

Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung der Kinder- und Jugendärzte e.V.



1/2006



Aus der AG ADHS

Zum ersten Mal veranstaltet die AG ADHS eine eigne Jahrestagung mit wissenschaftlichem Programm unabhängig von einem anderen Kongress, entsprechend dem Votum der Mitgliederversammlung 2005. Alle Mitglieder der AG ADHS und alle in der Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Familien mit ADHS/ADS Engagierten laden wir dazu herzlich ein.

**Jahrestagung der AG ADHS
mit
Mitgliederversammlung**

ADHS Neue Wege – alte Pfade

**Samstag, 23. September 2006
10:00–18:00 Uhr**

**34125 Kassel
Mönckebergstraße 41
Hörsaal und Räume
des SPZ Kassel**

Mit Kassel wurde ein zentral gelegener und damit für sehr viele gut zu erreichender Veranstaltungsort ausgewählt, der einen Tagesaufenthalt möglich macht.

Ein interessantes Programm wurde mit Vorträgen am Vormittag, Seminaren mit den Referenten zu den Themen und Workshops zum Erfahrungsaustausch am Nachmittag zusammengestellt.

Die Tagung und die Mitgliederversammlung sind öffentlich und können von allen Interessierten besucht werden. Für Gäste, die nicht Mitglied der AG ADHS oder Mitarbeiter des SPZ Kassel sind, wird ein Unkostenbeitrag von 40 Euro/Tag erhoben, der das Mittagessen einschließt.

Ein Beitritt zur AG ADHS zum Jahresmitgliedsbeitrag von 80 € für 2006 ist im Tagungsbüro möglich.

Zur Beitrittserklärung oder zur Anmeldung für die Jahrestagung und Seminare finden Sie Formulare zum Postversand oder zum Faxen am Schluss dieser Mitteilung.

Programmablauf

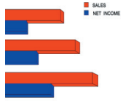
10:00 s.t.	Begrüßung / Einführung
10:15-10:45	„Regulationsstörungen – Hinweis auf ADHS? Frühe Hilfen?“ Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Harald Wurms, Kinderzentrum München
10:45-11:00	Diskussion
11:00-11:30	Kaffeepause
11:30-12:00	„Neurofeedback – Hilfe bei ADHS?“ Dr. med. Hans-Jürgen Kühle, Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiater, Gießen
12:00-12:15	Diskussion
12:15-12:45	„ADHS oder/und Autismus?“ Dr. Ingo Spitzcok v. Brisinski, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken, Viersen
12:45-13:00	Diskussion
13:00-14:00	Mittagessen
14:00-14:40	Seminare zu den Themen des Vormittags mit den Referenten
14:50-15:30	Seminare „Basisdiagnostik“ und „Therapie im Jugendalter“
15:30-16:00	Kaffeepause
16:00-17:15	Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.
17:15-18:00	„Work-up“ – Diskussion zu freien Themen
18:00	Verabschiedung

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme an der Jahrestagung und heißen schon jetzt alle Teilnehmer herzlich willkommen.

Dr. K. Skrodzki

PD Dr. Dr. K.-P. Grosse

Vorstand AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.



Fettsäuren – eine Therapiealternative bei ADHS ?

K.-P. Grosse

Langkettige ungesättigte Fettsäuren (LCPUFA) sind bedeutsam für eine normale Hirnstruktur und -funktion. In mehreren aktuellen Übersichtsartikeln [1-4] wurde die Beziehung zwischen neuropsychiatrischen Störungen und den LCPUFA dargestellt. Zu den LCPUFA gehören Omega-3-Fettsäuren (EPA = Eicosapentaensäure, DHA = Docosahexaensäure, als Vorstufe: ALA = Alpha-Linolensäure), aber auch Omega-6-Fettsäuren (AA = Arachidonsäure, DGLA = Dihomogammalinolensäure, als Vorstufe: LA = Linolensäure).

