

Psychostimulantia en controle door de huisarts bij kinderen van 8 jaar en ouder

Door de veelheid van instanties, die zijn betrokken bij diagnostiek en behandeling van kinderen met ADHD is het niet gelukt te komen tot een eenduidige transmurale samenwerkingsafspraken. Omdat er van huisartsenzijde behoefte was aan een beknopte handleiding, is door een werkgroep van twee huisartsen, een kinderarts en een arts GGZ jeugd deze handleiding geschreven.

In tegenstelling tot de NHG-Standaard is de werkgroep van mening dat **diagnostiek** van ADHD dient geschieden in de (basis) GGZ (in de huisartsenpraktijk is daarvoor minder tijd en kennis).

De werkgroep is ook van mening dat **de eerste keer instellen op medicatie** dient te worden gedaan door een (GGZ-) specialist of kinderarts.

Bij twijfel of er **somatische factoren** aanwezig zijn (b.v. hartproblemen) is een verwijzing naar de kinderarts aangewezen.

Bij medicamenteuze behandeling is eerste keus methylfenidaat, bij non respons dexamfetamine. Het voorschrijven van dexamfetamine hoort bij de kinder- en jeugdpsychiater.

Controles

Als de huisarts de controletaak op zich neemt, dan moet de controle bestaan uit:

- vraag aan de ouders en/of kind *hoe het gaat op school, thuis en in vrije tijd*
- vragen naar *effect*: verbetering ADHD symptomen en cognitieve, motorische en sociale effecten
- al dan niet optreden van *bijkomende problemen*. Verdenking op co-morbiditeit is een reden voor verwijzing naar de kinder- en jeugdpsychiater.
- vragen naar *medicatiegebruik*: effect, weerstand, therapietrouw, bijwerkingen
- verrichten van *lichamelijk onderzoek*: bij kinderen in de groei minstens 2 maal per jaar lengte en gewicht vastleggen in de groeicurve, meten van bloeddruk en hartfrequentie, aanwezigheid/ernst van tics vastleggen
- beoordelen *of medicatie gecontinueerd moet worden en of de dosering nog effectief is* (volgens NHG-Standaard één maal per jaar stoppoging overwegen)

De huisarts spreekt een controle systeem af met ouders. Een halfjaarlijkse controle is belangrijk.

Methylfenidaat

Methylfenidaat is een kortwerkend middel dat ongeveer 3 - 5 uur werkt.

(*Startdosering*: 0,3 mg/kg/dag in 2 of 3 giften. *Opbouwen* geschiedt in stappen van per week 2,5 tot 5 mg per dosis omhoog op geleide van effect en bijwerkingen)

Maximum dosering: 60 mg/dag (max. 1 mg/kg/dag)

Er zijn tabletten van 5 en 10 mg beschikbaar.

De multidisciplinaire richtlijn beveelt het gebruik aan van een adequate vragenlijst ter beoordeling van het effect. Voor het beoordelen van het effect is informatie van de school belangrijk.

De richtlijn beveelt ook aan tevoren aandacht te besteden aan het te verwachten effect/geen effect op bepaalde klachten, de bijwerkingen, begeleiding bij de medicatie en duur van de behandeling.

Methylfenidaat –OROS (met gereguleerde afgifte)

Bij kinderen voor wie het beter lijkt één maal daags medicatie te nemen, zijn er preparaten beschikbaar met gereguleerde afgifte. De werkingsduur is 8 – 12 uur. De 8 uur variant is heel geschikt voor jongere kinderen die het middel alleen voor school nodig hebben.

Voor deze preparaten moet –afhankelijk van de individuele verzekering- (nog) worden bijbetaald en de onderlinge verschillen hierin kunnen aanzienlijk zijn.

De langwerkende preparaten geven een deel van de methylfenidaat direct af en een deel gereguleerd. De preparaten verschillen in verhouding kort- langwerkend (zie www.kinderformularium.nl).

Zoek bij het overgaan van methylfenidaat naar een langwerkend preparaat naar de dichtstbijzijnde dosering (som van de dagdosering) (10, 20, 30, 40, 50 mg; of 18 en 27 mg en veelvoud hiervan).

