

Troubles Psychiatriques dans le TSA

Dr. V.HENRY

V-henry@chu-montpellier.fr

Pédopsychiatre

CHU Montpellier

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Plan

- Définition générale et enjeux
 - De quoi parle-t-on?
 - Définitions des troubles associés
- Repérage et diagnostic des troubles associés
 - Les outils d'aide au diagnostic
- Chaque trouble en détail
- Ressources / pharmacologie

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Table 1
Studies Addressing Comorbid Psychopathologies in ASD.

| Authors | Type of disorder(s) | I.Q. | Age | Gender | Test(s) used |
|---|---|-------------------------------------|--|--------------------|--|
| La Malfa et al. (2007) | Anxiety, depression, schizophrenia, mania, eating disorders, sexual disorders | Severe intellectual disability (ID) | <i>M</i> = 39.6 years | 49 M 41 F | Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II (DASH-II) |
| Worley and Matson (2011) | Worry/depression, avoidant behavior, conduct disorder (CD), under- and over-eating | Normal IQ | <i>M</i> = 8.34 years | 71 M 58 F | Autism Spectrum Disorders–Comorbid for Children (ASD-CC) |
| Strang et al. (2012) | Depression, anxiety | IQ > 70 | Range: 6–18 years | 86% M 14% F | Child Behavior Checklist (CBCL) |
| Mayes, Calhoun, et al. (2013) | Unusual fears | Normal IQ and ID | Range: 1–16 years | 83.3% M 16.7% F | Fear items from the Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) |
| Mehtar and Mukaddes (2011) | Posttraumatic stress disorder | Unspecified | Range: 6–18 years | 53 M 16 F | Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS, PTSD Scale) |
| Blakeley-Smith, Reaven, Ridge, and Hepburn (2012) | Anxiety | Normal IQ | Range: 8–14 years | 56 M 7 F | Screen for Child Anxiety Emotional Disorders in Children (SCARED) |
| Helverschou and Martinsen (2011) | Anxiety | ID | Range: 14–57 years; <i>M</i> = 23.9 years | 45 M 17 F | Anxiety items from the Psychopathology in Autism Checklist (PAC) |
| Mayes, Gorman, Hillwig-Garcia, and Syed (2013) | Suicide ideation | Normal IQ and ID | Range: 1–16 years; <i>M</i> = 6.6 years | 665 M 126 F | CASD; Pediatric Behavior Scale (PBS) |
| Mayes, Calhoun, Murray, Ahuja, and Smith (2011) | Anxiety, depression, irritability | Normal IQ and ID | Range: 6–16 years | 1265 M 125 F | PBS |
| Weissman and Bates (2010) | Bipolar disorder | Normal IQ | Range: 7–13 years | 115 M 24 F | K-SADS; CBCL |
| Davis et al. (2011) | Anxiety | Normal IQ and ID | Range: 2–14 years; <i>M</i> = 7.46 years | 72 M 27 F | Checklist from DSM-IV-TR |
| Vasa et al. (2013) | Anxiety | Normal IQ and ID | Range: 2–17.5 years | 1032 M 284 F | CBCL |
| Jepsen, Gray, and Taffe (2012) | Anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), CDs, Somatic complaints | Normal IQ | Range: 12–18 years | 40 M 5 F | CBCL |
| Helverschou, Bakken, and Martinsen (2009) | Psychosis, depression, anxiety, obsessive compulsive disorder (OCD) | ID | Range: 17–56 years; <i>M</i> = 35 years | 26 M 9 F | PAC |
| Thorson and Matson (2012) | Depression, eating disorders | Normal IQ | Range: 2–17 years; <i>M</i> = 8.36 years | 449 M 180 F | ASD-CC |
| Matson, Boisjoli, Hess, and Wilkins (2011) | CD, hyperactivity, eating disorders, sleep disorders | Normal IQ and ID | Range: 17–37 months; <i>M</i> = 27.33 months | 72.2% M 27.8% F | Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits–Part 2 (BISCUIT-Part 2) |
| Matson, LoVullo, et al. (2009) | Depression, eating disorders | Normal IQ and ID | Range: 2–17 years; <i>M</i> = 8.51 years | 78% M 22% F | ASD-CC |
| Mazefsky, Kao, and Oswald (2011) | Depression, anxiety, OCD, ADHD | Normal IQ | Range: 10–17 years | 82% M 18% F | Children's Depression Inventory (CDI) |
| Manouilenko et al. (2013) | ADHD | Normal IQ | <i>M</i> = 30 years | 12 M 11 F | DSM-IV; Structure Interview for Diagnostic Interview (SCID-I); Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) |



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Mayes, Calhoun, Mayes, and Molitoris (2012)
 Konst, Matson, and Turygin (2013)
 Stratis and Lecavalier (2013)
 Amr et al. (2012)
 Reiersen, Constantino, Grimmer, Martin, and Todd (2008)
 Ronald, Simonoff, Kuntsi, Asherson, and Plomin (2008)
 Reiersen, Constantino, and Todd (2008)
 Reiersen, Constantino, Volk, and Todd (2007)
 Ronald, Edelson, Asherson, and Saudino (2010)
 Rydén and Bejerot (2008)
 Simonoff et al. (2008)
 Sinzig, Bruning, Morsch, and Lehmkuhl (2008)
 Anholt et al. (2010)
 Giovinozzo, Marciano, Giana, Curatolo, and Porfirio (2013)
 Hendriksen and Vles (2008)
 Sinzig, Morsch, Bruning, Schmidt, and Lehmkuhl (2008)
 Stahlberg, Soderstrom, Rastam, and Gillberg (2004)
 Sukhodolsky et al. (2008)
 Scheirs and Timmers (2009)
 Ames and White (2011)
 Rosenberg, Kaufmann, Law, and Law (2011)
 Matson, Mahan, Hess, and Fodstad (2010)
 Lecavalier (2006)

