



Arbeitsgemeinschaft ADHS

1. Internationaler deutschsprachiger
ADHS-Kongress über
Landes-, Alters- und Berufsgrenzen hinaus

ADHS grenzenlos

13. – 15. September 2019 in Lörrach

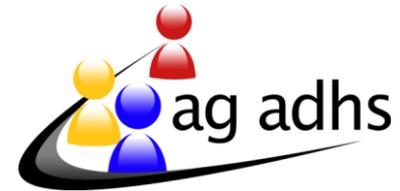
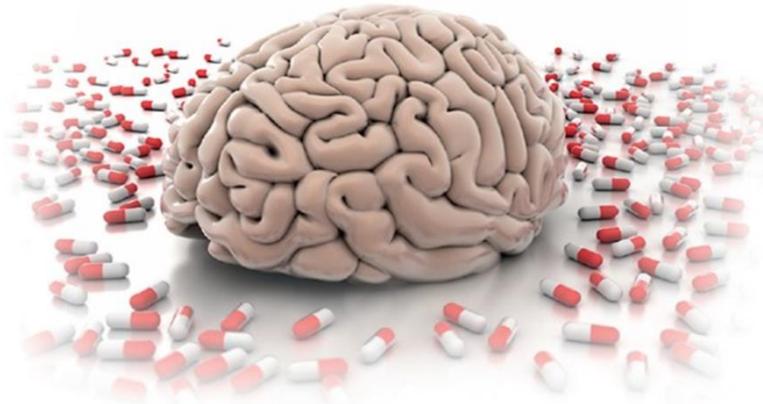


www.ag-adhs.de

ADHS – differenzierte Medikation („Feineinstellung“)

Lörrach 13.9.2019

Klaus Skrodzki
Kinder- und Jugendarzt



Mögliche Interessenkonflikte

- In eigener Praxis 1982-2014
- Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft ADHS e. V.
- Beisitzer im Vorstand des ADHS Deutschland e.V.
- Mitglied der Leitungsgruppe des Zentralen-ADHS-Netzes
- Mitglied der Steuerungsgruppe der S3-Leitlinie ADHS
- Seminarleiter und Referent für Ärzte, Therapeuten, Erzieher, Lehrer und Eltern
- Ermächtigter Arzt für Lebenshilfe - Tagesstätte und Frühförderung

- **Keine Aktien oder Anteile an pharmazeutischen Firmen**

Indikation zur medikamentösen Behandlung

Kriterien für eine ADHS erfüllt (DSM IV / ICD 10)

Erheblicher Leidensdruck für Kind/Jugendlichen und Eltern

deutliche Beeinträchtigung psycho-sozial und in der Leistung

Gefahr für die weitere Entwicklung

keine Gruppeneingliederung möglich

hohes Risiko emotionaler und körperlicher Mißhandlung

Erfolglose Fördertherapie* über angemessene Zeit

*z. B. Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, Elterntraining, Erziehungsberatung, Psychotherapie

Indikation zur medikamentösen Behandlung

LL 1.2.2. (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>)

- Bei Kindern vor dem Alter von sechs Jahren soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden.
- Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden.
- Bei ADHS von einem leichten Schweregrad soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden.
- In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden.

Pharmakotherapie im Vorschulalter

- Die unter Punkt 3. genannte Pharmakotherapie bei Kindern im Vorschulalter (drei bis sechs Jahre) sollte nur durch einen Arzt mit besonderen Kenntnissen von Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe durchgeführt werden (siehe II.1.4.1).
- Die Auswirkungen einer Pharmakotherapie im Vorschulalter sind aufgrund der aktuellen Studienlage für die Hirnentwicklung eher günstig zu beurteilen.

Leitlinie S3 vom Juni 2018

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>

1.4.2. Welche Präparate sind zur Behandlung empfohlen?

Wenn eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, sollen Stimulanzen (Methylphenidat, Amfetamin und Lisdexamfetamin), Atomoxetin und Guanfacin, als mögliche Optionen zur Behandlung der ADHS in Betracht gezogen werden.

Der jeweils aktuelle Zulassungsstatus sollte beachtet werden.