Slechts één preparaat heeft een tablet van 50 mg (Equazym XL). Bij hogere doseringen kunnen tabletten gecombineerd worden (bij de noodzaak 60 mg te geven: 2 van 30 mg).

Dexamfetamine

Dexamfetamine is alleen verkrijgbaar als kortwerkend stimulerend middel. Het heeft een iets langere halfwaardetijd dan methylfenidaat. Dexamfetamine wordt gebruikt als er onvoldoende effect is van

methylenfenidaat of als er bijwerkingen zijn van methylenfenidaat. Er zijn tabletten van verschillende sterktes tussen 1 en 5 mg.

(*Startdosering*: 0,15 mg/kg/dag in 3 doses. Startdosering wekelijks verhogen met 5-10 mg/dag op geleide van klinisch beeld tot onderhoudsdosering)

Onderhoudsdosering tot max. 0,5 mg/kg/dag in 3 doses.

Bijwerkingen van methylenfenidaat en dexamfetamine

Van belang (bij instellen) is uitvragen van ritmestoornissen (ritmestoornissen in familie op jonge leeftijd, plotse hartdood < 40 jaar, mensen met een ICD). Bij twijfel overleg/verwijzing naar *kinderarts* voor cardiale screening.

meest voorkomende bijwerkingen:

- slaapproblemen
- hoofdpijn
- eetstoornissen: verminderde eetlust, misselijkheid, gewichtsafname (meestal tijdelijk), lengtegroei kan achterblijven (bij langdurig gebruik kan de eindlengte gemiddeld 2 cm achterblijven)
- spontaniteitsverlies
- dysforie, agitatie, angst

incidenteel voorkomende bijwerkingen:

- duizeligheid
- hyperactiviteit
- verergering bestaande tics
- gedrags-rebound na laatste dosis

zie bijlage bijwerkingen en behandelopties overgenomen uit de NHG-Standaard (pag. 4)

Criteria voor terugverwijzing naar de huisarts voor medicatiecontroles

- verwijzing naar de huisarts bij kinderen van 8 jaar en ouder
- er is geen andere psychiatrische afwijking/het kind gebruikt geen andere psychiatrische medicatie buiten psychostimulantia
- het kind is stabiel en goed ingesteld op medicatie en er zijn geen ernstige bijwerkingen
- er is voldoende therapietrouw
- kind en ouders zijn het eens met de verwijzing naar de huisarts
- in de ontslagbrief naar de huisarts staan duidelijke instructies hoe het kind te vervolgen

Achtergrondinformatie

ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) is een aandachtstekort met hyperactiviteit.

Er zijn drie subtypes: het overwegend onoplettende type (vooral ernstig en aanhoudend aandachtstekort), het overwegend hyperactief-impulsieve type (vooral ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit) en het gecombineerde type (beide soorten problemen, is meest voorkomende).

Voorkomen: 3-5% van de kinderen jonger dan 16 jaar heeft ADHD en van de jeugdige volwassenen 1-3%. Het komt meer voor bij jongens. De huisarts is bij 2-3 kinderen per jaar betrokken bij de medicatie.

Etiologie: Erfelijke factoren spelen een rol. Externe factoren kunnen de kwetsbaarheid vergroten (zoals alcohol en nicotinegebruik tijdens de zwangerschap en sociale omstandigheden).

Prognose: bij 2 op de 3 behandelde adolescenten blijft de diagnose als ze ouder zijn dan 18 jaar. Ongeveer 1 op de 3 blijft ook medicatie gebruiken.

Diagnostiek zal doorgaans gebeuren bij één van de GGZ jeugd instellingen/organisaties.

(De diagnose met uitgebreide hetero- en ontwikkelingsanamnese en vragenlijsten voor school, ouders en kind kan door gecertificeerd psycholoog of psychiater geschieden)

Behandeling: psycho-educatie, school- en opvoedingsinterventies en farmacotherapie(stimulantia).

Er dient een goede onderbouwing te zijn voor een medicamenteuze behandeling.

Op indicatie training van b.v. sociale- of planningsvaardigheden, impulsregulatie, gezinstherapie.