ADHD
 ADHD
 Depression, anxiety, ADHD, oppositional defiant disorder (ODD)
 ADHD, ODD, anxiety, depression, CD, OCD, phobia
 ADHD
 ADHD
 ADHD
 ADHD
 ADHD
 ADHD, anxiety disorders, depression, ODD, CD, tics, trichotillomania
 ADHD
 ADHD, OCD
 ADHD, Tourette syndrome, anxiety disorders, OCD, psychosis
 Duchenne muscular dystrophy
 ADHD
 Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders
 Anxiety disorders
 ADHD
 ADHD
 ADHD, anxiety disorders, depression, bipolar disorder, schizophrenia
 ADHD symptoms
 ADHD, anxiety

Normal IQ
 Normal IQ and ID
 Normal IQ and ID
 Normal IQ and ID
 ADHD
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ and ID
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ
 Unspecified
 Normal IQ
 Normal IQ
 Borderline to profound ID
 Generally Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ
 Normal IQ and ID
 Normal IQ and ID

Range: 2–16 years
 Range: 2–18 years
 Range: 5–17 years
 M = 8 years
 Normal IQ
 8 years
 Range: 7–19 years
 M = 14.1 years; twins
 2 years
 M = 30 years
 Range: 10–14 years
 Range: 6–18 years
 M = 37 years
 M = 14.9 years
 Range: 3–38 years; M = 11.9 years
 Range: 6–18 years
 Adults
 Range: 5–17 years
 M = 9.6 years
 Range: 7–13 years
 Range: 5–18 years
 Range: 16–37 months
 Range: 3–21 years

816 M
 188 F
 273 M
 74 F
 88% M
 12% F
 37 M
 23 F
 Range: 18–33 years; M = 23 years
 ~3385 M
 ~3385 F
 521 M
 330 F
 587 M
 359 F
 ~312 M
 ~312 F
 45 M
 39 F
 112 children
 86 M
 15 F
 89 M
 107 F
 77 M
 11 F
 Outpatients
 351 M
 0 F
 68 M
 12 F
 241 outpatients
 144 M
 28 F
 91 M
 24 F
 48 M
 7 F
 3625 M
 721 F
 63 M
 55 F
 82.6% M
 17.4% F

PBS
 ASD-CC
 Social Communication Questionnaire
 Interview based on the DSM-IV-TR criteria; Semi-Structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)
 43% M 57% F
 Conners Hyperactivity Scales; DSM-IV
 CBCL; Semistructured Psychiatric Interview; DSM-IV
 DSM-IV
 CBCL
 Global Assessment of Functioning; Scales of Personality, SCID-II
 Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA); DSM-IV
 K-SADS; DSM-IV
 DSM-IV; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Checklist
 K-SADS; CBCL; Conners Hyperactivity Scales; Swanson, Nolan, and Pelham Teacher and Parent Rating Scale, Version IV (SNAP-IV); CDI; Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)
 Parent-Reported Diagnosis
 DSM-IV; ICD-10
 DSM-IV; ICD-10
 Child and Adolescent Symptom Inventory (CASI); Aberrant Behavior Checklist (ABC)
 Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition (WISC-III)
 The Developmental, Dimensional, and Diagnostic Interview (3Di)
 Online Parent Questionnaire
 BISCUIT-Part 2
 Nisonger Child Behavior Rating Form

J.L. Matson, P.F. Cervantes / Research in Developmental Disabilities 35 (2014) 952–962 955



De quoi parle-t-on?

Trouble dépressif

Troubles anxieux

- Anxiété sociale
- Phobies spécifiques
- Trouble Panique (TP)
- Anxiété généralisée

Troubles du comportement / comportements « défis » ou « problèmes »

- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble des conduites

Trouble obsessionnel compulsif

Schizophrénie (SCZ)

Déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Trouble bipolaire (TB)

Tics et SGT (*TND >> Tble moteurs*)

Trouble de l'adaptation



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Trouble internalisé vs Trouble externalisé

Hallucinations
Anxiété généralisée
Faible estime de soi
Obsessions
Idées suicidaires ++

On peut facilement passer a coté de ce type de symptômes, qu'il faut rechercher **activement**.

TDAH
TOP
TOC
Tics
...

Comportement « bruyant », décrits spontanément par les parents qui consultent pour régler le problème.