Aktuelle Medikamente zur Behandlung einer ADHS

1. Wahl: Stimulantien (seit > 65 Jahren):

Methylphenidat unretardiert:

Ritalin[®] (Novartis), Medikinet[®] (Medice), und andere
Methylphenidat-Generica - **zugel. nicht für Erwachsene!**

MPH- mittellang wirksam

Equasym retard[®] (10, 20, 30mg)

Medikinet retard[®]/Medikinet adult[®] (5, 10, 20, 30, 40, 50, 60mg)

Ritalin LA[®]/Ritalin adult[®] (10, 20, 30, 40mg)

MPH- lang wirksam

Concerta[®] (18, 27, 36, 54mg),

Kinecteen[®] (18, 27, 36, 54mg)

Methylphenidatneuropraxpharm[®] (18, 36, 54mg)

in Deutschland nicht zugelassen:

Daytrana[®] (Hautpflaster mit gepulster Wirkstoffabgabe)

Stimulanzen 2. Wahl:

Dexamfetamin (2011): **Attentin[®]** (5, 10, 20mg)

Lisdexamfetamin (2013): **Elvanse[®]** (20, 30, 40, 50, 60, 70mg)
Elvanse adult (30mg) seit 5.2019

Nichtstimulanzen:

Atomoxetin (2005): **Strattera[®]** (10, 18, 25, 40, 60, 80, 100mg)

Strattera[®] Saft 100ml (1ml=4mg)

Agakalin[®] (10, 18, 25, 40, 60, 80, 100mg)

Atomoxetin[®] beta (10, 18, 25, 40, 60, 80, 100mg)

Guanfacin (2016) : **Intuniv[®]** (1, 2, 3, 4mg)

Medikamente zur Behandlung einer ADHS – in der Schweiz

Ritalin IR, SR und LA	für Kinder	6-18
Medikinet und Medikinet MR (= retard)	für Kinder	6-18
Methylphenidat Mepha [®] , LA; MPH Sandoz Concerta	für Kinder	6-17
	für Erwachsene	18-65
Focalin XR (DexMPH) 5 – 20mg	für Kinder	6-17
	für Erwachsene	18-65
Elvanse	für Kinder	6-17
	für Erwachsene	18-55
Equasym XR	für Kinder	6-18
Strattera 18 - 100mg bis 400mg	für Kinder	ab 6 J.
	für Erwachsene	bis 50 J.
Intuniv 1 – 4mg	für Kinder	6-17
	für Erwachsene	??

Medikamente zur Behandlung einer ADHS – in Österreich

Medikinet®	5 – 20mg,
Medikinet ret®	20-40mg
Ritalin®	10mg
Ritalin LA®	20, 30, 40mg
Concerta®	18, 36, 54mg
Strattera®	18, 25, 40, 60, 400mg

Medikamente zur Behandlung einer ADHS – in Luxemburg

Ritalin®	10mg,
Ritaline® (Hartkapsel)	10mg,
Ritaline® MR	20, 30, 40mg
Medikinet®	5, 10, 20, 50, 60mg
Medikinet® retard	5, 10, 20, 30, 40mg
METHYLFENIDAAT® SANDOZ	18, 36, 54mg
Concerta®	18, 27, 36, 54mg
Equasym® XR	10, 20, 30mg
Strattera®	18 - 100mg
Intuniv®	1 – 4mg

Medikamente zur Behandlung einer ADHS – in Belgien

Ritalin®

10, 20, 30mg,

Equasym® XR

10, 20, 30mg

LL 1.4.3. Nach welchen Kriterien sollten die passenden Medikamente ausgewählt werden? I.

1.4.3.1. Bei einer Entscheidung für eine Pharmakotherapie sollten bei der Wahl des Wirkstoffes bzw. der Zubereitungsform folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Zulassungsstatus;
- die erwünschte Wirkdauer und das zu erwartende Wirkprofil;
- die unterschiedlichen Profile der unerwünschten Wirkungen der Medikamente;
- das Vorliegen spezifischer koexistierender Störungen / Erkrankungen (z.B. Tic-Störungen, epileptische Syndrome), Besonderheiten bei der jeweiligen Medikamentenauswahl (siehe II.1.4.5)

LL 1.4.3. Nach welchen Kriterien sollten die passenden Medikamente ausgewählt werden? II.

1.4.3.1. Bei einer Entscheidung für eine Pharmakotherapie sollten bei der Wahl des Wirkstoffes bzw. der Zubereitungsform folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- besondere Umstände, welche die Medikamenten-Adhärenz des Patienten beeinträchtigen könnten; z. B. Stigmatisierung eines Kindes oder Jugendlichen, wenn ein kurz wirksames Präparat während der Schulzeit eingenommen werden muss (siehe II.1.4.5.2);
- der Gefahr des Missbrauchs der Substanz durch den Patienten bzw. der Weitergabe der Medikamente an Dritte (II.1.4.3.2 & II.1.4.5);
- die Präferenzen des Patienten und ggf. seiner Sorgeberechtigten.

LL 1.4.4. Welche Untersuchungen sollten vor Beginn einer medikamentösen Therapie durchgeführt werden?

1.4.4.1. Vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie sollte eine erneute **körperliche** und **neurologische** Untersuchung erwogen werden. Spezifisch erfragt werden sollen Symptome, die auf eine **Herz- Kreislauferkrankung** hinweisen könnten (z. B. Synkopen oder eine nicht erklärliche Atemnot) und eventuelle **familiäre Vorbelastungen** im Hinblick auf Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems.

