

Erschwertes Management der somatischen Erkrankung

Kinder mit chronischen Erkrankungen leiden häufig auch an ADHS

Claudia Klier, Gabriele Berger

Viele Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen weisen ein hohes Risiko für psychische Begleitstörungen auf. Zu nennen sind hier in erster Linie die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), aber auch die Autismus-Spektrum-Störung, Angsterkrankungen und Depressionen.



© DenKuvalev / Getty Images / iStock

Mehr als jedes dritte Kind mit Trisomie 21 leidet auch an ADHS.

Gegenüber körperlich gesunden Kindern weisen Kinder mit chronischen somatischen Erkrankungen eine deutlich erhöhte Prävalenz für psychische Komorbiditäten auf. Einige dieser chronischen beziehungsweise angeborenen Erkrankungen werden hier exemplarisch mit den Häufigkeiten und der Art der Komorbidität genannt:

36 % der Kinder mit Trisomie 21 haben eine ADHS [1], bei 42 % der Kinder

mit Trisomie 21 wird Autismus diagnostiziert [2], 25 % der Kinder mit einer Neurofibromatose haben gleichzeitig ADHS und Autismus [3] und Kinder die zu früh geboren sind, haben ein vierfach erhöhtes ADHS-Risiko [4]. Rund 30 % der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes zeigen psychische Auffälligkeiten. Vorherrschend sind hier internalisierende Störungen wie Essstörungen, Depressionen und Angststörungen, wie eine österreichische Untersuchung zeigt

[5]. ADHS wurde in einer rezenten Untersuchung bei mehr als jedem zehnten an Diabetes erkrankten Jugendlichen diagnostiziert. Das bedeutet ein doppelt so hohes Risiko wie bei der körperlich gesunden Kontrollgruppe [6].

30–50 % psychiatrische und neurologische Diagnosen sind bei Epilepsie in bidirektionaler Weise verbunden: Depression und Angst sind die häufigsten psychiatrischen, Schlaganfall und Migräne die häufigsten neurologischen Komorbiditäten. Depression hat zusätzlich eine bidirektionale Verbindung zu diesen beiden neurologischen Diagnosen. Somit besteht eine komplexe Verbindung von Epilepsie mit diesen Erkrankungen [7].

Die Komorbidität für ADHS liegt bei 30 % und wird in dieser Ausgabe ausführlich von meiner Kollegin Kirsten Stollhoff beschrieben (Seite 60). Bei Kindern mit angeborenen Herzfehlern liegen in rund 65 % psychiatrische Auffälligkeiten vor. Diese sind vorwiegend im Bereich der Angststörungen und ADHS zu finden [8]. Die Punktprävalenz für psychische Störungen bei Kindern liegt in Österreich bei 23 % [9] und 14,5 % in Deutschland [10]. Somit liegt die Prävalenz bei chronisch kranken Kinder weit darüber.

Bedeutung von ADHS für körperlich kranke Kinder

Das bedeutet, dass viele Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen zusätzlich noch ein hohes Risiko einer oder auch mehrerer psychischer Begleitstörungen haben und dass Störungen wie ADHS und Autismus als häufigste Störung bei dieser Patientengruppe vorkommen. Diese Kinder werden in den jeweiligen Spezialambulanzen häufig

durch mangelhafte Adhärenz und schlechten Therapieerfolg bei der Behandlung der Grunderkrankung auffällig. Eine Untersuchung an Kindern und Jugendlichen mit Diabetes zeigt, dass bei denjenigen, die ihre Therapie nicht einhalten, knapp jeder zweite auch an psychischen Krankheiten leidet. Dieser Anteil liegt bei adhärennten Kindern bei lediglich 17,5 % [5].

Management der Erkrankung

Das Management einer somatischen Erkrankung erfordert meist ein hohes Maß an strukturierten und teilweise komplexen Tätigkeiten und Abläufen. Beim gleichzeitigen Vorliegen einer ADHS sind diese Therapiemaßnahmen erheblich gestört, wie zum Beispiel das Blutzuckermanagement bei Diabetes.

Das Kind ist dann bei den Tätigkeiten, die in Verbindung mit dem Messen des Blutzuckers stehen, zu unruhig, die Utensilien werden vergessen oder fallen auf den Boden. Auch das regelmäßige und kontrollierte Essen einer vorgegebenen Menge an Lebensmitteln fällt dem Kind mit Diabetes und ADHS schwer. Die Folge ist dann oft ein zu hoher HbA1c-Wert. Bei Kindern mit cystischer Fibrose ist neben der mehrfach täglichen Inhalationstherapie auch eine hochkalorische Ernährung und mehrmalige Medikamenteneinnahmen pro Tag nötig.