Parfois réels diagnostics différentiels++

Illustration: Idée obsédante vs TDA // Hallucination vs TOP



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



De quoi parle-t-on : définition catégorielle

Trouble dépressif



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



De quoi parle-t-on: définition catégorielle

Trouble dépressif

1. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent
 - a) Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée
 - b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités
 - c) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids
 - d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - h) Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer ou indécision
 - i) Pensées de mort récurrentes
2. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
3. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale



De quoi parle-t-on : définition catégorielle

Trouble dépressif

1. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent
 - a) **Humeur dépressive** présente la plus grande partie de la journée
 - b) **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités**
 - c) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids
 - d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - h) Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer ou indécision
 - i) Pensées de mort récurrentes
2. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
3. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

De quoi parle-t-on : définition catégorielle

Trouble dépressif

1. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et **représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent**
 - a) Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée
 - b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités
 - c) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids
 - d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - h) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
 - i) Pensées de mort récurrentes
2. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
3. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale



De quoi parle-t-on : définition catégorielle

Trouble dépressif

1. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent
 - a) Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée
 - b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités
 - c) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids
 - d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - h) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
 - i) Pensées de mort récurrentes
2. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
3. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale



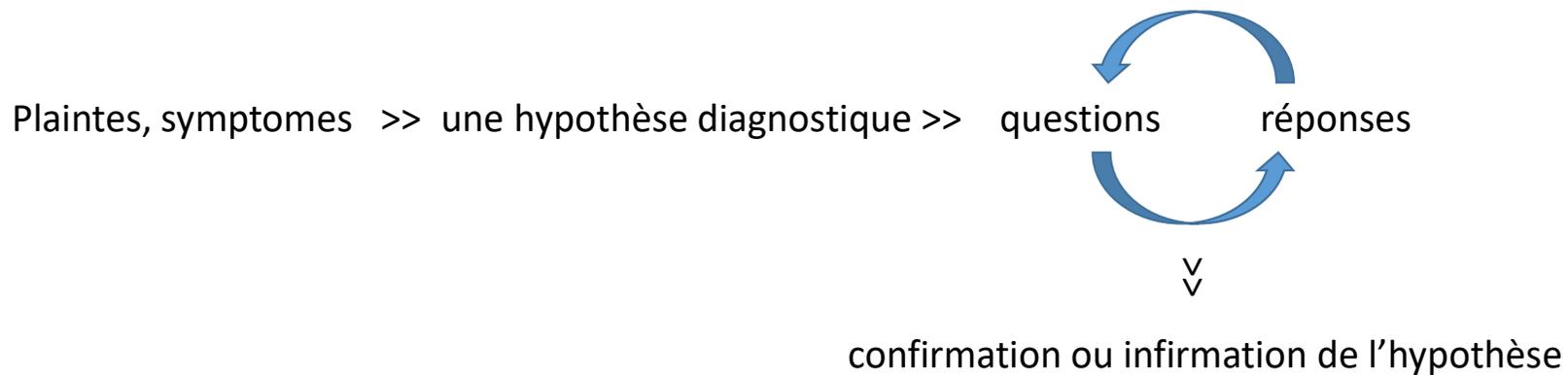
De quoi parle-t-on : définition catégorielle

Trouble dépressif

1. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent
 - a) Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée
 - b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités
 - c) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids
 - d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 - h) Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer ou indécision
 - i) Pensées de mort récurrentes
2. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
3. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

On cherche ce que l'on connaît

On trouve ce que l'on cherche



Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis

Meng-Chuan Lai*, Caroline Kasse*, Richard Besney, Sarah Bonato, Laura Hull, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ameis



Lancet Psychiatry 2019
Published Online
August 22 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)

| | Number of datapoints in meta-analysis* | Autism population sample size (n) | Autism population | | General population prevalence (95% CI or SE) | Subgroup moderator analysis | |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|--|
| | | | Pooled prevalence (95% CI; 95% PI) | I ² (95% CI; p value)† | | Prevalence in population or registry-based studies (95% CI; 95% PI) | Prevalence in clinical sample-based studies (95% CI; 95% PI) |
| Attention-deficit hyperactivity disorder | 89 | 210 249 | 28% (25-32; 4-63) | 99.65% (99.55-99.85; <0.0001) | 7.2% (6.7-7.8; point prevalence, aged ≤18 years) ⁴⁶ | 22% (17-26; 1-55) | 34% (29-39; 7-69) |
| Anxiety disorders | 68 | 169 829 | 20% (17-23; 2-48) | 99.53% (99.42-99.87; <0.0001) | 7.3% (4.8-10.9; current prevalence, across ages) ⁴⁷ | 15% (11-19; 0.5-42) | 26% (22-31; 1-56) |
| Depressive disorders | 65 | 162 671 | 11% (9-13; 0-33) | 99.41% (99.39-99.81; <0.0001) | 4.7% (4.4-5.0; point prevalence of MDD, across ages) ⁴⁸ | 8% (5-11; 0.01-28) | 14% (11-18; 1-38) |
| Bipolar and related disorders | 38 | 153 192 | 5% (3-6; 0-19) | 99.50% (99.40-99.82; <0.0001) | 0.71% (0.56-0.86) for bipolar I; and 0.50% (0.35-0.64) for bipolar II (1-year prevalence, across ages) ⁴⁹ | 3% (2-5; 0-16) | 7% (4-10; 0-24) |
| Schizophrenia spectrum and psychotic disorders | 42 | 166 627 | 4% (3-5; 0-14) | 99.18% (99.00-99.87; <0.0001) | 0.46% (0.41-0.50; 1-year prevalence, across ages) ⁵⁰ | 2% (1-4; 0-11) | 7% (4-9; 0-19) |
| Obsessive-compulsive and related disorders | 47 | 53 243 | 9% (7-10; 1-21) | 96.85% (96.75-99.87; <0.0001) | 0.7% (0.4-1.1; 1-year prevalence, aged ≥18 years) ⁵¹ | 4% (2-6; 0-13) | 12% (10-15; 3-26) |
| Disruptive, impulse-control, and conduct disorders | 50 | 140 946 | 12% (10-15; 0-36) | 99.52% (99.47-99.90; <0.0001) | 8.9% (SE 0.5; 1-year prevalence, aged ≥18 years) ⁵² | 7% (4-10; 0-28) | 22% (17-27; 3-50) |
| Sleep-wake disorders | 26 | 190 963 | 13% (9-17; 0-43) | 99.87% (99.78-99.93; <0.0001) | 3.7% (NA; 1-year prevalence, aged ≤18 years) ⁵³ | 11% (7-17; 0-39) | 16% (8-25; 0-47) |