1.4.4.2. Vor jeder medikamentösen Einstellung sollen zumindest Puls und Blutdruck sowie das Körpergewicht, die Körpergröße und bei Kindern und Jugendlichen entsprechende Altersperzentilen bestimmt werden.

1.4.4.3. Die Durchführung eines EKGs, nötigenfalls auch Konsultation eines Kardiologen bzw. Kinderkardiologen, sollte dann erfolgen, wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei einer körperlichen Untersuchung Hinweise auf eine Herz-Kreislaufkrankung ergeben oder eine entsprechende familiäre Belastung vorliegt.

1.4.5. Was soll bei der Auswahl des Präparates patientenindividuell berücksichtigt werden?

1.4.5.1. Wenn die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung gefallen ist, soll der Behandler unter Beachtung der jeweiligen Kontra-Indikationen bei

- Patienten mit ADHS ohne relevante Komorbiditäten **eine initiale Behandlung mit Stimulanzen** wählen.
- Patienten mit ADHS und koexistierender Störung des Sozialverhaltens oder antisozialer Persönlichkeitsstörung ebenso eine initiale Behandlung mit Stimulanzen wählen.

Kommentar zur Empfehlung:

Die initiale Behandlung mit zugelassenen Amfetaminpräparaten (Attentin, Elvanse) ist außerhalb der Zulassung, **wenn initial kein Behandlungsversuch mit Methylphenidat erfolgt war.**

1.4.5. Was soll bei der Auswahl des Präparates patientenindividuell berücksichtigt werden?

1.4.5.3.

Sind mehrere medikamentöse Optionen als gleichwertig zu betrachten, sollte zunächst das kostengünstigere Präparat gewählt werden.

Fachinformation Altersbegrenzung nach oben

Leider wurde in viele Fachinformationen ein Passus aufgenommen, der eine Altersbegrenzung nach oben darstellt.

z.T.: > 65

z.T.: ältere Menschen

z.T.: es liegen keine Daten vor bei Patienten > 65

Stellungnahme des zan

Trotz der spärlichen empirischen Grundlagen kann nach Einschätzung der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat-Präparaten oder mit Atomoxetin auch bei Senioren indiziert sein, wobei in dieser Altersgruppe die potentiell unerwünschten Medikamentenwirkungen (z.B. kardiovaskuläre Effekte) besonders beachtet werden müssen.

Literatur:

Kooij J, Michielsen M, Kruithof H, Bijlenga D (2016) ADHD in old age: a review of the literature and proposal for assessment and treatment. Expert Rev Neurother 16: 1371-1381

Manor I, Rozen S, Zemishlani Z, Weizman A, Zalsman G (2011) When does it end? Attention-deficit/hyperactivity disorder in the middle aged and older populations. Clin Neuropharmacol 34: 148-154

Michielsen M, Semeijn E, Comijs H, van de Ven P, Beekman A, Deeg D, Kooij J (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherland. Br J Psychiat 2012: 298-305

Wirkung von MPH auf ADHS-Symptome

- Größere Aufmerksamkeit
- Geringere motorische Aktivität
- Geringere Impulsivität
- Größere Belohnungssensitivität / Belohnungswert von Verstärkern *Wilkison et al. 1995*
- Verbessert Arbeitsgedächtnis *Mehta et al. 2000*
- Verbessert flexiblen Wechsel zwischen unterschiedlichen Aufgaben *Kramer et al. 2001*



Ohne Methylphenidat

16.12.05

Schularbeit

Die Geschichte unserer
Schrift

Unsere Schrift entwickelte sich
in sieben (Stufen) Stufen:

1. Steinzeit (mündlich, keine Schrift)
2. vor 5500 Jahren (Bildzeichen)
3. vor 4500 Jahren (Anfangs-
laute)
4. vor 3500 Jahren
(Buchstaben ohne Selbstlaute)
5. vor 3000 Jahren (Alphabet
der Griechen)
6. vor 2600 Jahren
(Alphabet der Römer, 27 Buch-
staben)
7. vor 1000 Jahren (heutiges
Alphabet, 26 Buchstaben)

Mit Methylphenidat 45 Min später

16.12.05

Schularbeit

Die Geschichte unserer Schrift

Unsere Schrift entwickelte sich in sieben
Stufen:

1. Steinzeit (mündlich, keine Schrift)
2. vor 5500 Jahren (Bildzeichen)
3. vor 4500* (Anfangs-laute)
4. vor 3500 Jahren (Buchstaben ohne Selbst-
laute)
5. vor 3000 Jahren (Alphabet der Griechen)
6. vor 2600 Jahren (Alphabet der Römer,
27 Buchstaben)
7. vor 1000 Jahren (heutiges Alphabet,
26 Buchstaben)

Wunschziele bei der medikamentösen Therapie

- Mit einem Präparat auskommen
- Optimale Wirkung über den Tag
- Keine Nebenwirkungen
- Akzeptanz
- Gute Compliance bzw. Adherence

- Wenn Kombinationen nötig
 - gute Verträglichkeit
 - Einfaches Einnahmeschema

Keine Widerspruch zur Fachinformation!
Kein Problem mit KK/KV!