Seit etwa 20 Jahren wird vermutet, dass die LCPUFA auch bei ADHS beteiligt sind. 1987 berichteten Mitchell et al. [5] über signifikant niedrigere Serumwerte für DHA, DGLA und AA bei hyperaktiven Kindern. Stevens et al. [6] fanden, dass die Werte für AA, EPA und DHA im Plasma und in Erythrozyten von ADHS-Patienten signifikant niedriger waren als bei den Kontrollpersonen. Verminderte Werte für LCPUFA in Serum- und Erythrozyten wurden auch bei Erwachsenen mit ADHS gefunden [7]. Dies scheint nicht an einer geringeren Aufnahme von LCPUFA zu liegen, da kein Unterschied im Fettsäureanteil der Ernährung zwischen Kindern mit ADHS und gesunden Kindern festgestellt werden konnte [6]. Es gibt Hinweise, dass bei Kindern mit ADHS der Abbau der Omega-3-Fettsäuren gesteigert sein könnte [8].

Die Hypothese, dass eine Supplementation mit LCPUFA bei ADHS vorkommende Symptome bessern könnte, wurde in mehreren randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studien (Aman 1987 [9], Voigt 2001 [13], Richardson 2002 [14], Stevens 2003 [15], Hirayama 2004 [17]) bzw. doppelblinden, placebokontrollierten Crossover-Studien (Arnold 1989 [10], ergänzt 1994 [11] und 2000 [12], Richardson 2005 [17]) überprüft.

Leider lässt sich aus diesen Studien die Frage nach Stellenwert und Wertigkeit einer Fettsäure-Therapie bei ADHS nicht eindeutig beantworten, da die Untersuchungen sehr unterschiedlich durchgeführt wurden, zu unterschiedlichen Ergebnissen kamen und Mängel aufweisen, die ihre Aussagekraft einschränken: Die Diagnosekriterien für ADHS bei der Patientenauswahl genügen nur in wenigen Studien den strengen Anforderungen nach DSM-IV [13,17] bzw. DSM-III (mit Einschränkungen) bei den älteren Studien [9,10]. Die zur Behandlung eingesetzten LCPUFA-Zusammensetzungen und Dosierungen waren jeweils verschieden. In zwei Studien [13,15] wurde parallel mit Stimulanzien behandelt. Die kürzere Behandlungsdauer in einigen Studien [9, 10, 17] reichte möglicherweise nicht aus, um den Gehalt an Fettsäuren in neuronalen Membranen genügend zu erhöhen [13]. Die zur Beurteilung des Therapieerfolgs geprüften Parameter waren sehr unterschiedlich und teilweise so zahlreich, dass dadurch deren statistischer Aussagewert gemindert wird. Die Patientenzahlen waren durchwegs klein.

In den Studien von Voigt und von Hirayama mit nach DSM-IV-Kriterien gesicherter Diagnose zeigte sich keine Besserung der ADHS-Symptomatik unter Behandlung mit LCPUFA, wobei bei Hirayama mit den Omega-3-Fettsäu-

ren DHA und EPA und bei Voigt nur mit DHA supplementiert wurde und dort alle Patienten „erfolgreich“ mit Stimulanzien (weiter) behandelt waren, die Behandlungsdauer bei Hirayama nur 2 Monate betrug. Bei Hirayama wird ein hoher Anteil von Komorbiditäten beschrieben (u.a. Asperger-Syndrom: 7 in der Kontrollgruppe, 2 in der Behandlungsgruppe). In den älteren Studien von Aman und von Arnold, bei denen mit den Omega-6-Fettsäuren LA und DGLA supplementiert wurde über jeweils nur 1 Monat, ergaben sich nur minimale Verbesserungen: bei Aufmerksamkeit im Elternurteil und Reaktionszeit (Aman), bei Hyperaktivität im Lehrerurteil mit Amphetamin > Nachtkeuzenöl > Placebo (Arnold). Bei Stevens - ADHS-Diagnose nach Elternauskunft - fanden sich unter Behandlung mit den Omega-3-Fettsäuren DHA und EPA so wie den Omega-6-Fettsäuren AA und Gammalinolensäure plus Vit.E [Efalex] im Vergleich von Behandlungs- und Placebogruppe lediglich bei 2 von 16 untersuchten Parametern (Verhaltensprobleme im Elternurteil und Aufmerksamkeit im Lehrerurteil) signifikante Verbesserungen unter Supplementation.