-Les troubles psychiatriques associés sont très fréquents chez les personnes ayant un TSA

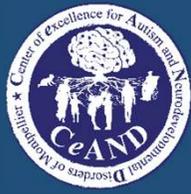
-La prévalence est nettement supérieure à celle retrouvée en population générale

-Il existe de grandes différences entre certaines études, pouvant être expliquées par:

- Age moyen de la population
- Sexe
- Niveau d'intelligence
- Pays d'origine de l'étude
- Méthodologie utilisée
- Recrutement de la population



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis

Meng-Chuan Lai*, Caroline Kasse*, Richard Besney, Sarah Bonato, Laura Hull, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ameis



Lancet Psychiatry 2019
Published Online
August 22 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)

« Nous observons un pattern d'apparition de la psychopathologie similaire à celui de la population générale »

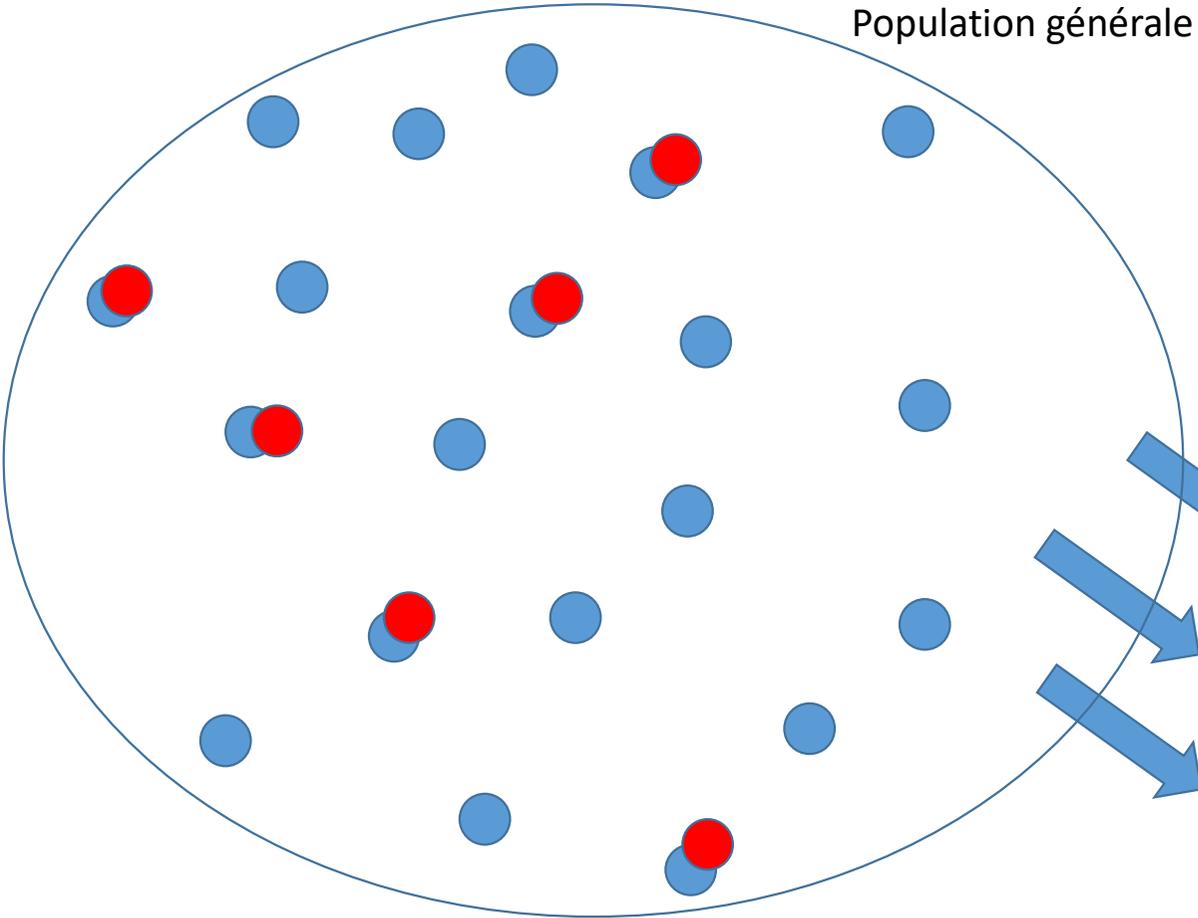
- Trouble bipolaire, dépression et SCZ deviennent plus fréquents chez les personnes ayant TSA à l'âge adulte.
- Études avec plus de femmes retrouvent un taux de dépression plus important
- TDAH est + fréquent dans les populations jeunes que dans les groupes + âgés.