Einstellung

Generell:

stets individuelle Einstellung nach Wirkung

(unretardierte Präparate!)

langsam, wochenweise steigernd

durchschnittliche Dosis (0,5 - 1mg/Kg KG, selten höher als

1mg/kg KG [„individuelle, adaptive Therapie“]

Rücksprache mit den Eltern wöchentlich (Tagebuch führen lassen)!

Wichtig für die Führung / Adherence / Sicherheit

Rückfragen (der Eltern) beim Lehrer alle 14 Tage;

primär meist ohne dessen vorherige Information

Bei größeren Schulkindern oft 2 – 4 x Gabe nötig.

Daher **meist** Umstellung auf ein Retard Präparat nötig und sinnvoll

Nach welchen Kriterien wählen wir das Medikament aus?

Mittel erster Wahl: Methylphenidat unretardiert

- sicheres Erkennen der Wirksamkeit
- Appetitlosigkeit, selten Kopfschmerzen, kaum andere Nebenwirkungen
- Unretardiert: gutes Erkennen von Wirkungsbeginn und Dauer der Wirkung
- Umstellung auf retardierte Präparate, in Ausnahmen auch initial:
 - mehrere Möglichkeiten durch unterschiedliche Galenik.
 - Mittellange Wirkung 6-8h
 - Lange Wirkdauer 8-9h

Wann evt. nicht: Ablehnung der Eltern von Stimulanzien
starke Tics
sehr ausgeprägte Essstörung/starkes Untergewicht (Anorexie)
In der Deutschland/Schweiz für Erwachsene unret. MPH nicht zugelassen

Nach welchen Kriterien wählen wir das Medikament aus?

Mittel zweiter Wahl: LL 1.4.5.1.

Patienten, bei denen sich eine Behandlung mit Stimulanzien trotz Aufdosierung auf die maximal tolerierbare Dosis als ineffektiv erwiesen hat, ein anderes Stimulanz (oder Atomoxetin oder Guanfacin) wählen.

Dexamfetaminsulfat (Attentin®) oder retardiert: Lisdexamfetamin (Elvanse®)

Wann unret. AMF günstig: sehr starke Hyperaktivität
stärkere Aggressionen

Wann nicht geeignet: Ablehnung der Eltern von Stimulanzien
starke Tics
sehr ausgeprägte Essstörung/starkes Untergewicht
(Anorexie)

Dexamfetaminsulfat (Attentin®) (second line)

Attentin® ersetzt unsichere Individualrezepturen

z.B.: D-Amfetaminsaft (Rezeptur nach Eichlseder 1974)

Dexamfetaminsulfat	0,2 g
Acid. Citricum	0,2 g
Acid. Benzoicum	0,1 ml
Sirupus rubi	2,0 ml
Aqua dest. ad	100 ml



- Attentin® (Medice): Zulassung Dez. 2011:

Dexamfetaminsulfat (teilbare Tabletten) à 5, 10, 20mg

Wirksamkeit von Dexamfetamin

- Frühe klinische Studien zeigten eine deutliche Symptomreduzierung bei Kindern^{1,2}
- Eine Behandlung mit Dexamfetamin führte zu Verbesserungen bei:
 - Lese- und Rechenleistung³
 - Verhaltensbewertung durch die Eltern⁴
 - Bewegungsaktivität⁴
 - Effektstärken* von 1,24 bei ADHS-Symptomen⁵

1. Conners CK, et al. *Psychopharmacologia (Berl)*. 1972; 26:231–336. 2. Arnold E, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 35(4):463–473. 3. Elia J, et al. *J Child Psychol Psychiatr*. 1993; 34(5):785–804. 4. James RS et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(11):1268–1276. 5. Faraone SV. *P&T*. 2009; 34(12): 678–694.

* Hinweis: Die Effektstärke variiert zwischen den Studien. Da es sich nicht um Kopf-an-Kopf-Studien handelt, sind die Daten in Bezug auf die Medikationen nicht direkt vergleichbar

Lisdexamfetamindimesilat - Elvanse®

Elvanse® ist eine Prodrug von Dexamfetamin (20, 30, 40, 50, 60, 70mg)

Die Substanz wird erst im Blut (Erythrocyten) in die aktive Form umgewandelt

- Kaum Mißbrauchsmöglichkeit
- Wirkung langsam beginnend und endend
- Wirkung 10-12h (Firmenangabe) – im Alltag individuell sehr unterschiedlich
- Zulassung seit 1. Juli 2013
- Nebenwirkungsspektrum wie MPH
- Substanz auflösbar – damit Zwischendosierungen möglich
(Cave Dosierfehler!)

