

Methylphenidat für Kinder in der Schweiz

Von 2005 bis 2008 stieg die Zahl der Methylphenidatverordnungen in der Schweiz. Dies ergab die Auswertung der Daten der Krankenkassen Groupe Mutuel, KPT und Visana, die rund 22 Prozent aller Versicherten der Schweiz repräsentieren. Hochgerechnet auf die Gesamtschweiz stieg der Anteil der versicherten Kinder und Jugendlichen (bis 18 Jahre), denen Methylphenidat (Ritalin®) verordnet wurde, von 0,61 auf 0,85 Prozent. Dies entspricht einer Zunahme von 40 Prozent. Der höchste Anteil fand sich 2007 bei den 12-Jährigen: 3,1 Prozent der Knaben und 0,95 Prozent der Mädchen in dieser Altersgruppe wurde mindestens einmal Methylphenidat verordnet. Auch in den anderen Altersgruppen erhielten

gut 3-mal mehr Knaben als Mädchen das Medikament.

Die Einnahmedauer lag im Durchschnitt bei 275 Tagen, der Median bei 166 Tagen. Hier wird deutlich, dass die meisten behandelten Kinder, nämlich drei Viertel, das Medikament nicht länger als ein paar Monate einnahmen, nur ein Viertel von ihnen länger als ein Jahr.

Die für einen therapeutischen Erfolg eigentlich notwendige längere Einnahmedauer wurde demnach von den meisten Kindern gar nicht erreicht. ADHS-Spezialisten äusserten den Verdacht, dass viele Ärzte die Methylphenidattherapie einfach einmal ausprobierten, ohne sich wirklich sicher zu sein, dass die Indikation gegeben ist, um wieder damit aufzuhören,

wenn sich keine Wirkung zeige. Auch spekulierte man, dass Eltern und Kinder nicht ausreichend begleitet würden und darum eine möglicherweise sinnvolle Therapie vorzeitig abgebrochen wird.

Methylphenidat wird meist von Kinderärzten verordnet (59% der Verordnungen), es folgen Hausärzte (14%) und Kinderpsychiater (12%).

RBO

Pletscher M, Wieser S: Auswertung von Krankenversicherungsdaten zeigt Zunahme der Bezüge von Methylphenidat zwischen 2005 und 2008. BAG Bulletin 26/12, 26. Juni 2012, 443–445.

HPV-Impfprogramm für Knaben

Als erstes Land weltweit hat Australien im Juli 2012 mit einem HPV-Impfprogramm für Knaben im Alter von 12 und 13 Jahren begonnen. Das Programm läuft an den Schulen, und in den nächsten beiden Jahren werden auch Knaben über 9 Jahre einbezogen, um eine bessere Durchimpfungsrate zu erreichen. Die Kosten betragen nach Aussage des australischen Gesundheits-

ministerium in den kommenden vier Jahren rund 22 Millionen Franken. Zu dem Impfprogramm gehören neben Informationskampagnen auch ein Impfregister und das Monitoring von Nebenwirkungen.

RBO

Pressemitteilung des australischen Gesundheitsministeriums vom 12. Juli 2012.



Antikörper gegen Frühgeborenen-Retinopathie

Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) ist in den Industrieländern eine der häufigsten Ursachen für Erblindung im Kindesalter. Um die Sehkraft zu retten, nutzt man derzeit zwei Verfahren: Entweder wird die Netzhaut mittels Laser behandelt, oder man injiziert den Antikörper Bevacizumab direkt ins Auge des Kindes. Wann es sinnvoll ist, den zurzeit nur im Off-Label-Use verfügbaren Antikörper einzusetzen, teilten die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG), die Retinologische Gesellschaft und der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA) in einer Stellungnahme mit. Demnach hängt die Wahl der Therapie sowohl vom Stadium der Retinopathie ab als auch von der betroffenen Zone im Auge.

