

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Methylphenidat: Therapieerfolge nicht immer von Dauer

Die Erfolge, die sich beim ADHS kurzfristig mit Methylphenidat (Ritalin®) erzielen lassen, sind nicht immer von Dauer. Zudem holen die Kinder offenbar die anfängliche Wachstumsverzögerung nicht vollständig auf. Das zeigen mehrere Studien, die im «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry» (online) publiziert wurden.

Es handelt sich dabei um Follow-up-Untersuchungen der MTA-Studie (Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Die vom NIMH (National Institute of Mental Health) finanzierte MTA hatte ergeben, dass die medikamentöse Therapie erfolgversprechender ist als eine intensive Verhaltenstherapie. Nach dem Ende der Studie entschieden sich die meisten Patienten beziehungsweise ihre Eltern für eine Fortsetzung der medikamentösen Therapie, viele verhaltenstherapeutisch Behandelte nahmen fortan ebenfalls Methylphenidat ein.

Wie die aktuellen Nachuntersuchungen zeigen, hatten drei Jahre später viele die

Therapie abgebrochen. Der Grund: Die Wirkung von Methylphenidat liess im Laufe der folgenden drei Jahre immer mehr nach. Eine Erklärung dafür könnte, nach Auffassung des Erstautors Peter Jensen von der Columbia-Universität in New York, in einer suboptimalen Dosierung liegen. «Die Ergebnisse bedeuten nicht, dass es nach einigen Jahren keine Unterschiede mehr gibt und es deshalb nicht wert sei, die Behandlung fortzusetzen.» Vielmehr komme es darauf an, die Kinder frühzeitig und konsequent zu behandeln.

In einer weiteren Detailanalyse zeigte sich, dass es offenbar drei Gruppen von Patienten gibt. Die erste erfährt auch initial nur eine geringe Linderung, die zweite, die etwa die Hälfte ausmacht, spricht sofort gut an, wobei die Effekte dann anhalten. In einer dritten Gruppe folgt auf eine gute Anfangswirkung ein Wirkungsverlust. Jeder siebte Patient gehört dieser Gruppe an. James Swanson von der Universität von Kalifornien schlägt deshalb vor, die Therapie nach einer gewissen Zeit abzubrechen, um zu sehen, ob

die Behandlung überhaupt noch wirksam ist.

Eine Massnahme, die schon deshalb nahe liegt, weil die Nebenwirkungen der Therapie nicht gering sind. Ein Problem besteht in der Wachstumsverzögerung. Wie sich jetzt herausstellt, waren mit Methylphenidat behandelte Kinder wenige Zentimeter kleiner und drei Kilogramm leichter als ADHS-Kinder, die das Medikament nie einnahmen. Der anfängliche Rückstand wird also nicht wieder aufgeholt.

Enttäuschend sind die Langzeitbeobachtungen auch mit Blick auf Verhaltensstörungen wie Delinquenz und Drogenkonsum, die bei ADHS-Kindern häufiger als bei anderen Kindern vorkommen. Das zeigt eine Auswertung von Brooke Molina von der Universität Pittsburgh. Trotz Ritalin® waren 27 Prozent delinquent geworden. Drogen konsumierte fast jedes fünfte an ADHS erkrankte Kind. An dieser hohen Rate änderte gemäss der Studie auch die Verhaltenstherapie nur vorübergehend etwas. ■

U.B.

Typ-2-Diabetiker

Ist die Blutzucker-Selbstkontrolle überflüssig?

Die Therapie von Typ-1-Diabetikern wäre ohne Blutzucker-Selbstkontrolle nicht denkbar. Doch auch für Typ-2-Diabetiker wird sie oft empfohlen. Ob aber die Selbstmessung ihnen wirklich hilft, ist weniger klar. Zwar gibt es Beobachtungsstudien, die dafür sprechen, doch sind ihrer Aussagekraft methodische Grenzen gesetzt. Forscher vom Department of Primary Health Care der Universität Oxford wollten es genauer wissen und konzipierten die Diabetes glycaemic education and monitoring (DiGEM)-Studie. 453 nichtinsulinpflichtige Typ-2-Diabetiker, die bisher durch Diät und orale Antidiabetika recht gut eingestellt waren, nahmen daran teil. Der durchschnittliche HbA_{1c} betrug 7,5 Prozent. Die Patienten der ersten

Gruppe konsultierten alle drei Monate routinemässig ihren Hausarzt, wo der Blutzucker gemessen und das weitere Vorgehen abgestimmt wurde. Patienten der zweiten Gruppe erhielten zusätzlich ein Blutzuckermessgerät mit nach Hause. Sie wurden aufgefordert, zweimal wöchentlich den Blutzucker (dreimal am Tag) selbst zu bestimmen und sich an den Arzt zu wenden, wenn ihnen auffiel, dass bestimmte Zielwerte über eine gewisse Zeit verfehlt wurden. In der dritten Gruppe schliesslich wurden die Patienten auch darin trainiert, die Messergebnisse zu bewerten und selbstständig geeignete Massnahmen zu ergreifen. Patienten aller Gruppen führten ein Tagebuch. Die Auswertungen nach zwölf

Monaten ergaben, dass die Blutzucker-Selbstmessung kaum Vorteile brachte in Bezug auf die Stoffwechseleinstellung. Die als Hauptparameter herangezogenen HbA_{1c}-Werte unterschieden sich in den Gruppen nicht signifikant. Allerdings wurden häufiger Unterzuckerungen berichtet von Patienten, die das Messgerät zur Hand hatten. Ob sie tatsächlich öfter in eine Hypoglykämie gerutscht waren, bezweifeln die Autoren aber. Ihr Fazit: Für gut eingestellte nichtinsulinpflichtige Typ-2-Diabetiker können Blutzuckermessgeräte nicht grundsätzlich empfohlen werden. ■

U.B.

Quelle: BMJ 2007; 335; 132 (zunächst online publiziert unter: www.bmj.com)