Mögliche Nebenwirkungen der Stimulanzien

(in abnehmender Häufigkeit)

- Vorübergehende Wachstumsverlangsamung bei normaler Endgröße
- Dosisabhängige Puls- und Blutdruckerhöhung
(bei Kindern selten)
- sehr selten: Haarausfall, Allergien
- Langzeitstudien: keine negativen psychischen / somatischen Auswirkungen der Psychostimulantien-Therapie

Im normalen Dosisbereich (unter 1 mg/kg KG/Tag) selten Nebenwirkungen – meist nur zu Beginn der Behandlung –

Die meisten Nebenwirkung lassen sich beherrschen durch

- **Abwarten**
- Verminderung der Dosis,
- Änderung der Verabreichungszeiten
- Wechsel des Medikamentes (manchmal nur des Herstellers)

Nach welchen Kriterien wählen wir das Medikament aus?

Andere Retardierung: Equasym ret. (1. Anteil 30%, danach 70% Wirkung)

Wann: wenig Probleme in der Schule
verstärkte Problem nachmittags in den sozialen Gruppen

wann eher nicht: Probleme vorwiegend in der Schulzeit vormittags

Wirkung der mittellangen Retardierung (6-8h) zu kurz:

Concerta[®], Kinecteen[®] ; Methylphenidatneuropraxpharm[®]

Wann: Wirkung 8-12h nötig
morgens Wirkung meist nicht ausreichend
-> Zugabe 5-15mg unret.MPH

Wann eher nicht: große Probleme beim Einschlafen
Schluckprobleme (Kps. kann nicht geöffnet werden)

Nach welchen Kriterien wählen wir das Medikament aus?

Mittel 2. Wahl: Lisdexamfetamin

Wann: sehr starke Hyperaktivität
verstärkte Aggressionen
Bedarf Wirkung für den ganzen Tag

wann eher nicht: sehr ausgeprägte Essstörung/starkes Untergewicht (Anorexie)
starke Tics

Wenn keine/ keine ausreichende Wirkung oder Nebenwirkungen von Stimulanzien:

Mittel 2. Wahl: Atomoxetin

Wann: ausgeprägte Störung der Emotionalität
Mißbrauchsgefahr von Stimulanzien in der Familie
morgens/abends sehr schwieriges Verhalten (24h Wirkung)
große Probleme beim Einschlafen
ausgeprägte Tics – dann als **Erste Wahl** einsetzbar

Wann eher nicht: ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung

Problem: Erkennbare Wirkung erst nach 2-6 Wochen

Atomoxetin (Strattera® /Agakalin®)

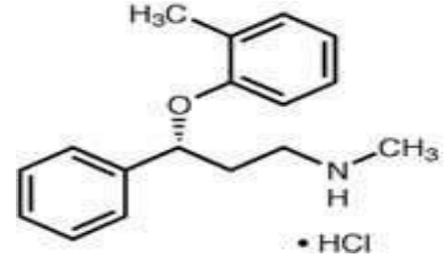
Indikation:

Mangelnde Wirksamkeit von Methylphenidat (MPH-Nonresponder sprechen oft auf Atomoxetin an)

Unverträglichkeit von Methylphenidat

First-line bei Tic-Komorbidity oder hoher Missbrauchsgefahr von Stimulantien

Emotionale Störung im Vordergrund (Skr.)



Kontraindikation:

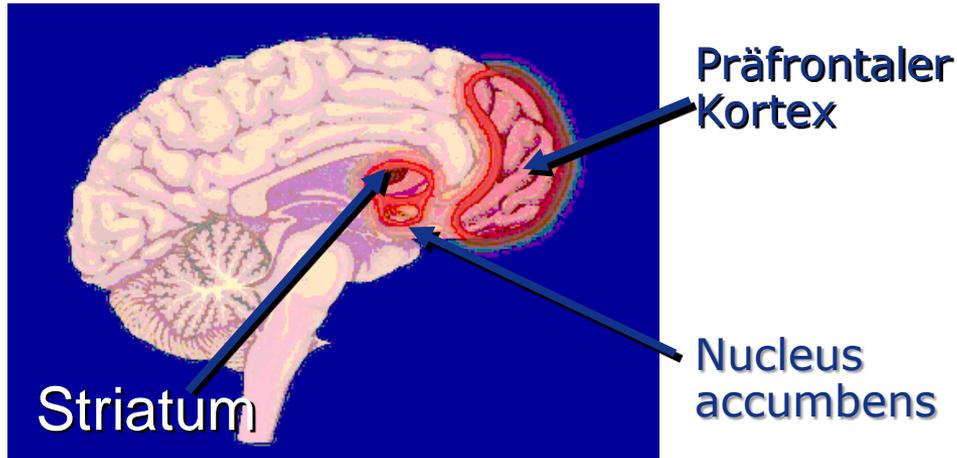
Überempfindlichkeit

Therapie mit einem MAO-Hemmer (mindestens 2 Wo Abstand)

