibiliser les médecins de premier recours aux caractéristiques

¹ Frédéric Douglass. Levine RS. *The lives of Frederick Douglass*. Harvard University Press, 2016.

Questions flash – Devant quels symptômes évoquer... ?

du trouble, afin de mettre en place des prises en charge adaptées. Avec une règle inchangée : **la solution médicamenteuse ne doit jamais survenir en première intention.**

Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur une triade pratiquement toujours présente : hyperactivité, déficit d'attention et impulsivité. Sans oublier que l'agitation est un symptôme et non pas un syndrome. Avant de poser définitivement le diagnostic de TDA/H, il faut avoir éliminé les autres causes potentiellement responsables d'hyperactivité (**fig. 1**).

Le TDA/H doit être évoqué lorsque l'hyperactivité et/ou le déficit d'attention sont retrouvés dans tous les lieux (école, maison, loisirs). La mise en perspective de l'échelle de Conners, remplie par les parents (séparément) et les enseignants, permet un "pré-diagnostic" (**fig. 2**).

Une prise en charge multimodale

Les recommandations vont dans le sens d'une prise en charge à la fois éducative (conseils aux parents, intégration des parents dans des groupes de soutien comme les groupes Barkley) et pédagogique (aménagements conseillés en primaire, au collège et au lycée). Le traitement médicamenteux devra être envisagé dans un deuxième temps mais, lorsque l'impact sur la vie affective ou sociale est trop important, il devient indispensable.

Un médicament à l'efficacité reconnue

Seule molécule à la disposition des médecins français, le méthylphénidate serait efficace dans 70 % des cas [2]. Les indications concernent l'enfant de 6 à 18 ans sachant que, si le traitement a été donné dans l'enfance, il est possible de le poursuivre.

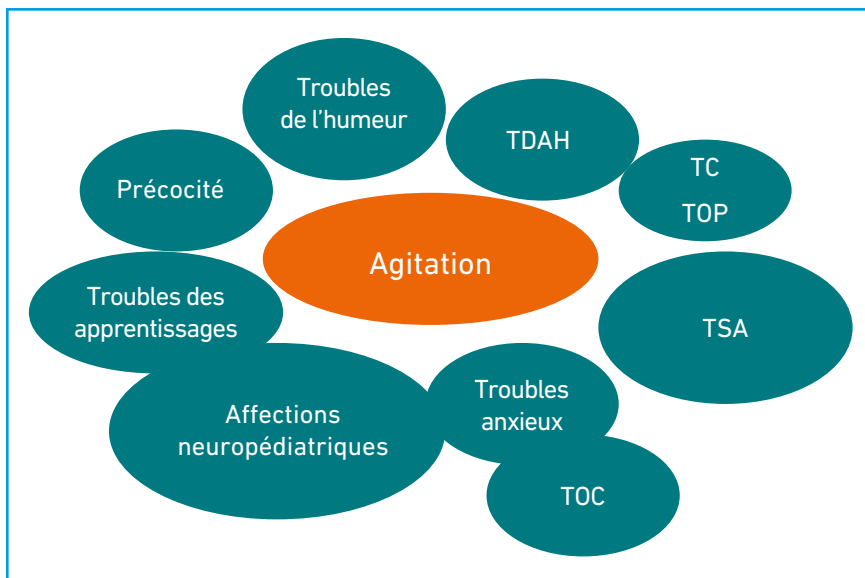


Fig. 1 : De multiples causes d'agitation. TC : troubles des conduites ; TOC : troubles obsessionnels compulsifs ; TOP : trouble opposition provocation ; TSA : troubles du spectre autistique.

Inhibiteur de la recapture de la dopamine, le méthylphénidate se décline sous deux formes : libération immédiate ou libération prolongée. Les contre-indications absolues sont rares (**tableau I**) et le bilan pré-thérapeutique se limite à une anamnèse rigoureuse et un examen clinique standardisé (pression artérielle, fréquence cardiaque, recherche d'anomalies cutanées et évaluation d'éventuelles comorbidités psychiatriques). Le bilan neuropsychologique visant à objectiver les troubles d'attention est facultatif.

Les effets secondaires sont peu fréquents et surviennent essentiellement à l'initiation du traitement, avec une insomnie d'endormissement, une perte d'appétit (plus importante avec les formes à libé-

ration prolongée), des céphalées (plus importantes avec les formes à libération immédiate), de même que des douleurs abdominales. On note, de façon quasi systématique, une élévation de la fréquence cardiaque et une exacerbation de tics préexistants qui incitent à réduire le dosage ou à espacer les doses.

L'électrocardiogramme n'est pas systématique [4]. On fera appel à cet examen en cas d'antécédent de chirurgie cardiaque ou de cardiopathie congénitale, d'antécédents familiaux de mort subite chez un apparenté de 1^{er} degré avant 40 ans, ou devant la notion d'essoufflement ou d'évanouissement à l'effort, de palpitations, de précordialgie ou d'anomalies de la tension artérielle.

