

## AANPAK VAN AANDACHTSTEKORT-HYPERACTIVITEITSTOORNIS (ADHD) BIJ HET KIND

Bij kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) zijn een educatieve aanpak en intensieve gedragstherapie nuttig, en deze zouden de initiële behandeling moeten zijn. Niet-medicamenteuze aanpak alleen is echter niet voldoende voor sommige kinderen. Een centraal stimulant (methylfenidaat, dexamfetamine) kan dan worden toegevoegd. In een studie kon met een dergelijke gecombineerde aanpak de dosis van het geneesmiddel lager worden gehouden. In meerdere gerandomiseerde studies is aangetoond dat de centrale stimulantia de kernsymptomen van ADHD verlichten, maar de meeste studies duurden hoogstens 3 maanden. Het is niet aangetoond dat centrale stimulantia het risico van asociaal gedrag op latere leeftijd verminderen, of het functioneren op volwassen leeftijd verbeteren. Elke beslissing om een centraal stimulant te starten mag enkel gebeuren na beoordeling van het kind door specialisten in het domein, rekening houdende met de bekende ongewenste effecten van de geneesmiddelen, en met de persoonlijke noden en voorkeur van de familie. Bij kinderen jonger dan 5 jaar dient men zeker terughoudend te zijn met het gebruik van centrale stimulantia.

In de Folia van augustus 1996, februari 1997 en november 1998 werd reeds aandacht besteed aan hyperactiviteit bij het kind. Het artikel in de Folia van augustus 1996 was o.a. gebaseerd op een in 1995 gepubliceerd artikel in *Drug and Therapeutics Bulletin*. Recent verscheen in hetzelfde tijdschrift een update van hun vroeger artikel. Daarnaast werd hier ook een artikel uit het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* als referentie gebruikt.

Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (“Attention-deficit hyperactivity disorder” of ADHD) omvat volgens de laatste editie van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) 3 subtypen.

- Het type waarbij aandachtstekort overheerst, met o.a. volgende symptomen: geen aandacht voor details, moeilijk de aandacht vasthouden, taken niet organiseren, vergeetachtigheid.
- Het type waarbij hyperactiviteit/impulsiviteit overheersen, met o.a. volgende symptomen: onrustig bewegen met handen of voeten, vaak opstaan in de klas, aan een stuk doorpraten, anderen verstoren of onderbreken.
- Het gecombineerde type.

In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* wordt voor ADHD bij kinderen een prevalentie tussen 3 en 5% vermeld. Terwijl men vroeger dacht dat de symptomen vanzelf zouden overgaan vóór of tijdens de adolescentie, weet men nu dat bij de meeste kinderen symptomen blijven bestaan tot in de adolescentie, en bij 20 tot 50% tot op volwassen leeftijd.

## Diagnose

Bij vermoeden van ADHD moet de mate van ernst ingeschat worden; dit kan gebeuren in de eerstelijnszorg. Daarbij wordt gelet op de intensiteit van hyperactief gedrag, impulsiviteit, en concentratiezwakte. In weinig ernstige gevallen kan uitvoerige diagnostiek uitgesteld worden in afwachting van de resultaten van eerstlijnsinterventies (b.v. opvoedingsadviezen). Bij onvoldoende verbetering binnen 6 maanden of bij meer ernstige problemen dient het kind te worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Gezien de complexe problemen van de meeste kinderen met ADHD dienen hierbij zowel medische expertise als deskundigheid op het terrein van de gedragstherapie te worden betrokken. In overleg dienen deze experts de graad van hyperactiviteit te beoordelen en andere mogelijke oorzaken van de klinische symptomen na te gaan. Eens de diagnose van ADHD is gesteld, zouden de ouders en, na toestemming, ook de school van het kind moeten worden geadviseerd over het probleem en over de manieren om dit aan te pakken. [N.v.d.r.: onderzoek naar andere problemen die vaak samen met ADHD voorkomen, is eveneens nodig, met name leerstoornissen, motorische stoornissen en “oppositieel-opstandige gedragsstoornis”.]

## Aanpak

Starten met intensieve gedragstherapie, voor zover beschikbaar en bij gemotiveerde ouders, is een te verdedigen strategie, mits bij onvoldoende effect na 6 maanden, medicatie, met name centrale stimulantia, wordt toegevoegd. Bij kinderen jonger dan 5 jaar dient men zeker terughoudend te zijn met het voorschrijven van centrale stimulantia.

### *Doeltreffendheid van de centrale stimulantia*

De resultaten van meerdere dubbelblinde, gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studies tonen met de centrale stimulantia, methylfenidaat en dexamfetamine, een verbetering van de controle van de hyperactiviteit, het aandachtsniveau en de impulsiviteit. De meeste studies duurden hoogstens 3 maand, en vertoonden methodologische tekortkomingen.