In einer Vergleichsstudie half der Antikörper vor allem jenen Kindern deutlich besser, bei denen das Zentrum der Netzhaut betroffen war. Sind dagegen die Randzonen der Netzhaut gefährdet, scheinen beide Verfahren ähnlich wirksam zu sein. Angesichts der ungeklärten langfristigen Nebenwirkungen des Antikörpers raten die Experten dann eher zur Lasertherapie. Kaum Daten gibt es bis anhin für jenes Krankheitsstadium, in dem die Ablösung der Netzhaut schon eingesetzt hat. Bei diesen Kindern empfehlen die Fachverbände den Antikörper nicht.

DOG/RBO

Pressemitteilung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) vom 3. Mai 2012

Ursache der Retinopathia praematurorum ist eine unzureichende Reifung der Netzhautgefässe. Diese Reifung wird normalerweise während der Schwangerschaft in utero durch einen relativ niedrigen Sauerstoffgehalt der Retina stimuliert und ist zum Zeitpunkt der Geburt abgeschlossen. Kommt ein Kind zu früh zur Welt, ist die relative Sauerstoffzufuhr in der Retina höher, und die Reifung der Netzhautgefässe wird gebremst oder völlig gestoppt. Im weiteren Verlauf kann es sechs bis acht Wochen nach der Geburt zu einer überschiessenden Gefässneubildung kommen.

Das Risiko einer Frühgeborenen-Retinopathie ist bei Kindern erhöht, die vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren werden, bei der Geburt weniger als 1500 Gramm wiegen und länger als drei Tage beatmet werden mussten. Auch eine Hyperkapnie oder eine Bluttransfusion erhöhen das Risiko.

RBO

PUFA: Nutzen bei ADHS zweifelhaft

Obgleich Kinder mit ADHS einen Mangel an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (PUFA), insbesondere Omega-3-PUFA, aufweisen, ist der Nutzen einer entsprechenden Supplementierung zweifelhaft. Dies ergab eine kürzlich publizierte Cochrane-Analyse.

Die Autoren suchten nicht nur in den einschlägigen Literaturdatenbanken nach entsprechenden Studien, sondern auch in Dissertationen und Kongressbänden. Letztlich fanden sie nur 18 Publikationen zu insgesamt 13 Studien, welche den Kriterien einer Cochrane-Analyse genügten. In diesen Studien wurden verschiedene Vergleiche durchgeführt: Omega-3-PUFA oder Omega-6-PUFA versus Placebo, Omega-3-versus Omega-6-PUFA, Omega-3/6-Kombina-

tionssupplemente versus Placebo, Omega-3-PUFA versus andere Nahrungsergänzungsmittel und Omega-6-PUFA versus Dexamphetamin. Die Studien dauerten 4 bis 16 Wochen.

2 Studien mit insgesamt 97 Kindern ergaben, dass ADHS-Kinder von einem Omega-3/6-Supplement im Vergleich zu Placebo profitieren könnten. In anderen Studien mit insgesamt 413 Kindern gab es jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zugunsten der PUFA, wenn die Eltern die Entwicklung der ADHS-Symptomatik beurteilten. Ebenfalls kein Unterschied fand sich bezüglich der Unaufmerksamkeit (6 Studien mit 469 Kindern) und bei der Beurteilung der ADHS-Symptome insgesamt durch die Lehrer (4 Studien mit 324 Kindern). Auch wenn man die Beurteilung einzelner Sym-

ptome durch die Lehrer anschaute, ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den ADHS-Kindern mit oder ohne PUFA-Supplemente.

«Insgesamt gibt es wenig Evidenz dafür, dass eine PUFA-Supplementierung irgendeinen Nutzen bezüglich der ADHS-Symptome bei Kindern und Jugendlichen hat», schreiben die Autoren und bemängelten gleichzeitig die generell eher mittelmässige Studienqualität zu dieser Frage.