Die ADHS-Symptomatik mit Unruhe und Zappeligkeit, sowie der mangelnden Einschätzung der Zeit, die das Kind wirklich inhalieren muss, führt häufig zu Kämpfen mit den Eltern. Diese geben dann oftmals auf und vernachlässigen die unterstützenden Maßnahmen, was wiederum zu einer Verschlechterung der Lungenfunktion führt.

Bei Ausscheidungsstörungen wie schweren Fällen von Enkopresis steht eine komorbide ADHS einem erfolgreichen Toilettentraining entgegen. Das Kind kann sich auf der Toilette nicht entspannen, zappelt herum und bleibt nicht sitzen. Die Behandlung der Enkopresis wird damit sehr schwierig. Auch die Handlungsplanung beim Toilettengang kann gestört sein. Die Abläufe können dadurch chaotisch werden und schlussendlich ist das Toilettentraining zum Scheitern verurteilt.

Fallbeispiel: 18-Jährige mit cystischer Fibrose und ADHS

Eine 18-jährige Patientin mit der Diagnose „cystische Fibrose“ ist bei wiederholter Keimbeseidung zur intravenösen Antibiose stationär in die Kinderklinik aufgenommen worden. Sie sollte 10 Tage stationär bleiben, bricht jedoch wie früher auch nach wenigen Tagen den Aufenthalt ab. Sie berichtet, dass sie ohne den täglichen Cannabiskonsum (inhalativ!) ihre Unruhe, Angetriebenheit und Dysphorie nicht gut kontrollieren kann und unter Schlaflosigkeit leiden würde. Das Zimmer ist chaotisch und die junge Frau beschimpft das Pflegepersonal.

Deshalb wird die Patientin in Bezug auf ADHS von der Konsiliarpsychiaterin exploriert. Die junge Frau kennt die Fragen und meint dazu, bei ihr sei bereits im Alter von 8 Jahren ADHS diagnostiziert worden. Wegen der Grunderkrankung sei sie zu der Zeit jedoch nicht mit dem damals verfügbaren Methylphenidat behandelt worden. Nun würde sie sich aber mit dem Cannabis ausreichend selbst therapieren und würde auch in Zukunft keine „Chemie“ zu sich nehmen wollen.

Es wurde für die Zeit der stationären Aufnahme und auch darüber hinaus vorgeschlagen, Cannabis oral zu substituieren, um einen Verbleib der Patientin in der Klinik zu gewährleisten und um eventuell eine weitere inhalative Cannabiszufuhr zu vermeiden, die das Lungengewebe durch die Tabakzusatzstoffe wie auch durch Cannabis selbst schädigt [13]. Allerdings konnte für die Patientin durch das oral eingenommene medizinische Cannabisprodukt keine ausreichende Wirkung erreicht werden, worauf sie, wie schon unzählige Male vorher, die Klinik mitten in der Therapiephase mit Antibiotika verließ, mit allen negativen Folgen für ihre Prognose.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie eine unbehandelte ADHS auf vielen Ebenen zu Beeinträchtigung führt: Non-Compliance im Rahmen der somatischen Behandlung, Drogenabusus und Schädigung von Organsystemen.

Medikamentöse ADHS-Behandlung bei einer chronischen Erkrankung

Die pharmakologische Behandlung einer komorbiden psychischen Störung stellt für die an der Kinderklinik tätigen Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater oft eine besondere Herausforderung dar. Psychopharmaka haben im Vergleich zu pädiatrisch indizierten Medikamenten ein schlechteres Image. Diese werden meist Off-label verordnet und es gibt auch oft recht spärliche Daten zur Anwendung bei Kindern.

Die aktuelle S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenzeitalter“ sehen eine medikamentöse Therapie bei starker Ausprägung der Symptome, aber auch bei moderatem Schweregrad indiziert [11]. Dies ist insbesondere für diese Patientengruppe wichtig, bei der die Auswirkung der ADHS auf das Management der Grunderkrankung ein ernstes Problem darstellt und oftmals weniger in Bezug auf die schulische und soziale Integration.

Die Medikamente zur Behandlung der ADHS sind bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr zugelassen und hinsichtlich Sicherheit und Effektivität sehr gut untersucht [12]. Große Ängste bestehen bei den betroffenen Eltern, wenn es zur Indikationsstellung für eine medikamentöse Behandlung der ADHS kommt. Wie interagiert diese mit der schon bestehenden Medikation? Besteht eine Gefahr für das Kind in Bezug auf kardiale Symptome, für das Auftreten von epileptischen Anfällen oder gar für die Entstehung einer Psychose? Wie wird das Medikament bei Kindern, die schon aufgrund ihrer Erkrankung Probleme mit der Körpergröße haben, die Wachstumskurve beeinflussen? Was geschieht mit Kindern mit cystischer Fibrose, einer Herzerkrankung oder Stoffwechselstörung?