Risque de diagnostic de schizophrénie + important dans les populations de personnes TSA avec déficience intellectuelle associée.

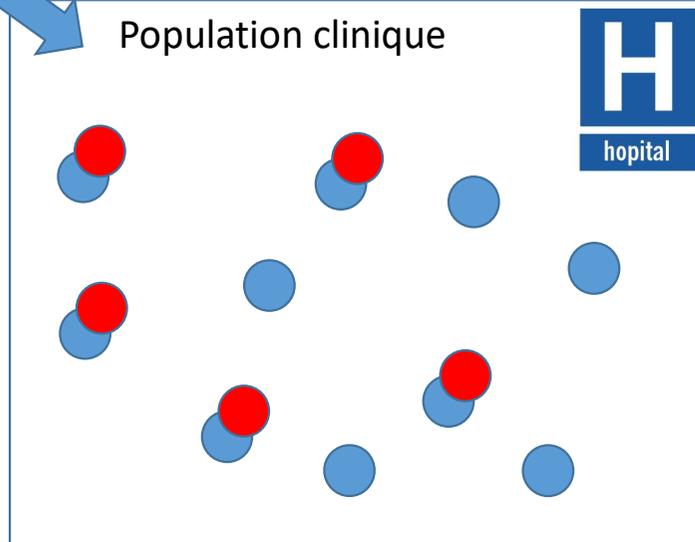
- Association entre date de publication récente et plus faibles prévalences.
 - différentes méthodologies utilisées
 - études récentes se basent plus souvent sur des registres de populations ou sur des échantillons très larges (en comparaison aux études en population clinique)



Population générale



Population clinique



● TSA
● TDAH

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis

Meng-Chuan Lai*, Caroline Kasse*, Richard Besney, Sarah Bonato, Laura Hull, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ameis



Lancet Psychiatry 2019
Published Online
August 22 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)

3 importants facteurs pouvant expliquer les biais d'analyse de la prévalence

- 1) Ces Troubles psychiatriques sont en réalité des symptômes liés au trouble autistique (ex1: anomalies contact oculaire interprété comme signe d'anxiété sociale) (ex2: TOC et stéréotypies)
- 2) Les outils utilisés pour repérer ces troubles sont étalonnés pour la population générale et sont parfois difficile à utiliser pour les personnes avec TSA.
- 3) Pour les troubles internalisés (anxiété / dépression), le TSA peut parfois gêner la communication verbale et l'interrogatoire (surtout si déficience intellectuelle associée)



Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis

Meng-Chuan Lai*, Caroline Kasse*, Richard Besney, Sarah Bonato, Laura Hull, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ameis



Lancet Psychiatry 2019
Published Online
August 22 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)

3 hypothèses sur les causes de ces prévalences hautes

- 1) Il existe des facteurs de risques génétiques associés (ex. TDAH et TSA)
- 2) Il existe des similarités sur l'architecture cérébrale (ex. Autisme et anxiété)
- 3) Le TSA entraîne des difficultés majeures sur le plan de l'autonomie sociale et en vie quotidienne, qui peuvent entraîner secondairement des troubles psychiatriques
 - >> troubles anxieux
 - >> troubles dépressifs



Aide au diagnostic

Echelles de screening des comportements

- Child Behaviour Check List (CBCL)
Trble du comportement / classification en syndromes et en lien avec les diags DSM
- Aberrant Behaviour Checklist (ABC)
Troubles du comportement++
- SCARED
Screening des troubles anxieux (Hétéro et autoquestionnaire)
- Nombreuses autres échelles en fonction des troubles (CDI, ADD, ADHD-RS, Conners...) *vérifier s'il existe un étalonnage spécifique ou non ++*

Guides d'entretien diagnostique pour l'enfant et l'adolescent

- Kiddie-SADS (Version adaptée à l'autisme >> ACI-PL)
<https://sfpeada.fr/k-sads-pl-dsm-5-version-francaise-2018/>
- Mini-KIDS

(Leyfer et al., 2006)

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Les particularités cliniques et thérapeutiques dans le TSA

DU TND Montpellier, Décembre 2020



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Trouble dépressif / Episode dépressif majeur

- Prévalence augmentée / pop. Générale
- D'autant plus importante que l'âge augmente (>> adulte)
- Même symptomatologie qu'en pop. générale, avec comme particularités:
 - Exacerbation des manifestations autistiques
 - Troubles du comportement
 - Perte d'autonomie ou de certaines acquisitions
 - Perte d'intérêt (y compris des intérêts restreints)