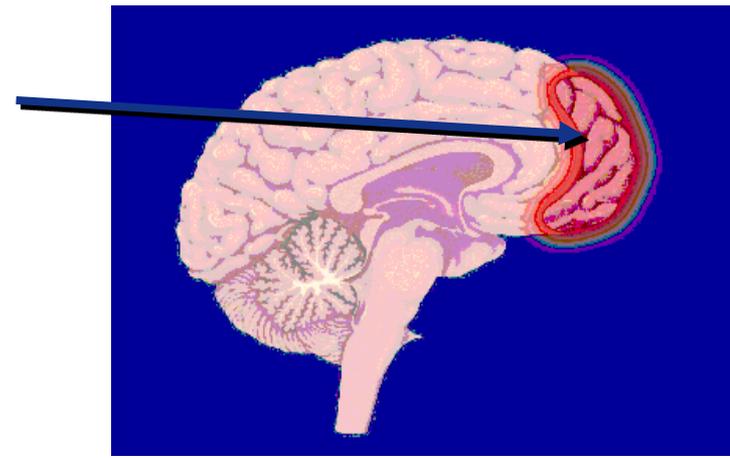
Engwinkelglaukom

Indirekte Beeinflussung der Dopaminaktivität durch Atomoxetin

Dopaminaktivität nach Gabe von Stimulanzen



Dopaminaktivität nach Gabe von Atomoxetin



Atomoxetin beeinflusst als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer indirekt die Dopamin-Aktivität im präfrontalen Kortex, nicht aber im Striatum (abgeleitet von tierexperimentellen Befunden)

Kinder/Jugendliche und Erwachsene

- Gute Verträglichkeit in klinischen Studien
- Keine klinisch signifikanten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (u. a. mit Methylphenidat)
- Unterliegt nicht dem BtM-Gesetz
- Langzeitsicherheit nachgewiesen (bis zu 78 Wochen)
- Keine klinisch bedeutenden Auswirkungen auf die QTc-Zeit
- Hinweise auf vorteilhaftes Nebenwirkungsprofil (Appetit, Schlaf); verschiedene Komorbiditäten stellen keine Kontraindikationen dar

Vergleich der Nebenwirkungen

Atomoxetin

Methylphenidat/Amfetamin

Appetitmangel/Gewichtsreduktion

Kopfschmerz, Bauchschmerz, Schwindel

Kardiovaskuläre Störungen

Müdigkeit

sexueller Dysfunktionen

Dysmenorrhoe

Suizidale Äußerungen (?)

Leberwerterhöhungen (?)

Verstärkte Unruhe bei Wirkende

Auslösung/Verschlechterung von Tics

Einschlafstörungen

Amfetamin – möglicherweise höheres Mißbrauchs- und Suchtpotential im Erwachsenenalter!

Verträglichkeit ATX: Hepatotoxizität

- In Klinischen Studien mit > 6.000 Patienten keine Hinweise auf Leberwertveränderungen.
- Bei > 2 Mio. Patienten einige Fälle von Leberfunktionsstörungen, u.a. 2 Fälle mit reversiblen Anstieg hepatischer Enzyme (ca. 40-fach) und des Bilirubins (ca.12-fach).
- Überprüfung der Datenlage durch die britische Arzneimittelbehörde ergab eine Häufigkeit von 1: 50.000 („sehr selten“).¹
- Ideosynkratische bzw. allergische Reaktion als Ursache wahrscheinlich.
- Keine Routine-Laboruntersuchungen erforderlich.²

1) Berechnung der britischen „Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency „(MHRA), 2 February 2005

2) Strattera® Fachinformation, September 2005

LL 1.4.6.8. Eine Schädigung der Leber stellt eine seltene unerwünschte Wirkung bei der Behandlung mit Atomoxetin dar. Leberspezifische Laboruntersuchungen sind als Teil der Routineuntersuchungen nicht erforderlich. Liegen Hinweise auf eine Leberschädigung vor, muss das Medikament sofort abgesetzt und entsprechende Untersuchungen veranlasst werden.