Die besten Ergebnisse bezüglich einer Besserung von bei ADHS vorkommenden Symptomen unter Behandlung mit Fettsäuren werden in den Studien von Richardson berichtet. Zur Behandlung ausgewählt wurden Kinder mit Legasthenie in einer Spezialschule, bei denen nach Conners Parent Rating Scales die Scores für die ADHS-Kriterien nach DSM-IV über dem Bevölkerungsdurchschnitt lagen (2002) und Kinder mit Entwicklungsstörung der motorischen Koordination und dazu größtenteils auch Lese- und Sprachproblemen sowie ADHS-Symptomen nach Lehrerbeurteilung bei etwa einem Drittel der Kinder (2005). Behandelt wurde mit Omega-3-Fettsäuren (DHA, EPA; mit deutlich höherem Anteil von EPA in der Studie von 2005) und Omega-6-Fettsäuren (Gammalinolensäure, in der Studie von 2002 auch zusätzlich AA und Cis-linolsäure). In der Studie von 2002 waren im Elternurteil (Conners Parent Rating Scales, CPRS-L) die Scores für DSM Total und DSM Inattention signifikant niedriger in der Behandlungsgruppe als in der Placebogruppe. In der Studie von 2005 zeigte sich im CTRS-L (Lehrerbeurteilung) ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Behandlungs- und Placebogruppe mit signifikanter Verminderung des CTRS-L-Score um > 0,5 SD. Für das Ausmaß des Behandlungseffekts von LCPUFA berechneten Richardson et al. einen „effect size“ von 0,55 nach 3 Monaten und 0,70 nach 6 Monaten Behandlungsdauer. Zum Vergleich [18]: „effect size“ von Methylphenidat: für Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und Impulsivität 0,78, für Verhalten 0,81; für Atomoxetin: für die Kernsymptome von ADHS 0,71. Da nicht klar ist, wie viele der von Richardson behandelten Patienten mit ADHS-korrelierten Symptomen die Diagnosekriterien von ADHS erfüllten, lassen sich diese Ergebnisse nicht auf Patienten mit gesicherter ADHS-Diagnose übertragen.

Insgesamt ist aus den vorliegenden Studien keine Behandlungsempfehlung für LCPUFA bei ADHS abzuleiten. Sie geben lediglich Hinweise darauf, dass sich unter dieser Behandlung bei ADHS vorkommende Symptome bessern können. Es ist trotz vielfältiger theoretischer Wirkmöglichkeiten [1-4] nicht geklärt, wie LCPUFA auf ADHS-Symptome wirken. Über die „optimale“ Zusammensetzung eines LCPUFA-Gemisches zur Behandlung wird noch diskutiert [17].

Weitere Studien wären nötig. Dabei sollte die Diagnose ADHS bei der Patientenauswahl entsprechend den aktuell geltenden Kriterien gesichert sein, die Heterogenität

der Patienten bezüglich der verschiedenen ADHS-Subtypen und möglicher Komorbiditäten berücksichtigt werden, für die Überprüfung der Wirkung eine validierte Methode benutzt werden, ein Vergleich mit Methylphenidat/Atomoxetin und Placebo durchgeführt werden mit Ermittlung des jeweiligen „effect size“.

