

EPIDEMIOLOGIA DELL' ADHD: riscontri recenti e revisione critica

Il Disturbo da Deficit di Attenzione /Iperattività:
la ricerca in Italia
Padova, 3 maggio 2002

Guido de Rénoche

Neuropsichiatria Infantile, Università di Padova

PREMESSA :

ADHD ed Epidemiologia

- Criteri di selezione degli studi considerati
- Unicità di ogni studio
- Tendenze generali valutabili in più studi
- Interpretazioni e deduzioni per la ricerca

INTRODUZIONE (1)

- Tutti gli studi epidemiologici dell'ADHD considerano o hanno considerato questi dati di prevalenza come riferimento:

- 1) DSM-III (1980) 3 %
- 2) DSM-III-R (1987) 3 %
- 3) ICD-10 (1992) 1-2 %
- 4) DSM-IV (1994) 3-5 %
- 5) DSM-IV-TR (2000) 3-7 %

INTRODUZIONE (2)

- La diagnosi di ADHD si basa sul DSM-IV, che distingue 3 sottotipi:
 - 1) con Disattenzione pred. (I)
 - 2) con Iperattività-Impulsività pred. (HI)
 - 3) tipo Combinato (C)
- Il DSM-IV-TR amplia significativamente alcune caratteristiche (e.g. la prevalenza, Ratio M/F, l'inclusione maggiore vs DSM-III-R, la DD)

Ipotesi: qual è l'impatto del DSM-IV?

- 1) Modificazione della prevalenza generale
- 2) Modificazione del rapporto M/F
- 3) Identificazione dei 3 sottotipi
- 4) Validazione degli stessi sottotipi
- 5) Iperinclusione
- 6) Valutazione dimensionale vs categoriale

Studi selezionati 1996-1999 (1)

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
August 1996 USA	6-10	7231	DSM-III-R (Dica)	2,8 %	69 % adhd dopo 4-5aa
Gaub 1997 USA	Scolare	2744	DSM-IV (Snap-IV)	8,1 % (con Imp)	17 % Senza Imp Solo Ins.
Wolraich 1998 USA	Scolare	4323	DSM-IV Quest	6,8 % (con Imp)	Solo Ins; 16,1 % (senza Imp)
Gomez 1999 AUSTRALIA	5-11	1275	DSM-IV Rating S.	2,4 %	Solo Accordo Gen+Ins
Breton 1999 CANADA	6-14	2400	DSM-III-R (Disc 2,25)	5,4 Media (con Imp)	Range 3,3-8,9 %
Jensen 1999 USA	9-17	1285	DSM-III-R (Disc 2,3)	5,1 %	MECA

Studi selezionati 1996-1999 (2)

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Ruiz 1999 SPAGNA	6-10	1433	DSM-IV (Quest)	14.05 %	Solo Insegn.
Rhode 1999 BRASILE	12-14	1013	DSM-IV	5,8 %	Val.Clinica+ checklist
Essau 1999 GERMANIA	12-17	1009	DSM-IV Inter.Strut.	0,2 %	15,8 % con 6 sintomi I e/o HI

Riepilogo Studi 1996-1999

- Range Prevalenza

- Totale: 0,2-14,05 %
- Età scolare: 2,4-14,05%
- Adolescenza 0,2-5,8 %

Studi selezionati 2000-2002 (1)

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Gadow 2000 UCRAINA	10-12	600	DSM-IV (Csi4+Cbcl)	19,8 %	Gen+Ins c/o Chernobyl
Sgro 2000 CANADA	Presc. E Scolare	1465	Quest. per Gen.	4,7 %	1 % in FT
Guardiola 2000 BRASILE	Scolare	484	DSM-IV+ Quest	18 %	3,5 % con Criteri NPS
Pineda 2001 COLOMBIA	4-17	341	DSM-IV Rating Sc.	17,1 %	Gen+Ins
Graetz 2001 AUSTRALIA	6-17	3597	DSM-IV (Disc-iv)	6,8 % (con Imp)	7,5 % (senza Imp)
Kroes 2001 OLANDA	6-8	1317	DSM-III/IV Adika+Cbcl	3,7 %	14,9 % ADHD “Borderline “

Studi selezionati 2000-2002 (2)

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Nolan 2001 USA	3-18	3006	DSM-IV Eci,Csi,Asi	15,8 %	Solo Ins.
Gadow 2001 USA	3-6	531	DSM-IV (Eci-4 RS)	12-35,3 %	12 % Genit 35,3 % Ins
Cuffe 2001 USA	Tardo- Adol.	3419	DSM-III-R (K-sads)	1,51 %	1,23 % se CGAS < 60
Romano 2001 USA	14-17	1201	DSM-III-R (Disc 2,25)	3,9 %	4,9 % Senza Imp
Rowland 2001 USA	Scolare	424	DSM-IV Rating Sc	12,7 %	16 % prev.stimata
Barbaresi 2002 USA	Coorte 5anni	5718	DSM-IV+ Doc.Clinc..	7,4- 16 %	Range stima incidenza cum.

