

ADHS im Kleinkindesalter: Erfahrungen mit Stimulanzen:

Vortrag am ADD Update des Forum für Praxispädiatrie Dezember 2003

„Problem“ : Ritalin sollte unter 6 Jahren nicht verordnet werden.

Eine europäische Studie aus dem Jahr 2000 (Schulte, Kinder- und Jugendarzt 2003, 824ff) zeigt, dass in der Pädiatrie 50 % , in der Neonatologie 90 % aller verwendeter Medikamente nicht offiziell zugelassen sind. Off label - (Alterslimiten, Indikationen) oder unlicensed - (Galenik) Gebrauch. Paradoxe Situation deshalb, weil beim besonders schützenswerten Kind kaum Arzneimittelstudien mit gesunden Kindern durchgeführt werden (können), einzige Ausnahme sind Impfstudien. Für generelle Zulassung sind Studien mit Kindern nicht nötig, auch lohnen sich diese in der Regel finanziell nicht. In USA neuerdings Anreiz für Prüfung bei Kindern mit zusätzlichem Patentschutz für 6 Monate. Juristisch ethisches Problem: Kann einem Kind ein Medikament vorenthalten werden, weil es nicht geprüft worden ist ? Medizinisch therapeutische Probleme: Anderer Stoffwechsel, andere Galenik (Suppositorien, Sirup oder Tropfen).

Stimulanzen sind „alte bewährte Medikamente“, die auch im Kleinkindesalter seit Jahrzehnten eingesetzt werden. Amerik. FDA hat alle d-Amphetaminpräparate inkl. Adderall ab 3 Jahren zugelassen, Ritalin (MPH) wurde aber von CIBA/Novartis für den Einsatz vor 6 Jahren nie geprüft, resp. zur Registrierung angemeldet. In der Praxis gibt es jedoch seit langem gute Erfahrungen sowohl mit MPH wie auch mit d-Amphetaminpräparaten im Kleinkindesalter:

1950: Bradley: Bazedrine and Dexedrine in the treatment of Children's Behavior Disorders, Pediatrics, 5, 24ff Der Autor beschreibt in seinem Kollektiv von 275 mit Stimulanzen behandelten Kindern 11 Kleinkinder unter 6 Jahre.

1957: Laufer. Hyperkinetic Behavior Syndrome J. Pediatr., 50, 463ff Für Kinder unter 6 Jahren wird eine Startdosis von 2,5 mg d-Amphetamin empfohlen, erfolgreiche Höchstdosis = 20 mg. Häufig mehrere Dosen nötig, auch wird zu einer Abenddosis bei Schlafstörungen geraten ! Ebenso wird der Einsatz bei zusätzlicher geistiger Behinderung beschrieben.

1975: Conners: Controlled trial of methylphenidate in preschool children with MBD, Int J Ment health 4, 61ff

1996 CHADD Conference Workshop von Christopher Green: ADHD in the Under-fives: Erfahrungen mit Stimulanzen seit 15 Jahren: Sie können ein Wunder bewirken ! Beginn mit 2,5 mg MPH oder 1,25 mg d-Amphetamin, wirken unterschiedlich und zeigen auch unterschiedl. Nebenwirkungen. Häufig rascher Metabolismus und entsprechend Rebound !, deshalb häufig 4 – 5 Dosen nötig. We realized: „With medication **parents can reach and teach their kids**“. Verhaltenstherapeutische Interventionen und andere Therapien greifen deutlich besser !

1998: Vitiello: Pediatric Psychopharmacology and the Interaction between Drugs and the Developing Brain, Can J Psychiatry ,43, 582ff Obwohl bisher keine Langzeitnebenwirkungen von Stimulanzen beim Einsatz bei Kleinkindern bekannt geworden sind, können diese nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Trotz allem sollte eine Medikation nicht unterlassen werden, wenn bekannt ist, welche Folgen bei Nichtbehandlung entstehen können.