Derzeit ist die effektivste Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auch weiterhin die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat oder Atomoxetin. Durch Behandlungsversuche mit in ihrer therapeutischen Wertigkeit nicht abgesicherten alternativen Behandlungsmethoden, wie auch durch Behandlung mit Fettsäuren, geht wichtige Behandlungszeit verloren für eine effektive und belegbar risikoarme Therapie mit erwiesenermaßen wirksamen Medikamenten. Das erhöht das Risiko für schwerwiegende Folgeprobleme von ADHS - insbesondere bei Patienten mit hoher Auffälligkeit.

Eine ausführlichere Darstellung mit detaillierter Beschreibung der Studien und Literaturverzeichnis ist in „pädiatrische praxis“, Heft 68, Band 2 (Mai 2006) nachzulesen.



Aktueller Kommentar

Stellungnahme zur Diskussion über kardiovaskuläre Risiken bei der medikamentösen Behandlung der ADHS und zum routinemäßigen Einsatz von EKG und EEG in der Diagnostik

Stimulanzien, insbesondere Methylphenidat, gehören zu den am besten untersuchten Medikamenten. Sie stellen bei der Behandlung einer ADHS die Mittel erster Wahl dar und haben eine hervorragende Nutzen/Risiko Relation. Einschränkungen und Risikofaktoren (mittelschwerer und schwerer Bluthochdruck, Angina pectoris und tachykarde Arrhythmien) sind in den deutschen Beipackzetteln aufgeführt.

Nun hatte ein Beratergremium die US Arzneimittelbehörde FDA aufgefordert, eine Warnung vor kardiovaskulären Risiken bei der Behandlung mit Stimulanzien in die Fachinformation aufzunehmen. Anlass waren Meldungen bei der Durchsicht von 22 Millionen Krankheitsakten im Zeitraum von 1999 bis 2003 über 25 plötzliche Todesfälle (darunter 19 Kinder) und 54 nichttödliche kardiovaskuläre Ereignisse (darunter 26 Kinder), die während der Behandlung mit Amphetamin, Dextroamphetamin und Methylphenidat beobachtet wurden. Laut Steven Pliszka, Editor der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, ist diese Komplikationsrate niedriger (allerdings nicht signifikant) als in der unbehandelten Normalbevölkerung (0,19 pro 100.000 Patientenjahre unter Methylphenidat, gegenüber 1,3 – 8,5 pro 100.000 Patientenjahren in der normalen pädiatrischen Population). Das liegt nach Meinung des Autors an der sorgfältigeren Vorauswahl und Untersuchung dieser Patientengruppe.

Auch die Empfehlung, stets bei jedem Patienten vor der medikamentösen Einstellung ein EKG und ein EEG durchzuführen, ist nicht sinnvoll.

Die FDA hat am 25.3.06 die Aufnahme zusätzlicher Warnhinweise abgelehnt. Grundsätzlich sollte – neben einer sorgfältigen Anamnese – bei jedem Patienten Größe, Gewicht, Blutdruck und Herzfrequenz initial und im Verlauf regelmäßig kontrolliert werden und eine sorgfältige kör-

perliche und neurologische Untersuchung erfolgen – wie es auch in der Leitlinie (www.agadhs.de) empfohlen wird.

Bei familienanamnestischen Hinweisen oder dem geringsten Verdacht auf eine Störung im Herz-Kreislaufsystem sollte ein EKG durchgeführt werden und nötigenfalls weitere Abklärung erfolgen.

Auch eine EEG-Untersuchung ist nur dann erforderlich, wenn sich an Hand anamnestischer und klinischer Auffälligkeiten Hinweise auf ein Anfallsleiden ergeben. Selbst eine Auffälligkeit wie fokale Sharp-wave (bei 3–5% der Normalbevölkerung zu finden) hätte keine therapeutische Konsequenz. Es ist daher auch nicht erforderlich, dies vor der Therapie zu dokumentieren. Eine Kontraindikation für eine Stimulanzientherapie würde sich daraus nicht ergeben.