Trouble dépressif / Episode dépressif majeur

- Prise en charge:
 - Mêmes principes qu'en population générale
 - Analyse fonctionnelle: Est-ce une dépression REACTIONNELLE?
 - Psychothérapie (TCC adaptée au niveau du sujet) mais peu d'études ++
 - Traitement pharmacologique
 - Données contradictoires sur l'utilisation des ISRS (alors que c'est une molécule très fréquemment prescrite dans le TSA +++)
 - Plusieurs études randomisées non concluantes
 - Risques d'effets indésirables plus importants
 - Fluoxétine: amélioration des comportement répétitifs dans deux études mais données contradictoires

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021

Whites et al., 2018
Lamy et al., 2018



Troubles anxieux

- Très fréquemment décrits
- Types variés
 - Phobies spécifiques 31 %
 - Phobie sociale 19,9 %
 - Anxiété généralisée 9,4 %
 - Trouble panique 5,3 %

Phobie spécifique:

« peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique »

Trouble anxiété généralisée:

« anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) pdt au moins 6mois, concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités » Présence d'agitation, d'une fatigabilité, de difficultés de concentration, d'irritabilité...

Trouble panique:

« Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes »

- Préoccupation ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique
- Changement significatif inadapté de comportement (évitement)

Trouble anxiété sociale

malaise important, persistant et intense dans des situations sociales où la personne est susceptible d'être observée ou jugée par les autres

Sukhodolsky et al., 2008



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Troubles anxieux

- Rôle important de l'environnement
 - Analyse fonctionnelle +++
 - Difficultés d'adaptation?
 - Résistance au changement?
 - Part. sensorielles?
 - Croyance sociale erronée?
- Efficacité bien établie de la TCC chez les personnes avec TSA
- Meilleur niveau de preuve de l'utilisation des ISRS
- // Utilisation APA / Troubles du comportement

Zabowski et al. 2018

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)

- Prévalence varie de 2 à 80% en fonction des études (!)
- NB: Avant DSM5, impossible de poser le diag. de TOC en cas de TSA.
- Continuum / Diag différentiel difficile avec les comportements répétitifs et stéréotypés qui font parti du spectre autistique.

Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)

Présence d'obsessions et de compulsions

Obsessions:

- Contamination
- Doutes constants
- d'ordre
- Religieuses
- Sexuelles

Compulsions:

- Rangement/ordre
- Lavage/propreté
- Vérifications
- Rituels mentaux (répétitions, calculs...)

Jiujias et al. 2017



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)

- Comportements répétitifs dans le TOC (Compulsions):
 - Souvent liées à une obsession (ex.: contamination et lavage des mains)
 - « Soulagent » mais peuvent être vécues comme désagréables
 - Lavage
 - Rangement
 - Comportements + complexes
 - Rituels « conjuratoires »

Jiujias et al. 2017

Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)

- Comportements répétitifs dans le TSA

- 2 catégories générales

- Comportement répétitifs « sensori-moteurs »

- Répétition de comportements moteurs, à visée de décharge motrice ou de stimulation sensorielle (ex: balancements, flapping, tournoiement d'objets)
- + fréquent chez enfants jeunes et avec DI associée

- Comportement répétitifs, routines « immuables»

- Routines journalières (une place précise dans la voiture, un type de vêtement, un horaire pour chaque chose) plutôt besoin d'immuabilité qu'un rituel sous tendu par une pensée obsédante

>> Résistance au changement

- + fréquent chez enfants plus âgés et sans DI

Jiujias et al. 2017

Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)

- Comparaison des comportements répétitifs entre le TOC et TSA
 - Similarités
 - Symptômes cliniques peuvent être identiques
 - Aspect « intrusif » sur le plan cognitif « je peux pas m'en empêcher »
 - Corrélation avec faiblesse / fonctions exécutives
 - Différences
 - Insight souvent meilleur dans le TOC
 - Trajectoire d'apparition et d'évolution différente+++
 - Comportement répétitifs sensori-moteur ont tendance à diminuer avec l'âge
 - Immuabilité et préoccupations inhabituelles ont tendance à persister.

Restricted, Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorder and Obsessive–Compulsive Disorder: A Comparative Review

Marina Jiujiang¹ · Elizabeth Kelley^{1,2}  · Layla Hall¹

« Dans le TOC, les obsessions entraînent de l’anxiété, alors que les compulsions la font diminuer »

« Dans le TSA, la physiopathologie semble lié aux FE et aux aspects sensori-moteurs »

« Dans le TSA comme chez les patients ayant un TOC, les comportements répétitifs qui interviennent après une expérience sensorielle stressante reflètent un moyen de restaurer une certaine forme d’équilibre sensoriel ».

« Un point important à retenir de cette comparaison est que les définitions des « expériences sensorielles stressantes » qui sont présentées pour les deux troubles sont différentes (définies comme des comportements qui suivent des stimuli sensoriels dans le TSA et des sentiments internes et inconfortables dans le TOC ».



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



TSA et Schizophrénie (SCZ)

- Prévalence SCZ dans le TSA: env. 4%
- Historique
 - Description initiale de Bleuler de la SCZ
 - « Autisme »
 - Trouble de l'affectivité
 - Troubles des associations
 - Ambivalence
 - « Psychoses infantiles »
- Différences importantes entre SCZ « classique » et TSA « classique » mais:
 - Présence d'anomalies développementales précoces chez les sujets SCZ.
 - Formes prodromiques
 - Formes complexes / MCDD

Schizophrénie et troubles associés

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois

1. des idées délirantes ;
2. des hallucinations ;
3. un discours désorganisé (par exemple, fréquent déraillement ou incohérence) ;
4. un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;
5. des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminué, aboulie, anhédonie).