Den Familien muss sehr viel mehr Zeit für Informationen zur Diagnose sowie zu den einzelnen Substanzen mit ihrem Wirkungsspektrum und Nebenwirkungsprofil eingeräumt werden als anderen Familien. Hier muss die gesamte klinische Situation in die Überlegungen für oder gegen eine medikamentöse Be-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Fazit für die Praxis

- Chronisch-somatische Erkrankungen haben eine erhöhte Komorbidität mit psychiatrischen Störungen, darunter vor allem Störungen wie ADHS, Autismus und Ticstörungen, aber auch Essstörungen, Angststörungen und Depressionen.
- Die Behandlung der ADHS ist für das Outcome der somatischen Grunderkrankung oft enorm wichtig, da die medizinisch notwendigen Maßnahmen und die Medikamenteneinnahme sonst schwer oder gar nicht umgesetzt werden können.
- Grundsätzlich gibt es keine absolute Kontraindikation für ADHS-Medikamente bei den verschiedenen somatischen Störungen; die Kontrolluntersuchungen können aber in Frequenz und Ausmaß abweichen.
- Die Wahl der Substanz soll individuell an die klinische Gesamtsituation in Hinblick auf Wirk- und Nebenwirkungsprofil angepasst werden.

handlung einfließen. Das Gespräch mit dem behandelnden Spezialisten ist wichtig, um die Gesamtsituation besser erfassen zu können. Besprochen werden eventuelle Abstimmungen in der Durchführung von Kontrolluntersuchungen, wie zum Beispiel das Intervall für EKG-Kontrollen bei Patienten mit kardialen Erkrankungen oder eventuelle Interaktionen mit der Dauermedikation für die somatische Grunderkrankung. Prinzipiell unterscheiden sich die psychosozialen Behandlungsstrategien aber in keiner Weise von Kindern ohne chronische somatische Erkrankung.

Für die medikamentöse Behandlung kann man versuchen, das Nebenwirkungsprofil auf die Symptome der Grunderkrankung abzustimmen. Zum Beispiel wird mangelnder Appetit bei retardiertem Guanfacin ausbleiben, was bei cystischer Fibrose, wo um jedes Dekagramm Gewichtszuwachs schwer gerungen werden muss, von Vorteil ist. Bei kardialen Erkrankungen, bei denen eine hypertensive Gegenregulation beim Absetzen von retardiertem Guanfacin oder eine eventuelle Hypotension eine Verschlechterung der kardialen Situation hervorrufen könnte, sind Methylphenidat oder Atomoxetin bessere Optionen.

Bei Adipositas mit komorbider ADHS hat die appetitreduzierende Wirkung von Methylphenidat auf impulsives Essen und somit auf eine eventuelle Gewichtsreduktion Einfluss und dadurch eine doppelt positive Auswirkung auf die Grunderkrankung. Erfreulicherweise stehen uns heute mehrere Substanzklassen zur Verfügung und so kann für jeden Patienten individuell die optimale Medikation überlegt werden.

Literatur

www.springermedizin.de/paediatric-zeitschrift



Assoc.-Prof. PD Dr. Claudia Klier

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien



Dr. med. Gabriele Berger

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt vorlag.

Literatur

1. Moss JF et al. Autism spectrum disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder in Down syndrome. *Dev Med Child Neurol* 2017;59(3):240
2. Oxelgren UW et al. Prevalence of autism and attention-deficit-hyperactivity disorder in Down syndrome: a population-based study. *Dev Med Child Neurol* 2017;59(3):276-83
3. Garg S et al. Autism and other psychiatric comorbidity in neurofibromatosis type 1: evidence from a population-based study. *Dev Med Child Neurol* 2013;55(2):139-45
4. Franz AP et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2018;141(1)
5. Berger G et al. Association of insulin-manipulation and psychiatric disorders: A systematic epidemiological evaluation of adolescents with type 1 diabetes in Austria. *Pediatr Diabetes* 2019 Feb;20(1):127-36
6. Vinker-Shuster M et al. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Pediatric Patients With Type 1 Diabetes Mellitus: Clinical Outcomes and Diabetes Control. *J Dev Behav Pediatr* 2019;40(5):330-4
7. Kanner AM et al. Bidirectional relations among common psychiatric and neurologic comorbidities and epilepsy: Do they have an impact on the course of the seizure disorder? *Epilepsia Open* 2018;3(Suppl Suppl 2):210-9
8. DeMaso DR et al. Psychiatric Disorders in Adolescents with Single Ventricle Congenital Heart Disease. *Pediatrics* 2017;139(3)
9. Wagner G et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26(12):1483-99
10. Ravens-Sieberer U et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17 Suppl 1:22-33
11. Leitlinienreport der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045m_S3_ADHS_2018-06.pdf
12. Cortese S et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5(9):727-38
13. Tashkin DP. Marijuana and Lung Disease. *Chest* 2018;154(3):653-63