Es gibt keinen Grund zur Panik, keinen Grund zum Absetzen einer wirksamen Therapie und auch keinen Grund, die bisherige langjährig erprobte Praxis zu ändern!

Dr. K. Skrodzki
(Kinder-/Jugendarzt,
Kinderkardiologe)

PD Dr. Dr. K.-P. Grosse
(Kinder- und Jugendarzt)

Dr. Kirsten Stollhoff
(Kinder- und Jugendärztin,
Fachärztin für Neuropädiatrie)

Dr. Jürgen Gromball
(Kinder- und Jugendarzt,
Kinderkardiologe)

Mitglieder der Vorstandschaft der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.



Aktuelle Termine

Termine für **Qualitätszirkel** in Nähe Ihres Wohnortes finden Sie auf der Website www.agadhs.de.

Fortbildungsveranstaltungen zum Thema ADHS werden überregional von verschiedenen Veranstaltern angeboten; erkundigen Sie sich bei Mitgliedern der AG ADHS, bei Vertretern von Berufsverbänden oder bei Mitarbeitern von Firmen.

Impressum

Mitteilungen der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. – Redaktionsteam:

Dr. K. Stollhoff, Dr. U. Kohns, Dr. H.-J. Kühle

Herausgeber:

AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Postfach 228 · 91292 Forchheim

Tel. 09191-970369 · Fax 09191-970375

e-mail ag-adhs@t-online.de · Internet www.agadhs.de

Konto der AG ADHS:

Konto 302 (BLZ 76391000) Volksbank Forchheim

Dank für die Unterstützung
bei der Veröffentlichung an
UCB-PHARMA



Antrag auf Mitgliedschaft

An die
AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Postfach 228

91292 Forchheim

Fax 09191-970375

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße: _____

PLZ – Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Als Kinder- und Jugendarzt/ärztin tätig in () Praxis () Klinik () öffentlicher Gesundheitsdienst () Sonst.: _____

Institutionsadresse (Klinik, Gesundheitsamt, Sonst.): _____

Pädinform: ja / nein Ich nehme an einem ADHS-Qualitätszirkel teil: ja / nein

Ich moderiere einen ADHS-Qualitätszirkel: ja / nein

Ich möchte mich an der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. beteiligen

() als Mitglied () bei der Organisation () als Vortragender bei Seminaren.

Ich möchte Mitglied werden und bin mit den Regeln der Zusammenarbeit entsprechend den Festlegungen in der Satzung der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meiner Adresse in der Mitgliederliste im geschlossenen Bereich der Internetseite der AG ADHS bin ich einverstanden.

Datum

Stempel

Unterschrift

(Die Mitgliedschaft wird wirksam durch Bestätigungsmittelung des Vorstands an den Antragsteller.)

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von 80,00 € von meinem

Konto Nr. _____ bei der Bank _____

BLZ: _____ abgebucht wird.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., Postfach 228, 91292 Forchheim, Fax 09191/970375

Anmeldung zur Jahrestagung 2006
(Anmeldeschluss 1. September 2006)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ e-mail _____

Beruf _____ Mitglied der AG ADHS: Ja / Nein
Mitarbeiter SPZ Kassel: Ja / Nein

Unterschrift: _____

Anmeldung zum Seminar: (bitte ankreuzen)

- 1. „Regulationsstörungen“
- 2. „Neurofeedback“
- 3. „ADHS oder/und Autismus“
- 4. „Basisdiagnostik“
- 5. „Therapie im Jugendalter“

Ihre Anmeldung wird verbindlich, sobald der Betrag von 40,- € auf dem Konto der AG ADHS eingegangen ist: **Volksbank Forchheim**

BLZ: 76391000 Konto: 302

Für Mitglieder der AG ADHS und Mitarbeiter des SPZ Kassel entfällt der Unkostenbeitrag.

Anmeldungen sind für alle Teilnehmer aber erforderlich!