„Psychopathology itself can be neuro-toxic and should therefore not be left untreated !“

1998 Uebersichtsartikel von LL Greenhill: The Use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Can J Psychiatry, 43, 576 ff Wahrscheinlich ist das System für den Metabolismus von MPH ab Ende 1. Jahr ausgereift. 6 kontrollierte Studien zeigen in 4 Studien deutlich positive Resultate, allerdings sind Nebenwirkungen deutlich höher als bei älteren Kindern.

1999: M.Rapley et al: Diagnosis of ADHD and Use of Psychotropic Medication in very young children Arch Pediatr Adolesc Med 153, 1039 beschreibt 223 Kinder unter 3 Jahren !

2000: Zito: Trends in the Prescribing of Psychotropic medications to Preschoolers: JAMA 23, 1025ff
 Hier wird ein „dramatischer“ Anstieg der Verschreibung von Psychopharmaka bei Kleinkindern, vor allem auch MPH, beschrieben. Problem der kleinen Zahlen.....Grosses Medienecho !
 Konsequenz: **Prospektive Studie des NIMH** mit 165 Kindern von 3 – 5 ½ Jahren, läuft seit 2002:
 Treatment of ADHD in Preschool-Age Children (PATs) : MPH – Wirkung und Sicherheit bei Vorschulkindern mit ADHS. Dauer 16 Monate

2002: Sonuga-Barke et al: Does maternal ADHD reduce the effectiveness of Parent-Training for Preschool children, J of Am Acad of Child and Adolesc Psychiatry, 41, 696ff Verhaltenstherap. orientiertes Elternprogramm für Mütter mit 89 Vorschulkindern. Mütter wurden selbst mit ADHS-Fragebogen beurteilt:

1. Gruppe (kein ADHS der Mutter)	Training zu 90 % erfolgreich
2. Gruppe (wahrsch. ADHS)	60 % Erfolg
3. Gruppe (ADHS)	Training ohne Erfolg, Probleme sogar zunehmend

Schlussfolgerung: Für ADHS - Mütter muss Trainingsprogramm eventuell verändert werden, resp. die bestehende mütterliche ADHS muss behandelt werden, damit dem Kind geholfen werden kann

Eigene Erfahrungen mit 32 Kindern, die vor dem 6. Altersjahr mit Stimulanzien behandelt werden:

Primäre Therapie: 20 x Dexamin später 1 x auf Adderall gewechselt, 10 x auf Ritalin (va SR)
 12 x Ritalin später 1 x auf Dexamin umgestellt

Zusätzlich 26 x Heilpädagogische Früherziehung Früherziehung (HFE) *
 16 x Psychologische Betreuung
 2 x Soz. Päd. Familienbegleitung
 4 x Fremdplacierung
 2 x günstiger Diäteeffekt neben Medikation

Familiäre Situation 1 Elternteil mit diagnostiz. ADHS 10 Kinder
 1 Elternteil mit vermuteter ADHS 11
 1 Elternteil mit psychiatr. Erkrankg 6
 Geschwister mit ADHS 11

 Nur 1 biolog. Elternteil in Familie 17
 Adoptivkind 1 (vgl Situation später !)

Entscheidend ist die ganz individuelle Einstellung der Medikation, vor allem das enge therap. Spektrum ist häufig das Problem, entsprechend auch mehr NW. Zusätzlich häufig auch relativ kurze Wirkungsdauer mit Rebound. **Die Kenntnis und Einhaltung der „4 goldenen Regeln“ ist beim Kleinkind überaus wichtig.**

Medikamentöse Praevention ab Kleinkindalter ?? !!

* Richtlinien für Gewährung der HFE gemäss IV-Stelle Bern: Familienorientierte und ganzheitliche Förderung der Gesamtpersönlichkeit behinderter Kinder im eigenen soz. Umfeld: Anspruchsbe-rechtigt: Kinder mit IQ unter 75, blinde und sehbehinderte Kinder, schwer körperlich behinderte Kinder, schwer sprachbehinderte Kinder und **schwer verhaltensgestörte Versicherte** (dh stark hyperaktiv-impulsive ADHS-Kinder mit Ueberforderungssituation der Eltern, droh. Kindsmisshandlung ! etc)