Contre-indications absolues

- Antécédents personnels d'allergie sévère au méthylphénidate
- Traitement par IMAO en cours ou interrompu depuis moins de 15 jours
- Glaucome
- Phéochromocytome

Surveillance particulière

- Épilepsie
- Troubles cardiovasculaires
- Gilles de la Tourette

Tableau I : Contre-indications du méthylphénidate. IMAO : inhibiteur de la monoamine-oxydase de type A.

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Questionnaire complété par : la mère ☐ le père ☐ les deux ☐
le : (date à laquelle le questionnaire est rempli)

Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence, attention de courte durée				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changements d'humeur rapides et marqués				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

Fig. 2 : Questionnaire abrégé de Conners pour les parents. Cut off : 15.

Un schéma thérapeutique bien défini

On propose un traitement de 0,5 à 1 mg/kg/jour. Les *guidelines* internationales préconisent un traitement en continu. Il est néanmoins licite de le réserver aux jours d'école lorsque le déficit d'attention est isolé. En revanche, lorsque l'hyperactivité et surtout l'impulsivité pénalisent l'enfant en famille, il est préférable de le prescrire également le week-end.

Le titrage est bien établi et on conseille de commencer par une dose de 5 mg pour la forme à libération immédiate le matin et le midi, et de 10 mg pour

la forme à libération prolongée. Il est préférable de ne pas dépasser 60 mg par jour. Il est possible de combiner forme à libération immédiate et forme à libération prolongée. Il est conseillé de proposer un contact téléphonique hebdomadaire le 1^{er} mois et trimestriel la 1^{re} année.

Depuis le 15 septembre 2021, la primo-prescription peut se faire en ville à condition qu'elle soit effectuée par un pédiatre, un psychiatre ou un neurologue. Le médecin généraliste est habilité à renouveler l'ordonnance pour 28 jours maximum mais, au bout d'un an, la consultation auprès du spécialiste doit être renouvelée.

Conclusion

On retiendra que le TDAH "bien traité" est de bon pronostic, à la fois sur le plan social, familial et scolaire. La prescription de méthylphénidate permet à l'entourage de retrouver le même enfant mais sans les troubles qui le pénalisaient sur le plan académique et sur le plan relationnel. La disparition des symptômes perturbateurs permet de mettre (enfin) en valeur les qualités que l'on attribue à la plupart de ces enfants (empathie, curiosité, débrouillardise, spontanéité, intelligence, solidarité et ingéniosité...). Grâce à un traitement habilement introduit au bon moment, l'enfant peut ainsi passer de l'hyperactivité à la proactivité.

Questions flash – Devant quels symptômes évoquer... ?

Et le TDA/H devient alors une force subtile [5]...

BIBLIOGRAPHIE

1. www.has-sante.fr/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille
2. GREENHILL LL, SWANSON JM, VITIELLO B *et al.* Impairment and deportment responses to different methylphenidate doses in children with ADHD: the MTA titration trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;40:180-187.
3. GRAHAM J, BANASCHEWSKI T, BUTTELAAR J *et al.* European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011;20:17-37.
4. tdah2016.wordpress.com/2018/08/18/directive-nice-2018-diagnostic-et-prise-en-charge-du-tdah-chez-les-enfants-les-jeunes-et-les-adultes/
5. REVOL O. *On se calme !* JC Lattès, 2013.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Tics : quand explorer ?

→ A. HARTMANN

Département de Neurologie,
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PARIS.

Les tics sont des mouvements spontanés répétitifs et involontaires. Il ne s'agit pas de mouvements anormaux *stricto sensu* mais plutôt de mouvements et de vocalises qui sont déplacés dans le temps, le contexte et la fréquence. Les tics peuvent survenir sur le plan moteur et vocal et se déclinent en tics simples ou complexes. Ils se distinguent par le fait qu'ils sont généralement précédés par une sensation prémonitoire qui, à son tour, est soulagée après la réalisation du tic. Aussi, un contrôle transitoire du mouvement ou de la vocalise est possible.

Quand les tics moteurs et vocaux multiples surviennent avant l'âge de 18 ans sur une durée de plus d'un an, on parle

d'un syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) selon les critères du DSM-5. Par ailleurs, il est à noter que les tics chroniques/le SGT apparaissent rarement de manière isolée mais sont très fréquemment (environ 85 % des cas) accompagnés de comorbidités psychiatriques comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles du spectre autistique (TSA), les troubles des apprentissages ou des syndromes anxiodépressifs.

Les diagnostics différentiels en neurologie sont multiples mais rares. En premier lieu, il faut parfois éliminer des myoclonies, des dystonies ou des stéréotypies, ces dernières étant fréquentes dans l'autisme. Plus récemment, on observe de plus en plus de mouvements ou vocalises fonctionnels qui ressemblent à des tics en consultation.