In Nederland zijn voor de behandeling van ADHD bij kinderen ouder dan 6 jaar en adolescenten geregistreerd:

- methylenfenidaat: generiek, Ritalin
- methylenfenidaat-OROS met gereguleerde afgifte: generiek, Concerta, Medikinet CR, Equasym XL
- dexamfetamine

Bij een adequate instelling dient het kind minimaal één maal per half jaar gezien te worden door een arts (of gespecialiseerde medewerker in de huisartsenpraktijk) met kennis en ervaring om het effect van de medicatie te beoordelen, de dosering aan te passen en te beoordelen of medicatie kan worden gestopt

ICPC Codering

P21 Overactief kind/hyperkinetisch syndroom

Normale bloeddrukwaarden en hartfrequenties bij kinderen

Leeftijd	Bloeddruk	Hartfrequentie
5-12 jaar	105/60 Systole 50^{ste} percentiel: $85 + (\text{leeftijd in jaren} \times 2)$	55-120
> 12 jaar	105/60 Systole 50^{ste} percentiel: $85 + (\text{leeftijd in jaren} \times 2)$	50-100

Als bloeddruk > P95 waarde: 24 uren meting van bloeddruk. Als dat te hoge waarden geeft, verwijzing naar kinderarts

Literatuur: NHG-Standaard ADHD bij kinderen, 2014

Website van het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie

Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen, Trimbos instituut, 2005

Samenstelling werkgroep: mw. A. Berculo, GGZ-arts Kinnik; mw. J.A. de Haan, huisarts; mw. J.A. Klatter, huisarts; dhr. dr. T.W. de Vries. Kinderarts; mw G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC
Januari 2015

Bijlage: Bijwerkingen van psychostimulantia en hun behandelopties *overgenomen uit de NHG-Standaard*

Slaapproblemen - Verlaag de laatste dosering van de dag - Vervroeg de laatste inname - Overweeg melatonine alleen bij hardnekkige klachten met ernstige impact wanneer gedragsmatige interventies niet toereikend zijn. startdosis 0,5 mg 1 dd 3-4 uur voor het slapen gaan (bij het avondeten). Op geleide van effect verhogen tot maximaal 2 mg. Stop bij ontbreken van effect. Geen effect kan reden zijn voor consult GGZ jeugd.
Duizeligheid en hoofdpijn - Informeer naar moment van optreden. Duizeligheid en hoofdpijn kunnen teken zijn dat medicatie is uitgewerkt (overweeg langwerkend preparaat) of kunnen juist door middel zelf worden opgewekt (dosisverlaging nodig) - Controleer de bloeddruk - Zorg dat de medicatie tijdens de maaltijd wordt ingenomen
Hyperactiviteit - Informeer naar moment van optreden omdat dit teken kan zijn dat medicatie is uitgewerkt (frequentie van doseren ophogen van 2 naar 3 maal daags) - Stimulantia kunnen averechts werken en dus een toename van onrust en hyperactiviteit veroorzaken (stop stimulantia)
Anorexia, misselijkheid, gewichtsafname - Leg lengte en gewicht vast in een groeidiagram - Adviseer medicatie in te nemen tijdens of net na de maaltijd - Bij gewichtsafname tussendoortjes en voor slapen extra eten - Overweeg dosering te verlagen of medicatie te stoppen in weekend en vakanties
Groeiproblemen - Verwijs naar kinderarts als lengtegroei stagneert (afwijking van meer dan 1 SD op de groeicurve)
Onwillekeurige bewegingen, tics - Verminder of stop medicatie - Overweeg als primaire diagnose het syndroom van Gilles de la Tourette en verwijs hiervoor naar gespecialiseerde GGZ
Spontaniteitsverlies: Overweeg de dosering te verlagen
Dysforie, agitatie, angst - Overweeg co-morbiditeit - Verminder of stop de medicatie - Stop medicatie wanneer een psychose of bipolaire stoornis wordt vermoed: verwijs hiervoor naar gespecialiseerde GGZ
'Gedrags-rebound' na laatste dosis - Verminder de laatste dosis van de dag of spreid de middagdoserings over 2 doses - Overweeg langwerkend methylfenidaat