

## USO DEGLI STIMOLANTI PER L'ADHD

*(tratto da un dibattito pubblicato sul British Medical Journal del 16/10/2004)*

La diagnosi di ADHD è complessa. David Coghill crede che questa condizione sia sottotrattata; invece Harvey Markovitch sostiene che le attuali incertezze sulla diagnosi e il trattamento, dovrebbero rendere i medici più cauti.

**Pro (David Coghill, divisione di patologia e neuroscienze, Università di Dundee, Centro per la Salute del Bambino).**

### *Introduzione.*

La presenza di ADHD in un bambino ha serie conseguenze sul suo sviluppo, che possono portare, nel futuro, a problemi scolastici o di lavoro, scarsa autostima, comportamenti antisociali, uso di droghe, ansia e depressione.

Poiché il trattamento con stimolanti può risolvere i problemi di salute di questi bambini e ragazzi,

la riluttanza a diagnosticare la patologia, o la sospensione del trattamento a chi ha avuto la diagnosi, sembrano comportamenti ingiustificabili.

Chi si oppone alla validità della diagnosi di ADHD, si riferisce alla insufficiente comprensione dei meccanismi biologici alla base della malattia: i media hanno enfatizzato i "pericoli" degli stimolanti come il metilfenidato e l'aumento del consumo negli ultimi 10 anni.

Il cervello è una macchina complessa e, pur non avendo ancora nessun modello causale definitivo per le varie patologie psichiatriche, parecchie evidenze mettono in luce il ruolo di fattori poligenici e ambientali che sono alla base del deficit neuropsichiatrico associato con l'ADHD.

### *Rischi e benefici degli stimolanti.*

Gli studi scientifici provano che gli stimolanti hanno un effetto positivo sui meccanismi biologici e cognitivi, che si pensa siano la causa dell'ADHD; migliorano l'inibizione di risposte inappropriate e la memoria di lavoro, piuttosto che dopare o trasformare i bambini in "zombi", come dicono i media. In effetti depressione e apatia possono essere rari effetti collaterali, che regrediscono con la sospensione del farmaco.

Revisioni sistematiche ed analisi di studi a breve termine, hanno concluso che sia il metilfenidato che la dexanfetamina sono efficaci e sicuri. Stanno giungendo risultati di studi su periodi più lunghi, che sembrano confermare questa cosa; inoltre questi farmaci, usati da più di 50 anni per trattare i sintomi di ADHD in milioni di bambini nel mondo, non sembrano associati a gravi reazioni avverse, se usati come monoterapia. Sono necessari studi ulteriori sul lungo periodo, anche se la loro organizzazione presenta notevoli difficoltà di natura etica e pratica, oltre a costi elevati.

Un recente studio ha però messo in evidenza che l'ADHD non trattato, aumenta i costi per le famiglie e la società: infatti si è vista una riduzione del 50% nell'abuso di sostanze, tra i pazienti trattati con stimolanti rispetto a quelli non trattati.

### *Quando e come dovrebbero essere usati gli stimolanti?*

Le linee guida cliniche suggeriscono l'uso del trattamento, sia psicologico-educativo, che farmacologico. Tutti propongono il trattamento farmacologico come terapia di prima scelta per i sintomi più severi, cosa che non esclude il ricorso alla psicoterapia, mentre quest'ultima può essere il trattamento di prima scelta nei casi più lievi. Le linee guida ricordano la necessità di ricorrere ad uno specialista esperto prima di iniziare la terapia, invece negli USA la maggior parte dei trattamenti è data dal medico di base, col risultato che solo 1 bambino su 8 che hanno l'ADHD assume stimolanti, mentre la metà di quelli che li assumono probabilmente non hanno l'ADHD. In Gran Bretagna la percentuale di bambini trattati varia da regione a regione, ma si può stimare, da un'analisi condotta in Inghilterra e Galles, che solo il 30% dei pazienti con disturbi ipercinetici, stanno assumendo stimolanti.

(nota della redazione sul conflitto d'interessi: David Coghill è stato retribuito dalle case farmaceutiche Celltech, Janssen ed Ely Lilly per consulenze e ricerche, e pagato dalla Janssen e dalla Lilly per aver partecipato a conferenze).

**Contro (Harvey Marcovitch, Pediatra e conferenziere, direttore responsabile della rivista scientifica Archives of Disease in Childhood)**

### *Introduzione.*

Ritengo che i medici debbano riflettere bene, prima di prescrivere psicofarmaci ai bambini; parecchi studi hanno dimostrato che gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (antidepressivi), non sono efficaci nei bambini. Penso anche che dovrebbero riflettere, prima di prescrivere farmaci stimolanti del sistema nervoso centrale per l'ADHD, perché, a dispetto del fatto che sono usati da decenni, il primo trial clinico controllato sul medio periodo (14 mesi di terapia), è stato pubblicato solo nel '99.