RBO

Gillies D, Sinn JKh, Lad SS et al.: Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 7: CD007986.

Influenzaimpfstoff gegen H1N1 schädigte Feten wahrscheinlich nicht

Anhand des dänischen Impfregisters wurde geprüft, ob es nach der Impfung von Schwangeren mit Influenza A(H1N1)pdm09 mit AS03-Adjuvans (Pandemrix®) zu einer statistisch nachweisbaren höheren Rate an Missbildungen gekommen war (1).

Im fraglichen Zeitraum wurden 53 432 Kinder geboren, bei 6989 von ihnen hatte man die Mütter während der Schwangerschaft gegen Influenza geimpft. Für die Berechnung der Risiken für Missbildungen, Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht wurden die Daten von 330 Kindern herangezogen, deren Mütter im ersten Trimester geimpft worden waren sowie diejenigen von 6642 Kindern, deren Mütter die Impfung im zweiten und dritten Trimester erhalten hatten. Die Kinder der geimpften Mütter wurden mit entsprechenden Kindern verglichen, die im gleichen Zeitraum von ungeimpften Müttern zur Welt gebracht wurden. Insgesamt zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bei den Risiken.

Das Risiko wurde als «prevalence odds ratio» (POR) angegeben; wenn das Konfidenzintervall

in einer Richtung über den Wert 1 hinausgeht, besteht keine statistische Signifikanz.

Für die Impfung im ersten Trimester ergaben sich folgende Zahlen: Geburtsfehler bei 5,5 Prozent mit Impfung gegenüber 4,5 Prozent ohne Impfung (POR: 1,21; 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,60–2,45); Frühgeburt: 9,4 vs. 7,3 Prozent (POR: 1,32; 95%-KI: 0,76–2,31); niedriges Geburtsgewicht: 7,6 vs. 9,4 Prozent (POR: 0,79; 95%-KI: 0,46–1,37). Die Autoren machten darauf aufmerksam, dass eine Influenzaimpfung im ersten Trimester nur bei Schwangeren mit erhöhten Risiken indiziert war, weswegen diese Gruppe separat betrachtet wurde und auch relativ klein war. Zwar habe man keinen statistisch signifikanten Unterschied bei den Risiken mit und ohne Impfung finden können, ausschliessen dürfe man jedoch nur ein mittleres bis hohes Risiko.

Bei Impfung im zweiten oder dritten Trimester sah es folgendermassen aus: vorzeitige Geburt: 4,6 Prozent in beiden Gruppen (POR: 1; 95%-KI: 0,84–1,17); niedriges Geburtsgewicht: 9,7 vs. 9,9 Prozent (POR: 0,97; 95%-KI: 0,87–1,09). Bei

einer Influenzaimpfung mit dem oben genannten Impfstoff im zweiten und dritten Trimester dürfe man darum davon ausgehen, dass dieser nicht mit Risiken für das Kind verbunden sei.

Dieses Resultat passt zu einer ebenfalls kürzlich publizierten Studie (2), wonach Schwangere mit einer Influenzaimpfung sogar ein relativ niedrigeres Risiko aufweisen als ungeimpfte Schwangere, und zwar für niedriges Geburtsgewicht (RR: 0,90; 95%-KI: 0,85–0,96), Frühgeburt vor der 32. Woche (RR: 0,73; 95%-KI: 0,47–0,91) und Tod des Fetus (RR: 0,66; 95%-KI: 0,47–0,91).

RBO

1. Pasternak B, Svanstrom H, Molgaard-Nielsen D et al. Risk of adverse fetal outcomes following administration of a pandemic influenza A(H1N1) vaccine during pregnancy. *JAMA* 2012; 308 (2): 165–174.

2. Fell DB, Sprague AE, Liu N et al. H1N1 influenza vaccination during pregnancy and fetal and neonatal outcomes. *Am J Public Health* 2012; 102(6): e33–e40.