

## Erfahrungen mit den neuen Langzeitstimulanzien

Vortrag am ADD-Update des Forum für Praxispädiatrie vom 9.12.2004 in Olten

Methylphenidat ist weiterhin der „Goldstandard“ für eine Stimulanzientherapie in Europa  
vgl dazu Situation in den USA mit zahlreichen weiteren Präparaten (d- und l-Amphetamin, Atomoxetin)

Eine lege artis durchgeführte Stimulanzientherapie ist im sogenannten multimodalen Behandlungskonzept der ADHS von entscheidender Bedeutung vgl dazu

- MTA Studie 1999
- Neue Studie 2004 von Abikoff, Hechtman, Klein et al :

**Methylphenidat und multimodale psychosoziale Behandlung bei ADHS im Kindesalter:**

Im Juli-Heft des Journals der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry wird in einer Serie von fünf Beiträgen über eine Studie berichtet, in der 103 Kinder mit ADHS im Alter von sieben bis neun Jahren, die nicht an zusätzlichen Störungen des Sozialverhaltens oder Lernstörungen litten und auf Methylphenidat ansprachen, drei Behandlungsbedingungen unterzogen wurden: Methylphenidat alleine, Methylphenidat mit einer zusätzlichen umfassenden psychosozialen Behandlung, die sowohl schulische Förderung, Einüben alltäglicher Fertigkeiten als auch Psychotherapie und Elternt raining umfasste (kombinierte Behandlung), oder Methylphenidat plus unspezifische Förderung und Beschäftigung, bei der die Kinder die Art der Beschäftigung auswählen konnten und die von Nicht-Spezialisten durchgeführt wurde.

Es handelt sich um eine methodisch aufwendige, randomisierte Studie, bei der die Kinder nach Zufall und über einen Zeitraum von zwei Jahren den drei Behandlungsbedingungen zugeordnet wurden. Zur Objektivierung des Behandlungserfolges wurden die Kinder mithilfe von Leistungstests untersucht. Darüber hinaus wurden systematische Einschätzungen seitens der Eltern durchgeführt und auch Selbsteinschätzungen der Patienten im Hinblick auf depressive Symptome und Selbstbewusstsein/Selbstwertgefühl.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Kombination von Methylphenidat plus psychosozialer Behandlung war der alleinigen Behandlung mit Methylphenidat nicht überlegen. Die kombinierte Behandlung erbrachte auch keine besseren Ergebnisse, im Hinblick auf die Schulleistungen oder den emotionalen Status des Kindes im Vergleich zu Methylphenidat. Auch im Hinblick auf das Sozialverhalten ergab sich kein Vorteil der kombinierten Behandlung im Vergleich mit der Behandlung mit Methylphenidat allein oder mit Methylphenidat plus unspezifische Therapie. Die kombinierte Behandlung führte zwar zu einem besseren Wissen der Eltern über Erziehungsprinzipien, verbesserte aber nicht ihre Erziehungsmethoden, wie sie selbst und wie ihre Kinder berichteten. Signifikante Verbesserungen in verschiedenen Bereichen ergaben sich allerdings im Zweijahresverlauf bei allen drei Behandlungsmodalitäten. Insgesamt ergibt sich also die ernüchternde Bilanz, dass zusätzliche Maßnahmen zur Methylphenidatbehandlung (seien sie spezifisch oder unspezifisch) keinen zusätzlichen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten. Dies bezieht sich sowohl auf die Kernsymptomatik der Störung als auch auf die Schulleistungen, die emotionale Befindlichkeit der Kinder, das Sozialverhalten und das Erziehungsverhalten der Eltern. Das Ergebnis der Studie spricht für eine starke biologische Verankerung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, was durch genetische Befunde unterstützt wird.

Klein RG, Abikoff H, Hechtman L, Weiss G: Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 792–801.

Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S: Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 802–811.

Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Weiss G, Respitz C, Kouri J, Blum C, Greenfield B, Etcovitch J, Fleiss K, Pollack S: Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 812–819.

Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S: Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 820–829.

Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Greenfield B, Etcovitch J, Cousins L, Fleiss K, Weiss M, Pollack S: Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 830–838.

