

Gemeinsame Stellungnahme der Leitliniengruppe des European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS) und des deutschen zentralen adhs-netzes zur EKG-Ableitung bei Verschreibung von Methylphenidat

18.06.2008

In der medikamentösen Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind Stimulanzien und Atomoxetin hoch effektiv und risikoarm. Nun hat die American Heart Association am 21. April 2008 eine Stellungnahme zur Indikation von kardiovaskulären Vor- und Verlaufsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen abgegeben, die aufgrund von ADHS medikamentös behandelt werden. Diese Stellungnahme war in der Ursprungsfassung missverständlich formuliert und wurde deswegen kurz danach um eine aktualisierte Korrektur ergänzt. Im folgenden wird die ursprüngliche Stellungnahme aus Sicht der Leitliniengruppe des European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS), das europäische Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von hyperkinetischen Störungen beziehungsweise ADHS entwickelt hat (Banaschewski et al., 2006; Taylor et al., 2004), und des deutschen zentralen adhs-netzes kommentiert.

Hintergrund der Stellungnahme war, dass nach Angaben der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde Food and Drug Administration in den Jahren 1999 bis 2004 insgesamt 19 Kinder mit ADHS an einem plötzlichen Herztod gestorben sind, während sie medikamentös mit Stimulanzien behandelt worden waren. Bei weiteren 26 Kindern seien kardiovaskuläre Symptome und Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzstillstand oder Herzrasen aufgetreten, heißt es in der Pressemitteilung der American Heart Association (2008). Bei insgesamt 2,5 Millionen Kindern, die in den USA Psychostimulanzien zur Behandlung von ADHS einnehmen, entsprechen diese Zahlen allerdings der in dieser Altersgruppe bei Kindern ohne medikamentöse Behandlung zu erwartenden Häufigkeit solcher Erkrankungen und Todesfälle. Hinweise für kausale Zusammenhänge zwischen dem Auftreten dieser kardiovaskulären Symptome, Erkrankungen und Todesfälle und der medikamentösen Therapie liegen nicht vor.

Die Autorengruppe der Stellungnahme der American Heart Association um Victoria Vetter von der University of Pennsylvania School of Medicine in Philadelphia gibt zu bedenken, dass es unter Patienten mit ADHS einerseits überproportional viele Kinder mit angeborenem Herzfehler gäbe und andererseits etwa 33-42 % aller Kinder mit Herzerkrankungen Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe und impulsives Verhalten zeigten. Diese Patienten mit ADHS und kardiovaskulären Problemen sollten möglichst vor Beginn einer medikamentösen Therapie identifiziert

werden. Am effizientesten sei dies durch die Elektrokardiografie möglich, zu deren Durchführung der US-Kardiologenverband alle Ärzte, die eine medikamentöse Einstellung von Patienten mit ADHS beginnen, mit dieser Stellungnahme motivieren will. Die EKG-Untersuchung sollte vor Beginn der Therapie durchgeführt und bei jüngeren Kindern nach Erreichen des zwölften Lebensjahrs wiederholt werden. Wie bislang üblich, sollte außerdem der Blutdruck vor Beginn der Therapie, etwa ein bis drei Monate nach Beginn der Behandlung und dann regelmäßig zumindest einmal pro Jahr geprüft werden. Die am 21. April 2008 verfasste Stellungnahme war leider insofern missverständlich formuliert, als sie dahingehend interpretiert werden konnte, dass bei allen Kindern mit ADHS vor Beginn einer medikamentösen Therapie ein EKG angefertigt werden sollte (American Heart Association in der Fachzeitschrift „Circulation“ (2008, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.189473). Diese Information wurde auch von dem Deutschen Ärzteblatt (105, 18, C790) so weiter gegeben.

Die American Academy of Pediatrics (AAP) und American Heart Association (AHA) haben diese Stellungnahme vom 21.4. 2008 mittlerweile (insbesondere hinsichtlich der Indikation für die Ableitung eines EKG) präzisiert und korrigiert. Die korrigierte Stellungnahme wird nun auch von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) geteilt und entspricht in ihren Empfehlungen hinsichtlich der Indikation zu einer EKG-Untersuchung den bisherigen Leitlinien der meisten kinder- und jugendpsychiatrischen und pädiatrischen Fachverbände. Die Leitliniengruppe des European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS) und die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes schliessen sich der korrigierten Einschätzung der US-amerikanischen Fachverbände an, die auch in Übereinstimmung mit den aktuell gültigen Leitlinien der deutschen Fachverbände und der Leitliniengruppe des European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS) sind.

Empfehlungen:

- 1) Bevor Patienten mit ADHS eine medikamentöse Therapie erhalten, sollten generell anhand von Eigenanamnese, Familienanamnese und körperlicher Untersuchung, (einschließlich Blutdruck- und Pulsmessung), kardiovaskuläre Risikofaktoren erfasst werden. In der Eigenanamnese sollte explizit nach körperlicher Belastbarkeit, nach Episoden von Müdigkeit und Erschöpfung oder Brustschmerzen unter Belastung, Herzerkrankungen des Patienten sowie nach Hinweisen auf ein Anfallsleiden gefragt werden. In der Familienanamnese sollten plötzliche und ungeklärte Todesfälle, Herzerkrankungen erfragt werden. Wenn Hinweiszeichen auf ein kardiales Risiko oder auf ein Anfallsleiden vorliegen, sollten weitergehende Untersuchungen erfolgen.