In een studie gedurende 14 maanden bij 579 kinderen (leeftijd 7 – 9,9 jaar) met het gecombineerd type van ADHD werd medicamenteuze behandeling (vooral methylfenidaat) vergeleken met intensieve gedragstherapie en met een combinatie van beide. De verschillende behandelingen verbeterden de symptomen, maar de grootte van het effect was voor de meeste symptomen meer uitgesproken voor de medicamenteuze behandeling en de gecombineerde behandeling dan voor de gedragstherapie alleen. Bij de kinderen bij wie beide behandelingen werden toegepast, kon de dosis van het centraal stimulans lager worden gehouden, en was de tevredenheid van de ouders groter.

Het is niet aangetoond dat de centrale stimulantia het risico van asociaal gedrag op latere leeftijd verminderen, en het functioneren op volwassen leeftijd verbeteren.

## *Ongewenste effecten*

Bij kinderen behandeld met methylfenidaat of dexamfetamine zijn slape-loosheid (10 – 20 %) [n.v.d.r.: vooral wanneer de toediening in de late namiddag gebeurt], emotionele instabiliteit, en verminderde eetlust (10 – 40%) frequent; deze zijn gewoonlijk dosisgebonden. Bij behandeling gedurende lange termijn is groeivertraging gerapporteerd, maar de bereikte lengte op de volwassenen leeftijd lijkt niet te worden beïnvloed. Meer ernstige, zeldzame ongewenste effecten zijn o.a. convulsies, compulsief gedrag, gebrek aan spontaneïteit, en psychotische reacties [n.v.d.r.: volgens een geraadpleegd expert zijn deze effecten frequenter bij kinderen met mentale achterstand en/of hersenbe-schadiging]; stopzetten van de behandeling of verlaging van de dosis kan noodzakelijk zijn. Met methylfenidaat zijn zelden trombopenie, anemie en leukopenie gerapporteerd; of routinemonitoring van het bloedbeeld noodza-kelijk is, is niet zeker. Tolerantie en afhankelijkheid kunnen in theorie optreden met de centrale stimulantia, maar bij correct gebruik is bij kinderen behandeld omwille van ADHD geen afhankelijkheid gerapporteerd.

## *Contra-indicaties en waarschuwingen*

In het Verenigd Koninkrijk is methylfenidaat niet aanvaard voor gebruik bij kinderen jonger dan 6 jaar [n.v.d.r.: dit wordt ook zo vermeld in de Belgische bijsluiter van RILATINE], dexamfetamine niet voor gebruik bij kinderen jonger dan 3 jaar [n.v.d.r.: niet als specialiteit in België, dus geen bijsluiter]. Beide geneesmiddelen zijn gecontra-indiceerd bij bestaan van cardiovasculair lijden, glaucoom en hyperthyroïdie. Centrale stimulantia kunnen tics verer-geren, en de bijsluiters stellen dat deze middelen gecontra-indiceerd zijn bij kinderen met het syndroom van Gilles de la Tourette. Dit effect is echter variabel en, wanneer goed gevolgd kunnen deze geneesmiddelen toch waardevol zijn bij de behandeling van kinderen met co-morbiditeit van ADHD en chronische tics of Tourette-syndroom. Methylfenidaat en dexamfetamine moeten met voorzichtigheid worden toegediend bij milde hypertensie, ernstige depressie, voorgeschiedenis van misbruik van drugs of alcohol, slecht gecon-troleerde epilepsie of voorbeschiktheid tot tics.

## *Instellen en volgen van de behandeling*

De dosis van methylfenidaat voorgesteld in de Engelse [n.v.d.r.: en de Belgische] bijsluiter bedraagt 5 mg, 1 tot 2 x per dag (b.v. bij het ontbijt en het middagmaal); deze dosis kan geleidelijk worden opgedreven met 5 tot 10 mg per week, tot een maximale dosis van 60 mg per dag in meerdere giften [n.v.d.r.: een expert wees er ons op dat een betere respons op vooral de gedrags-aspecten wordt verkregen wanneer de dagdosis wordt verdeeld in 3 giften, met ook een inname in de namiddag rond 16 à 17 uur. De optimale dosis ligt veelal tussen 0,3 en 0,7 mg/kg/dosis. Bij kinderen onder de 25 kg is de dagdosis meestal lager dan 35 mg methylfenidaat.]. Na inname worden de klinische effecten snel zichtbaar, en na 3 à 4 uur zijn de effecten verdwenen.

Het kan dan ook in het begin nuttig zijn enkel de ochtenddosering toe te dienen, en na te gaan of het gedrag van het kind 's morgens verschilt van het gedrag 's namiddags, om zo een aanwijzing te hebben of het geneesmiddel helpt.