Seit Ende 2003: 2 neue Langzeitpräparate MPH in der Schweiz erhältlich

Neben dem seit langem bekannten Ritalin SR neu :

- CONCERTA 18mg und 36 mg
- Ritalin LA 20mg, 30mg und 40 mg

Vorteile von Langzeitpräparaten

- Einmaldosierung, so bessere Compliance
- Stabile Wirkung über ganzen Tag ohne Schwankungen
- i.d.R. weniger Appetit- und Einschlafprobleme
- Keine Stigmatisierung in Schule oder auswärts

Nachteile von Langzeitpräparaten:

- Weniger gut steuerbar (individuelle Dosierung viel weniger gut möglich !)
- Bisher stehen zu wenig Dosierungsstärken zur Verfügung
- Beschränkt oder überhaupt nicht kassenzulässig
- Preis, vor allem verglichen mit normalem Ritalin

Praktisches Vorgehen der MPH -Therapie

- Primär immer **Einstellung mit normalem kurzwirkenden MPH** (Ritalin)

- **Umstellungsempfehlungen:**

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| ➤ | 2 - 3 x 5mg MPH                                   | Concerta 18mg                      |
| ➤ | 2 - 3 x 10 mg MPH<br>oder 20 mg MPH SR            | Concerta 36mg<br>Ritalin LA 20mg   |
| ➤ | 2 - 3 x 15 mg MPH<br>oder 20mg MPH SR + 10 mg MPH | Concerta 54 mg<br>Ritalin LA 30 mg |
| ➤ | 2 – 3 x 20mg MPH<br>oder 40 mg MPH SR             | Concerta 72mg<br>Ritalin LA 40 mg  |

Beachte die unterschiedliche Wirkungsdauer von Concerta (10 – 12 Stunden) und Ritalin LA (ca 8 Stunden)

Einsatz von Concerta in meiner Praxis:

- Bis November 2004 bei 127 Kindern (davon 22 Mädchen) eingesetzt:
  - 24 ohne Erfolg
  - 103 mit Erfolg, davon zT in Kombination mit anderen MPH-Präparaten

|              |        |        |
|--------------|--------|--------|
| Dosierungen: | 18 mg  | 12 (3) |
|              | 36 mg  | 31 (7) |
|              | 54 mg  | 27 (4) |
|              | 72 mg  | 22 (4) |
|              | 90 mg  | 7 (1)  |
|              | 108 mg | 3 *    |
|              | 126 mg | 1      |

\* 1 Patient mit 1. Gabe morgens, 2. Gabe ca 16.00, je 54mg

In 15 Fällen wird Concerta noch mit Methylphenidat ( meist no Ritalin, in Einzelfällen auch mit Rit SR) ergänzt.

In 14 Fällen wird die Dosierung am Wochenende verringert oder mit Rit., resp. Rit SR durchgeführt.

#### Gründe für Misserfolg

- Enge therapeutische Wirkungsbreite (vgl 3. goldene Regel !), dh zu geringe oder zu starke Wirkung (eventuell Zugabe von MPH nötig !)
- Probleme mit Schlucken der Tablette
- Im Tagesverlauf weniger steuerbar (va Jugendliche mit langer MPH-Erfahrung !)
- Resorptionsstörung ? „keine Wirkung“ ?
- „Höchstgrenze“ von 54 mg im Packungsprospekt
- Selten Rebound
- Selten Schlafstörungen
- Wirkung gegen Abend zu kurz

Begründung für Umstellung Ritalin zu Concerta für KK/IV (dies ist notwendig, da Limitatio !)

#### Standardbrief mit folgenden Begründungen:

- zu kurze Wirkungsdauer pro Dosis,
- starkes Rebound (mit Hyperaktivität, Aggressionsausbrüchen oder depressive Verstimmung)
- Wirkung über den Tag gleicht einer „Berg- und Talbahn“,
- schlechte Compliance für Folgedosen ( zT wegen „Stigmatisierung“ in Schule durch Mitschüler oder gar Lehrer),
- durch schlechte Compliance Folgen wie Leistungsabfall, Verhaltensstörungen, drohender Schulausschluss, familiäre Dekompensation, stationäre Einweisung etc
- deutliche anhaltende Appetitstörung,
- starke Einschlafschwierigkeiten
- ungenügende Wirkungsdauer und – effekt nachmittags oder gegen Abend,
- „Schalterphaenomen“ (Wirkungsende innert Minuten),
- Verunsicherung über Medienberichte bzgl. Ritalin
- Zusätzliche individuelle Gründe