Concernant la prise en charge, on commence d'habitude par la psychoéducation. On entend par là le conseil des patients, de leur famille et de l'école ou de l'employeur. Il s'agit de rassurer et démystifier les tics, et aussi d'insister sur le bon pronostic de ceux-ci puisqu'ils ont souvent tendance à diminuer de manière nette à l'âge adulte. On peut également mettre en avant les "tiqueurs" célèbres. Par la suite, il est indiqué de traiter les tics s'ils sont gênants. Enfin, il faut veiller aux comorbidités et surtout prioriser les problèmes, en sachant que les tics ne sont pas toujours au premier plan des soucis du patient.

Généralement, quatre critères sont applicables pour décider d'un traitement anti-tics :

- si les tics sont gênants socialement ;
- si les tics entravent l'estime de soi ;
- si les tics interfèrent avec l'attention et la concentration ;
- si les tics causent des douleurs ou des mutilations.

Parmi les types de traitements disponibles, il existe tout d'abord les traite-

ments non pharmacologiques, en premier lieu les thérapies comportementales. Celles-ci sont aujourd'hui les thérapies de première intention à condition que les patients soient suffisamment motivés pour ce type de prise en charge, qui requiert un certain investissement en termes de temps (et d'argent). Concernant le traitement pharmacologique, la molécule de premier choix est l'aripiprazole en commençant par de très faibles doses (1 mg en solution buvable le soir, avec des fourchettes thérapeutiques habituelles entre 2 et 5 mg par jour). Enfin, il est possible de songer à des injections de toxine botulique pour des tics simples.

Les traitements chirurgicaux (stimulation cérébrale profonde) sont réservés aux formes les plus sévères et résistantes aux traitements nommés ci-dessus.

LIENS UTILES

- AFSGT : www.france-tourette.org
- ESSTS : www.essts.org
- PNDS (2016) : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/pnds_-_syndrome_gilles_de_la_tourette.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Tremblement essentiel : que faire ?

→ A. HARTMANN

Département de Neurologie,
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PARIS.

Le tremblement essentiel est défini comme un tremblement bilatéral des membres supérieurs présent sur une durée d'au moins 3 ans (voir les critères de la *Movement Disorder Society* [MDS]). La fréquence moyenne est de 8 à 12 Hz. Il s'agit d'un tremblement présent à la posture et l'action, et qui a tendance à s'atténuer au repos. À part les membres supérieurs, il peut également toucher la tête, le menton et la voix. Il a une apparition bimodale. Une forme survient

généralement de manière précoce avant l'âge de 20 ans, une deuxième après l'âge de 60 ans.

Chez les mineurs, le début moyen du tremblement essentiel est de $9,7 \pm 5,6$ ans. Chez l'enfant et l'adolescent, il peut être confondu avec de l'instabilité motrice ou de la maladresse. L'évolution est non linéaire et les aggravations se font souvent par paliers. De manière tardive, on peut aussi observer des troubles posturaux ainsi que des ataxies. L'histoire familiale est positive dans deux tiers des cas. Il existe également une réponse à l'alcool positive dans 50 % des cas (mais à ne bien évidemment pas essayer chez l'enfant!).

Les classifications officielles du tremblement essentiel (revues en 2018 par la MDS) séparent les tremblements selon les caractéristiques cliniques (axe 1) et

l'étiologie (axe 2). Néanmoins, en pratique clinique, ces distinctions restent controversées et ne sont pas forcément utiles, d'autant plus qu'une étiologie précise pour le tremblement essentiel n'existe pas à ce jour.

Concernant l'approche diagnostique, il est important d'insister sur le fait qu'il s'agit d'un diagnostic clinique. Nous vérifions la présence ou l'absence du tremblement à la posture (tendre les bras devant soi), en faisant la manœuvre du bretteur, en faisant dessiner une spirale d'Archimède et/ou verser des verres d'eau.

L'approche thérapeutique se détermine tout d'abord par le degré de handicap. Chez l'enfant, il faut insister sur les activités typiques comme l'écriture, les activités sportives, l'habillement et l'alimentation. Le traitement de première inten-

tion reste le propranolol en commençant par de faibles doses, telles que 3×10 ou 3×20 mg par jour. En deuxième intention, il est possible d'essayer la primidone, le topiramate et la gabapentine. Dans de rares cas, des injections de toxine botulique et, dans les formes les plus sévères, la stimulation cérébrale profonde ainsi que les thalamotomies par *Gamma Knife* et ultrasons peuvent être évoquées.

LIENS UTILES

- APTES: www.aptes.org
- MDS: movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.27121
- www.movementdisorders.org/MDS/Resources/Patient-Education/Essential-Tremor.htm

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.