De beslissing om medicatie te geven en het opstarten van de medicatie dient te gebeuren in de tweedelijnszorg, door een arts met ervaring in ADHD. Twee tot 4 weken na starten van de behandeling, en dan om de 4 weken gedurende de eerste 6 maanden, zou het kind door de specialist moeten worden gezien. De fabrikant raadt aan om methylfenidaat te stoppen wanneer geen verbetering optreedt na één maand behandeling. Consultanten van *Drug and Therapeutics Bulletin* suggereren echter dat een periode van drie maanden meer aanvaardbaar is.

Eens een aangepast therapieschema is ingesteld, kan de routinefollow-up worden doorgeschoven naar de eerste lijn. Follow-up op lange termijn moet bestaan uit evaluatie (b.v. om de 3 à 4 maanden, of na elk schooltrimester) van het gedrag, en van de hartfrequentie, de bloeddruk, de lengte (dit laatste waarschijnlijk maar om de 6 maanden) en het gewicht; er moet ook worden gescreend op het optreden van tics of depressie. [N.v.d.r.: geregeld overleg met de leerkracht (b.v. twee keer per schooljaar) is nodig om het effect van de medicatie in de klas te beoordelen.] De noodzaak voor het verder zetten van de behandeling moet elk jaar worden geëvalueerd. Methylfenidaat dient gestopt te worden onder nauwe supervisie gezien depressie en chronische hyperactiviteit kunnen worden gededuceerd. Dexamfetamine moet geleidelijk worden gestopt gezien bij abrupt stoppen uitgesproken vermoeidheid en depressie kunnen optreden.

Naar Stimulant drugs for severe hyperactivity in childhood. *Drug and Therapeutics Bulletin* **39**, 52-54 (2001)

J.K. Buitelaar en J.J.S. Kooij: Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD); achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* **144**, 1716-1723 (2000)

## Specialiteitsnamen

Dexamfetamine (niet als geneesmiddelen-specialiteit beschikbaar in België; magistraal te bereiden)

Methylfenidaat: Rilatine (voor deze specialiteit is ADHD een aanvaarde indicatie bij kinderen vanaf 6 jaar)

## Nota van de redactie

- Voor methylfenidaat is er duidelijk meer evidentie van doeltreffendheid beschikbaar dan voor dexamfetamine. De weinige studies waarin deze twee stoffen worden vergeleken, geven geen uitsluitsel [*Clinical Evidence*, 6<sup>de</sup> editie, blz. 234-242 (2001)].
- Over behandeling met ADHD bij volwassenen is nog betrekkelijk weinig onderzoek verricht, maar methylfenidaat en dexamfetamine worden eveneens

als eerstekeuzemiddelen voorgesteld. De behandeling bij volwassenen bestaat naast medicatie, uit educatieve maatregelen zoals voorlichting over de aandoening en de behandelingsmogelijkheden, uit lotgenotencontact (patiëntenverenigingen) en eventueel uit psychotherapie [*Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* [145, 1481-1484, 1485-1489, 1498-1501 (2001)]].

- In België wordt ADHD bij kinderen ouder dan 6 jaar, ook als indicatie vermeld in de bijsluiter van STIMUL, op basis van het centraal stimulant pemoline. Omwille van de mogelijke ongewenste effecten, vooral de hepatotoxiciteit, is pemoline geen eerstekeuzemiddel bij kinderen met ADHD.

---

## LEZERSBRIEVEN

### DIENT BIJ TANDABCES EEN ANTIBIOTICUM TE WORDEN VOOR- GESCHREVEN ?

Naar aanleiding van het artikel « Dient bij tandabces een antibioticum te worden voorgeschreven ? » [Folia januari 2002] ontvingen we volgende reacties.

- De vraag werd gesteld hoe het onderscheid kan gemaakt worden tussen een tandabces en dentale cellulitis. Een expert legt dit uit als volgt. Een tandabces (« periapicaal tandabces » of « acuut veretterd granuloom ») is een acute infectie van een granuloom ter hoogte van de apex van de tandwortel. Symptomen zijn tandpijn die niet toeneemt door koude of warmte, en drukpijn ter hoogte van de apex; de tand is percussiegevoelig; op radiografie is er apicale radiolucentie. Overgrijpen van de apicale ontsteking naar de omliggende weke weefsels ter hoogte van de mondbodem of ter hoogte van de wang, gaat meestal gepaard met duidelijke zwelling, pijn bij palpatie, abscessvorming en koorts.
- In een nota van de redactie bij het artikel werd vermeld dat bij de patiënten met een hartafwijking met hoog of intermediair risico van endocarditis, antibiotische profylaxis aanbevolen is in geval van een ingreep die een hoog risico van bacteriëmie inhoudt. Een arts merkt op dat antibiotische profylaxis in geval van een dergelijke ingreep ook aangewezen is bij de patiënten met een gewrichtsprothese die een hoog risico hebben van late protheseinfectie [zie ook Folia augustus en december 2001].