ATX in der Anwendung (Skr – persönliche Empfehlung)

- Bei der Aufdosierung **nicht** an das Schema der Fachinformation halten, sondern langsamer: jeweils 1 Wo. 10, 18, 25, evt. 40mg geben (Packung mit 7 Kps. verordnen). Damit gibt es deutlich weniger Nebenwirkungen, insbesondere Gastro-intestinal.
- Wenige Patienten – meist Jugendliche – mit ATX als alleinige Therapie, besonders mit emotionalen Störungen
- Patienten bei denen Stimulanzen gute Wirkung über den Tag zeigen, aber die Situation morgens und abends außerhalb der Stimulanzenwirkung unerträglich ist:
- Gabe ATX abends zusätzlich zu Stimulanzen! Entspannteres Verhalten abends und morgens. Oft auch besseres Einschlafen.

Nach welchen Kriterien wählen wir das Medikament aus?

Möglich auch z.B.

Kombination:

MPH + Atomoxetin

Wann:

Aufmerksamkeitsstörung + ausgeprägte Störung der Emotionalität

Dysphorie

morgens/abends sehr schwieriges Verhalten (24h Wirkung)

große Probleme beim Einschlafen

Wann nicht:

ausgeprägte Appetitlosigkeit

Mittel 2. Wahl:

Guanfacin

Wann:

ausgeprägtes Untergewicht

verstärkte Aggressionen

Hypertonus

Bedarf Wirkung für den ganzen Tag

wann eher nicht:

starke Aufmerksamkeitsstörung

Hypotonie

Übergewicht

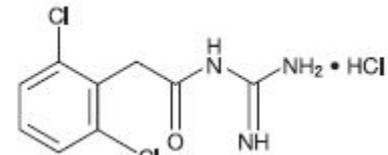
2. Wahl: Guanfacin (Intuniv®)

N-amidino-2-(2,6-dichlorophenyl)-acetamid-monohydrochloride
Zulassung in Deutschland Januar 2016

Clonidine bindet gleichermaßen an α_2A -, α_2B -, und α_2C -Adrenoceptoren, als auch an α_1 -Adrenoceptoren und Histamin-Receptoren und möglicherweise sogar an Dopamin-Receptoren

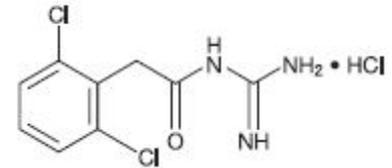
Guafacin bindet selectiv an postsynaptische α_2A -adrenoceptoren im praefrontalen Cortex

Dosis 1-4mg/Tag, einschleichen,
Wirkung erst nach einigen Tagen,
Wirkdauer > 24h;



2. Wahl: Guanfacin (Intuniv®)

- Wenig sedierend und blutdrucksenkend (viel weniger als Clonidin!)
- Gute Wirkung auf Unruhe, Impulsivität, Aggressivität
- Wenig Wirkung auf die Aufmerksamkeit (Skr)
- Keine Appetitminderung
- Weitere mögl. UAW: Somnolenz, Bradykardie, Synkopen, QTc-Verlängerung
- Beim Absetzen langsam reduzierend (Cave RR-Anstieg)!
- Kaum Patienten mit Intuniv allein, meist in Kombination mit Stimulanzien, oft Intuniv nachmittags oder abends (Skr.)



Cave!

2. Wahl: Guanfacin (Intuniv®)

LL 1.4.5.

Kommentar zur Empfehlung:

Initiale Behandlung mit Intuniv ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 6-17 Jahren nur dann innerhalb der Zulassung, wenn eine Behandlung mit Stimulanzien nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat.

Problem: Guanfacin (Intuniv[®]) in Kombination

Nach Angaben von Kollegen hat es in Schleswig-Holstein Regressandrohungen gegeben bei der Kombination MPH/Intuniv.

Fachinfo: Intuniv ist

1. nur als Monotherapie zugelassen
2. darf nur eingesetzt werden, wenn die Stimulantien unwirksam sind,
> die Nebenwirkungen nicht tolerierbar sind oder die Eltern eine
> Stimulanzientherapie verweigern.

Auch die Rechtsberatung vom BVKJ sieht die Kombination von Intuniv mit anderen Präparaten als Off-label Behandlung (Antrag an die KK usw.!!)

Empfehlung (Skr):

Für Neueinstellung: sorgfältige Überlegung, ob Kombination unbedingt nötig!
wenn ja: s.u.!

Für Patienten, die Kombination haben und damit gut zurechtkommen:

sorgfältige Dokumentation,

Begründung der zusätzlichen Gabe

Beschreibung der negativen Folgen bei Absetzen eines der Präparate

Antrag an KK auf Off-label Behandlung!

Nötig bei

- Unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Unzureichender Wirksamkeit
- Unzureichender Wirksamkeit infolge neuer Anforderungen
- Geringfügig und mit ausreichend langer Beobachtungszeit
- Immer in Absprache mit dem Arzt (Cave: Lehrer!)
- Definierte individuelle Therapie-Regime sind möglich
- Symptome der Überdosierung beachten

so wenig wie möglich, so viel wie nötig

Therapieänderung – Änderung durch den Patienten

Nötig bei

- Kindern: festes Schema – Änderung nur in Absprache mit dem Arzt
- Erwachsenen – Anfangs wie oben!
 - Später Möglichkeit individueller Gestaltung

Andere Medikamente oder Medikamentengruppen?