B. Le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants est nettement en dessous du niveau atteint avant le début

C. Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois.

TSA et Schizophrénie (SCZ)

Pervasive Developmental Disorder and Childhood-Onset Schizophrenia: Comorbid Disorder or a Phenotypic Variant of a Very Early Onset Illness?

Alexandra L. Sporn, Anjené M. Addington, Nitin Gogtay, Anna E. Ordoñez, Michele Gornick, Liv Clasen, Deanna Greenstein, Julia W. Tossell, Peter Gochman, Marge Lenane, Wendy S. Sharp, Richard E. Straub, and Judith L. Rapoport

0006-3223/04/\$30.00
doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.019

BIOL PSYCHIATRY 2004;55:989–994
© 2004 Society of Biological Psychiatry

- On retrouve des tableaux « autistiques » atypiques chez des enfants qui par la suite vont développer une SCZ précoce.
- Hypothèses:
 - Les anomalies précoces sont-elles de « réels » TSA?
 - Si oui, alors TSA = FDR de Schizophrénie
 - Ou alors, les SCZ précoces présentent un tableau majoré d'anomalies développementales qui sont aspécifiques.

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



TSA et Schizophrénie (SCZ)

- CCL: Chez les sujets ayant des diagnostics de SCZ précoces, les particularités « autistiques » et neurodéveloppementales précoces semblent aspécifiques.
- Comorbidités SCZ/TSA restent possibles à l'âge adulte, tableau typique ou variable (DI associée)
 - Délire?
 - Attitudes d'écoute?
- Facteurs de risque génétiques communs
- Traitement antipsychotiques (RISPERIDONE)

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



TSA et TDAH

- Prévalence 28%
- DSM IV: impossible de poser les 2 diagnostics
- DSM 5: comorbidité possible
- Prévalence importante TDAH dans les TSA: env. 28%
- Part. liées au syndrome autistique:
 - Traitement sensoriel
 - Attention aux détails
 - Besoin d'immuabilité
 - Part. sensorielles
 - Fonctions exécutives
- Méthylphénidate fonctionne mais
 - + EiND
 - Doses moins importantes ++ (0,5mg/kg/jr)

Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, tel que caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes ont persisté pendant au moins 6 mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les activités sociales et académiques/professionnelles

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un impact négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



TSA et Trouble bipolaire

Review

Bipolar disorder in adults with Asperger's Syndrome:
A systematic review

Giulia Vannucchi^a, Gabriele Masi^b, Cristina Toni^c, Liliana Dell'Osso^d,
Andreas Erfurth^e, Giulio Perugi^{f,*}

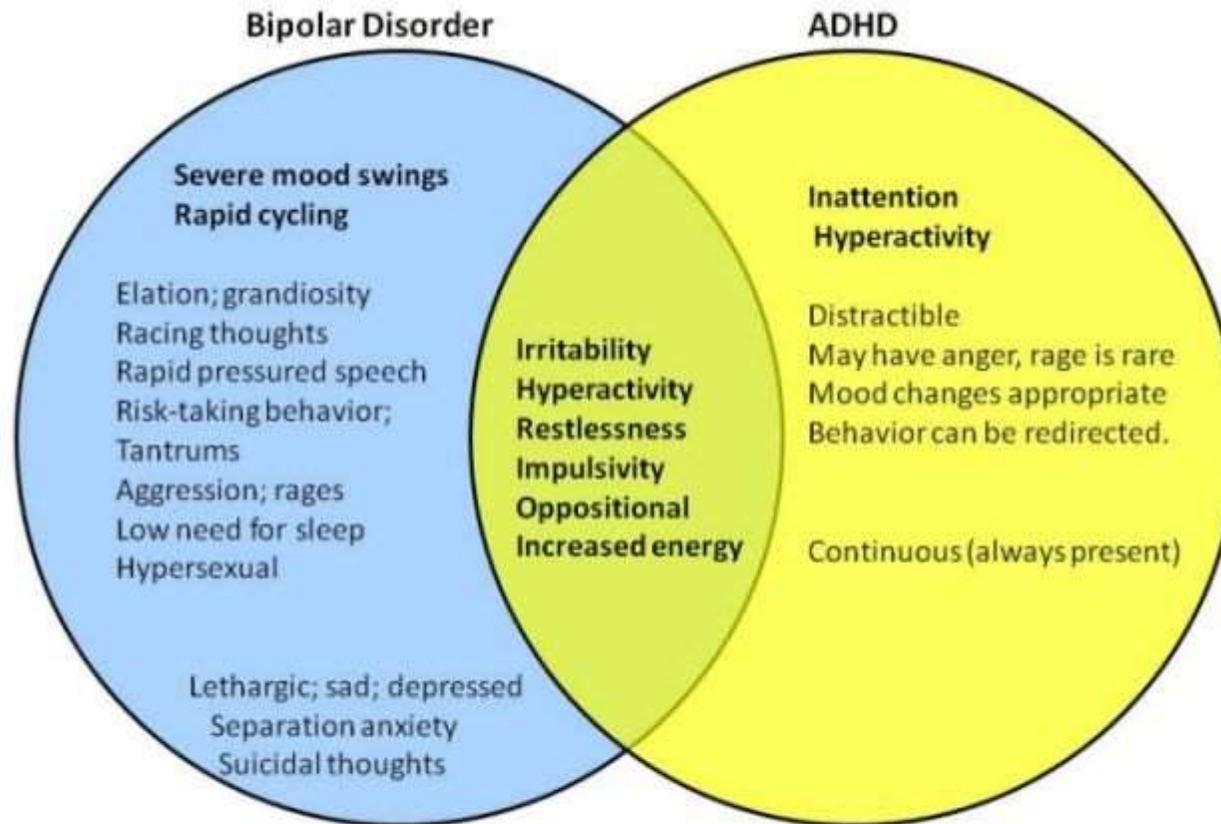
- Prévalence Trouble bipolaire chez patients TSA adultes entre 6 à 21%
- Particularités cliniques
- Très peu d'études randomisées (surtout études de cas)
- Erreurs diagnostiques (diag SCZ car manifestations atypiques entre les épisodes)
- Episodes maniaques
 - + de symptômes « mixtes » : irritabilité, instabilité, agressivité, insomnie
 - Profil classique euphorie plutôt rare.
 - Symptômes psychotiques (idées délirantes, interprétation...) assez fréquents
 - Episode maniaque entraine une majoration de l'expression des bizarreries (intérêts restreints, préoccupations inhabituelles..) qui étaient DÉJÀ présentent initialement
- Traitement
 - Lithium chez l'adulte
 - Anticonvulsivants VALPROATE
 - APA (association RISPERIDONE/anticonvulsivants. Olanzapine: peu d'études et EIND importants