Sebbene la sicurezza e l'efficacia siano più qualitative che quantitative, la percentuale di bambini trattati raggiunge il 6% negli Usa; se seguissimo le linee guida dell'American Academy of Pediatric sul trattamento dell'ADHD, dovrebbero assumere stimolanti il 17% dei bambini in età scolare, mentre il National Institute for Clinical Excellence, in Gran Bretagna, suggerisce che circa l'1% probabilmente ha bisogno di stimolanti: questi dati contraddittori meritano un'attenta riflessione.

### *Problemi di diagnosi.*

Innanzitutto i criteri per la diagnosi di ADHD differiscono a seconda che si adotti il DSM-IV

(Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali), come fa l'American Academy of Pediatric, oppure che ci si riferisca all'International Classification of Diseases (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In secondo luogo penso che sia improbabile che la maggior parte dei medici segua le linee guida raccomandate per iniziare e continuare la terapia con stimolanti: esse comprendono un colloquio separato col bambino e i genitori, la compilazione di un questionario da parte dei genitori e di un insegnante, e un rapporto dell'insegnante. Il medico dovrebbe verificare i sintomi in base a uno dei manuali diagnostici, ma anche verificare i problemi sociali del bambino e se presenta patologie associate, come ad

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

esempio la depressione, per porre in essere una diagnosi differenziale. E tutto ciò, prima di iniziare la terapia. Inoltre dovrebbe insegnare ai genitori semplici tecniche di comportamento. Genitori e insegnanti dovrebbero compilare rapporti mensili, per sei mesi, sulle possibili reazioni avverse, in modo da arrivare ad una dose ottimale.

Non c'è motivo di dubitare che le Unità Specialistiche procedano con tale cura, ma pensare che tutti i pediatri, psichiatri infantili e medici di medicina generale possano fare altrettanto, mi sembra impossibile, anche se ne avessero il tempo. Ci sono delle evidenze in questo senso, almeno in Australia e negli USA: studi recenti su bambini con ADHD o in terapia con stimolanti, rivelano che tra i bambini trattati, una percentuale variabile dal 17,5% al 66% non ha l'ADHD (mentre quelli con ADHD prendono stimolanti in percentuale variabile dal 12,1% all'86,7%).

### ***Occorre cautela.***

Esistono prove che gli stimolanti sono in genere sicuri e spesso efficaci; quello che manca è la prova che vengano effettivamente somministrati ai bambini giusti. C'è una tale divergenza sulla prevalenza, confusione sul modo di distinguere l'ADHD dai disturbi di condotta e linee guida incoerenti, che i medici dovrebbero procedere con cautela. La pediatria, come tutte le altre specialità, è piena di idee che un tempo sembravano buone. Abbiamo smesso (spero) di somministrare antistaminici ai neonati per combattere il pianto e l'insonnia, eppure era una pratica standard nel passato. La cisapride è stata tolta dal mercato per i suoi effetti a volte letali sul ritmo cardiaco, eppure l'abbiamo usata ampiamente per trattare il reflusso gastro esofageo persino nei neonati prematuri. La maggior parte degli antidepressivi sono ora sconsigliati ai bambini. Se non usiamo cautela, il metilfenidato potrebbe seguire la stessa sorte, anche se è di beneficio per alcuni bambini e le loro famiglie.

(nota della redazione sul conflitto di interessi: Harvey Marcovitch collabora col British Medical Journal Publishing Group, ma non ha avuto alcun vantaggio personale per aver scritto questo articolo. In una sola occasione ha ricevuto un piccolo onorario, per aver contribuito al dibattito su questo soggetto)

### **Storia di uno scandalo. Epilogo.**

La FDA approva le avvertenze "black box" sui rischi degli antidepressivi nei bambini.

Il 15 Ottobre la FDA ha rilasciato un comunicato (1) in cui richiede alle industrie farmaceutiche di mettere in evidenza in un riquadro nero ("black box"), avvertenze chiare su tutti gli antidepressivi, indicando che tali farmaci possono indurre idee e comportamenti suicidari nei bambini e adolescenti; inoltre verrà indicato se la FDA ne ha realmente determinato l'efficacia nei bambini.

Infatti di un solo farmaco, la fluoxetina (Prozac) era stato approvato l'uso nei bambini, ma i medici prescrivono regolarmente farmaci al di fuori delle indicazioni rilasciate dalla FDA.

Sarà inoltre pubblicata una "patient medication guide", con delle indicazioni per i pazienti e i loro familiari. La FDA aggiunge però che questi farmaci non saranno controindicati per i bambini, per il timore che non possano essere trattati pazienti con depressione: l'aver approvato le avvertenze "black box" è un modo per indurre medici

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

e genitori tenere conto dei rischi, monitorando con estrema attenzione il bambino durante il trattamento.

(1) <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html>

*(traduzione e riduzione a cura di Maria Luisa Sponga)*

---

**Nota del Comitato:**

Questo articolo potrebbe non essere conforme al nostro Consensus e non rispecchiare quindi appieno la posizione della Campagna "Giù le Mani dai Bambini": le risultanze scientifiche e sperimentali sulle quali l'articolista ha presumibilmente basato le proprie tesi non sono infatti tra quelle validate dal nostro Comitato scientifico permanente.