1.4.5.6. Bei Patienten mit ADHS und stark ausgeprägter Impulskontrollstörung und aggressivem Verhalten kann die befristete zusätzliche Gabe von atypischen Neuroleptika in Kombination mit psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen zur Reduktion dieser Symptomatik erwogen werden.

4.5.7. Auf der Basis der bisherigen Evidenz ist eine Empfehlung für den Einsatz weiterer Substanzen (z. B. SSRI, Modafinil, Selegilin, Bupropion) für die Behandlung der ADHS **derzeit nicht möglich**.

1.4.5.8. Cannabis soll für die Behandlung der ADHS **nicht** eingesetzt werden.

Empfehlungen der AG ADHS

- Genaue Eigen- und Familienanamnese (insbes. Herz- Kreislauferkrankungen, Herztod)
- Sorgfältige körperliche Untersuchung
- Regelmäßige Kontrollen (1/2-jährlich): Größe, Gewicht, Blutdruck, Puls (grafisch auftragen)
- Bei Unklarheit: mind. EKG – bzw. besser kinder-kardiologische Abklärung

Einfluss auf Wachstum und Gewicht

- MTA-Langzeitstudie (Swanson et al. 2007)
- Latente Verzögerung des Wachstums
(*deutlich in den ersten 2 Behandlungsjahren – Skr*)
- Kinder mit Methylphenidat-Therapie erreichen normale Endgrößen (*unveröff. Studie mit Endokrinologie Uni Erlangen*)
- Überwachung von Körpergröße und Gewicht mindestens alle 6 Monate
- Engmaschige Überwachung von Kindern im unteren Normbereich



Swanson JM et al. Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(8):1015-27

Schlafstörungen

- Primär mit ADHS oder mit Komorbiditäten assoziiert und nicht mit Medikation
- In der Regel hartnäckig und schwer behandelbar
- Verbesserung der Schlafhygiene (Schlafstagebücher)
- Evt. 2,5 - 5 mg Methylphenidat am Abend
- *Evt. Melatonin-Versuch am Abend
(off-label - Circadin®) – Skr.*



ZWISCHENZEUGNIS



Thomas ist merklich reifer geworden.
 Innerlich zur Ruhe gekommen, kann er
 nun sorgsam und zielstrebig arbeiten und
 hat endlich auch im Schriftlichen die Erfolge,
 die seinen mündlichen Leistungen entsprechen.

Religionslehre <u>ev.</u>	1
Deutsch	3
Schrift	3
Mathematik	2
Heimat- und Sachkunde	1
Kunsterziehung	2
Musik	2
Textilarbeit/Werken	3
Sport	1

Thomas nimmt auch an der A.G. "Englisch
 für Grundschüler" teil.

Behandlung und Betreuung im Verlauf

Dokumentation von behandlungsfreien Zeiten (nicht: „Auslassversuch“)

1.4.6.3. Einmal jährlich soll die Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit überprüft werden.

Bei

- Nichterreichen der Therapieziele,
- ausgeprägten Komorbiditäten,
- Einnahme von Drogen, Nichtsubstanzgebundenen Abhängigkeiten

Unbedingt **Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiater, Klinik(ambulanz)**
u.a. suchen!

Behandlung, Kontrolle und Betreuung im Verlauf

Sorgfältige medikamentöse Einstellung in engmaschiger Rücksprache

Regelmäßige Kontrollen und Überprüfung von:

- Größe, Gewicht, RR, Puls
- Medikamenten Einnahme/Wirkung
- Leitsymptome?
- Leistungen und Verhalten in der Schule?
- Emotionale Entwicklung?
- Beziehungen zu Gleichaltrigen?
- Freizeitaktivitäten?
- Familiäre Interaktionen und familiäre Beziehungen?
- Selbstvertrauen?

Welche Therapie ist die Beste?

- Psychoedukation mit optimaler multimodaler Therapie
- Beachtung der individuellen Ressourcen
- Sorgfältige, individuelle medikamentöse Einstellung
- Berücksichtigung der jeweiligen Medikamentenprofile
- Zusammenarbeit aller Fachgruppen, auch mit den Eltern

-> Grundlage für die beste Entwicklung!



AG ADHS e.V.

Sind Sie Arzt/Ärztin?

**Werden Sie Mitglied – bzw. arbeiten Sie mit - in der
Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung**

Wir brauchen Sie!



Postfach: 500128

22701 Hamburg

e-mail: info@ag-adhs.de

Internet: www.ag-adhs.de

Hier finden Sie Unterstützung!

Unterstützen Sie die Arbeitsgemeinschaft!