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Are pediatric bipolar disorder kids just severe comorbid ADHD?

David Coghill, Edinburgh, UK



Les « comportements problèmes » dans le TSA

- Instabilité motrice
 - Les comportements répétitifs / stéréotypés
 - L'agressivité (auto et hétéro)
 - La destruction d'objets
 - Les manifestations excessives: crier, se mettre en colère, s'enfuir, se jeter par terre, cracher
 - Les troubles alimentaires (hypersélectivité, refus alimentaire, etc.), PICA, potomanie
 - Les conduites sexuelles inappropriées
 - etc.
- rôle de l'évaluation fonctionnelle / interrogatoire +++
- Aspécifiques ++ : Peuvent être le signe d'autres troubles psychopathologiques



Les « comportements problèmes » dans le TSA

- Importance de **l'analyse fonctionnelle +++**
- Troubles somatiques? >> Examen clinique et interrogatoire rigoureux
 - Carence?
 - Douleur?
- Recommandations HAS 2012
- Expertise collective Inserm / déficience intellectuelle 2016
- Traitement « étiologique »
- Traitement symptomatique
 - APA +++ (RISPERIDONE, ARIPIPRAZOLE)

**Pharmacological management
of behavioral disturbances in
children and adolescents with
autism spectrum disorders**

Martine Lamy* and, Craig A. Erickson

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



TSA et pharmacologie

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD) (Review)

Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder

Can J Psychiatry 2012;57(10):593-600

In Review

Treatment of Psychopathology in People With Intellectual and Other Disabilities



Review

Pharmacological Approach to Sleep Disturbances in Autism Spectrum Disorders with Psychiatric Comorbidities: A Literature Review

Sachin Relia ^{1,*} and Vijayabharathi Ekambaram ^{2,*}



Cochrane Database of Systematic Reviews



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



TAKE HOME MESSAGE

- Les troubles psychiatriques associés au TSA sont FREQUENTS
 - A rechercher fréquemment (approche développementale)
- Leurs caractéristiques cliniques sont variables
Classiques ←————→ Très atypiques
- Principes de prise en charge globalement similaires
 - Multimodales (Adaptative / comportementales / Psychothérapique / Pharmacologique)
 - Importance Analyse fonctionnelle et place des aidants

Merci de votre attention!

Cycle de conférences du CRA-LR, janvier 2021



Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon



Références

- Jiujiang, M., Kelley, E., & Hall, L. (2017). Restricted, repetitive behaviors in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative review. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 944-959.
- Lamy, M., & Erickson, C. A. (2018). Pharmacological management of behavioral disturbances in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 48(10), 250-264.
- Relia, S., & Ekambaram, V. (2018). Pharmacological approach to sleep disturbances in autism spectrum disorders with psychiatric comorbidities: a literature review. *Medical Sciences*, 6(4), 95.
- Sporn, A. L., Addington, A. M., Gogtay, N., Ordoñez, A. E., Gornick, M., Clasen, L., ... & Rapoport, J. L. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness?. *Biological psychiatry*, 55(10), 989-994.
- Vannucchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell, L., Erfurth, A., & Perugi, G. (2014). Bipolar disorder in adults with asperger 's syndrome: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 168, 151-160.
- White, S. W., Simmons, G. L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B., & Mazefsky, C. A. (2018). Psychosocial treatments targeting anxiety and depression in adolescents and adults on the autism spectrum: Review of the latest research and recommended future directions. *Current psychiatry reports*, 20(10), 82
- Zaboski, B. A., & Storch, E. A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future neurology*, 13(1), 31-37