- 2) **Die Ableitung eines EKG wird als Empfehlung vom Grad IIa [zur Feststellung eines Risikos für einen plötzlichen Herztod – unabhängig von ADHS] eingestuft, d.h. es ist vernünftig eine EKG-Ableitung als Teil der diagnostischen Abklärung bei Kindern zu erwägen, aber sie ist nicht zwingend vorgeschrieben und es muss ärztlich im Einzelfall beurteilt werden, ob eine EKG-Untersuchung indiziert ist oder auch nicht.**

Mittels der EKG-Untersuchung lassen sich mitunter kardiovaskuläre Auffälligkeiten erfassen, die nicht durch eine Anamnese oder eine körperliche Untersuchung entdeckt werden. Allerdings ist auch die Sensitivität der EKG-Untersuchung beschränkt.

- 3) **Die Behandlung mit Methylphenidat sollte einem Patienten nicht vorenthalten werden, weil kein EKG abgeleitet wurde.**
- 4) Es gibt bislang keine Hinweise darauf, dass Medikamente zur Behandlung von ADHS Herzerkrankungen oder einen plötzlichen Herztod verursachen. Nach gegenwärtigem Wissensstand ist davon auszugehen, dass die Rate plötzlicher kardial bedingter Todesfälle unter medikamentöser Therapie mit Stimulanzien oder Atomoxetin gegenüber der Rate der unbehandelten Bevölkerung nicht erhöht ist. Allerdings können diese Medikamente die Herzfrequenz und den Blutdruck geringfügig erhöhen oder vermindern. Diese Nebenwirkungen sind in der Regel ohne klinische Bedeutung, sollten jedoch bei Kindern mit Herzkrankheiten besonders sorgfältig kontrolliert werden, soweit dies vom Arzt als notwendig erachtet wird.
- 5) Bei Kindern mit manifesten Herzerkrankungen oder prädisponierenden Faktoren für einen plötzlichen Herztod sollte die medikamentöse Therapie einer ADHS mit einem kinder-kardiologisch erfahrenen Kollegen erörtert und überwacht werden. Aber auch für Kinder mit angeborenen Herzerkrankungen, die eine medikamentöse Behandlung der ADHS erhalten, gibt es bislang keinerlei Studien oder Daten, die ein erhöhtes Risiko für plötzliche, kardial bedingte Todesfällen zeigen. Etwaige Auffälligkeiten bei der Behandlung solcher Kinder sollten genau dokumentiert werden; entsprechende Fälle sollten auch dem zentralen adhs-netz gemeldet werden.

Literatur:

American Heart Association and the American Academy of Pediatrics (2008). Statement on Cardiovascular Evaluation and Monitoring of Children and Adolescents With Heart Disease Receiving Medications for ADHD. http://www.zentrales-adhs-netz.de/pdfs/stellungnahme/Letter_AACAP.pdf

- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(8), 476-495.
- Bundesärztekammer. (2005a). Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Kurzfassung. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, A 3609 - A 3616.
- Bundesärztekammer (2005b). Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Langfassung:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf>
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R. & Frölich, J. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239-254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Fegert, J. & Hebebrand, J.: (2008) Überarbeitete Stellungnahme der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie der Fachgesellschaften DGKJP, BAG, BKJPP anlässlich der Bewertung kardialer Risiken der Stimulanziengabe.
<http://media.dgkjp.monks.de/mediadb/media/dgkjp/stellungnahmen/stellungnahme-kardiale-risiken-28042006.pdf>
- Nissen, S. E. (2006). ADHD drugs and cardiovascular risk. *N Engl J Med*, 354(14), 1445-1448.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C., Zuddas, A. al. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, 17-30.
- Vetter, V. L., Elia, J., Erickson, C., Berger, S., Blum, N., Uzark, K., Webb, C. L. (2008) Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving stimulant drugs: a scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 117(18), 2407-2423.
- Vetter, V. L., Elia, J., Erickson, C., Berger, S., Blum, N., Uzark, K., Webb, C. L. (2008) Updated Correction: Cardiovascular Monitoring of Children and Adolescents With Heart Disease Receiving Medications for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing.
<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/117/18/2407>

EUNETHYDIS GUIDELINES GROUP

Philip Asherson

Tobias Banaschewski

Jan Buitelaar

David Coghill

Marina Danckaerts

Manfred Döpfner

Aribert Rothenberger

Paramala Santosh

Joseph A. Sergeant

Edmund Sonuga-Barke

Hans-Christoph Steinhausen

Eric Taylor

Alessandro Zuddas

zentrales adhs-netzes

Tobias Banaschewski

Manfred Döpfner

Johanna Krause

Klaus Skrodzki