Riepilogo Studi 2000-2002

- Range Prevalenza

- Totale: 1,51- 35,3 %
- Età scolare: 3,7- 19,8 % (Esc.Prescolare)
- Adolescenza 1,51- 3,9 %

Studi su Adolescenti: N>1000

- Rhode (1999) : prevalenza 5,8 %
- Essau (1999): prevalenza 0,2 %
- Romano (2001): prevalenza 3,9 %
- Cuffe (2001) : prevalenza 1,5 %

Sottotipi DSM-IV

- Gaub 1997: 4,5 % I 1,7 % HI 1,9 % C
- Wolraich 1998: 3,2 % I 0,6 % HI 2,9 % C
- Gomez 1999: 1,6 % I 0,2 % HI 0,6 % C
- Ruiz 1999: 8,4 % I 1,1 % HI 4,4 % C
- Rhode 1999: 2,1 % I 0,7 % HI 3,1 % C
- Gadow 2000: 7,2 % I 8,5 % HI 4,2 % C
- Pineda 2001: 6,7 % I 1 % HI 9,4 % C
- Graetz 2001: 3,7 % I 1,9 % HI 1,9 % C
- Nolan 2001: 9,9 % I 2,4 % HI 3,6 % C
- Totale: I) > C) > HI)

Epidemiologia amministrativa (1): farmaci

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Zito 1999 USA	5-14	20794	ICD--CM NAMCS	1,9% 1989 3,6% 1996	In 8 anni > FT 14 %
Angold 2000 USA	9-16	4500	DSM-IIIR Capa+RS	6,1 % con 2,7% NOS	7,3 % in FT
Safer 2000 USA	Scolare	816465	Infermiere Scolast.	2,92 %	Prevalenza FT a scuola
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2 %	Studio retro di 1 anno
Brownell 2001 CANADA	0-19	314153	ICD-9-CM MHRR	1,52 %	Dgn in 2 anni; 0,89 %in FT
Rowland 2002 USA	Scolare	7333	Question. Per Gen.	10 %	7 % in FT

Epidemiologia amministrativa (2): accesso ai Servizi

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Lavigne 1996 USA	Prescol (Ped)	510	ND	2 %	Diagnosi
Hewson 1999 AUSTRALIA	Pediatr	14711 (visite)	ND	26,3 % visite adhd	1 anno
Wasserman 1999 P.Rico	4-15 (Ped)	22059 (visite)	Quest.Gen +PedList	9,2 %	AHPs
Robison 1999 USA	5-18	947208 2357833	ICD-9-CM NAMCS	1,1-2,8 % visite Adhd	1,1 (1990) 2,8 (1995)
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2 %	Studio retro di 1 anno

Studi italiani

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Gallucci 1993	8-10	232	DSM-III-R Quest.	3,9 %	Solo Ins. 6,9 sottosoglia
Camerini 1996	6-12	2557	RatingS+ DSM-IV S	5 %	DSM-IVS>RS
Calzolari 2000	6-11	478	DSM-III-R Quest.	5 % (-1,5) 7,9%(-1,7)	Solo Ins.
Marzocchi 2000	7-10	973	DSM-IV SDAI+RS	8,2 %	Solo Ins.
Marzocchi 2001	6-11	1085	DSM-IV SCOD-I	2,3 % (ADHD-C)	Solo Ins.

CONCLUSIONI (1)

- “Il dilemma fondamentale della psichiatria epidemiologica è definire precisamente la soglia diagnostica” (Scahill 1999)
- Attualmente la valutazione di tale soglia (cioè valutare i sintomi che definiscono l'ADHD), pur nell'ambito di criteri diagnostici operativi ben definiti, rimane relativamente soggettiva
- I range di prevalenza riscontrati suggeriscono un continuum della sintomatologia ADHD

CONCLUSIONI (2)

- I range di prevalenza rimangono assai variabili: difficile dire se vi sia un aumento reale (e.g. per Sottotipo I, più F dgn) o è solo aumentato il n° delle persone che si rivolgono ai Servizi
- Necessità di una valutazione lifetime: dal bambino in età prescolare all'adulto
- Evidenza di diverse traiettorie di sviluppo nel decorso correlate ad un determinato sottotipo

CONCLUSIONI (3)

- Ulteriori sviluppi e ricerche sono necessarie nei seguenti ambiti :
- Studi di comunità con Criteri DGN ristretti
- comorbidità
- genetica
- eterogeneità/peculiarità nei pattern sintomatologici di sviluppo