



Ravijuhendi „Aktiivsus-ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimise ning ravi põhimõtted“ töörühma koosolek nr 6

17.11.2022 kell 13.00–17.00

Tallinn ja MS Teams

Osalesid töörühma liikmed: Irja Ivarinen (juht), Kerstin Kõiva, Liina Haring, Lille Uiibo, Helen Pikkat, Maire Suurkivi, Katrin Kaljula, Ruht Estrin, Karl Hammerberg.

Osalesid sekretariaadi liikmed: Liisa Leppik, Minni Saapar, Hedda Lippus-Metsaots, Mailis Liiv, Marie Lugenberg, Lilith Napp, Kadi Kallavus.

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul osales üheksa töörühma liiget, seega oli kvoorum koos ja töörühm otsustusvõimeline.

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Huvide deklaratsioonid, eelmise koosoleku protokollis kinnitamine

Töörühma ega sekretariaadi liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone täiendada.

Eelmise (13.10.2022) koosoleku protokollis kinnitati.

2. Tervisekassa ülevaade hindamisinstrumentide valideerimisest

Tervisekassas tehakse esimest korda hange hindamisinstrumentide valideerimiseks. Lahendamata on küsimus, kuhu valideeritud instrumendid koondada (nt veebikeskkonda). Sotsiaalministeeriumis arutatakse novembris instrumentide teemat ning arutelu kokkuvõtte esitab Tervisekassa esindaja ravijuhendi detsembri koosolekul. Veel ei ole teada, millal saab alustada ATH ravijuhendis soovitud instrumentide valideerimisega.

3. Kliiniliste küsimuste nr 6 ja 7 tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine

Küsimus 6: Kas ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutada esmavaliku ravimina metüülfenidaati või muud ravimit parema ravitulemuse saamiseks?

Küsimus 7: Kas ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutada teise ja kolmanda valiku ravimina metüülfenidaati või muud ravimit parema ravitulemuse saamiseks?

Sekretariaadi liige L. Napp tegi ülevaate tõendusmaterjalist. Ravijuhenditest käsitletakse ravijärjekorda NICE 2018. a juhendis. L. Napp tegi ülevaate metüülfenidaadi, lisdeksamfetamiini, atomoksetiini, guanfatsiini ja klonidiini efektiivsusest ja kõrvaltoimetest. K. Kallavus kandis ette teise ja kolmanda rea ravimite kliinilises küsimuses esitatud ravimite – lamotrigiini, bupropiooni, modafiniili, melatoniini – tõenduse.

Metüülfenidaadi, lisdeksamfetamiindimesülaadi, atomoksetiini ja guanfatsiini kohta oli tõendust rohkem ja nende **soovitud mõju** oli suur. Ülejäänud ravimite osas oli soovitud mõju

pigem keskmine. Kaasatud metanalüüsideset parima tõendatuse astmega uuringus (Cortese jt 2018) leiti, et kõik kaasatud ravimid olid efektiivsemad võrreldes platseeboga (arstide hinnatud ATH sümptomite keskmise muutuse alusel), kuid oluline seos jäi alles vaid metüülfenidaadi ja modafiniili puhul, kui vaadati õpetajate hinnatud ATH sümptomeid.

Lamotrigiini kohta leidis uuringuid peamiselt epilepsiaga laste uuringuid, kuid need on selle juhendi kontekstis liiga kaudse tõendusega. Ei leitud melatoniini uuringuid, mis oleks hinnatud töörühma huvitavaid tulemusnäitajaid töörühma huvitaval patsiendil. Järgmiseks koosolekuks vaadatakse melatoniini tõendus uuesti üle ja võimalusel täiendatakse tabeleid.

Metüülfenidaadi puhul **soovimatu mõju** väike. Ülejäänud ravimite puhul on tõendust vähem ja soovimatu mõju on kokkuvõttes keskmine. Lisdeksamfetamiini tõenduse juures arutati, kui võrd saab kasvu ja kaalu puudutavate tulemuste puhul teha pikaajaseid järeldusi, sest uuringuperioodid olid väga lühikesed ja keskmised vanused ei olnud suured. Ka uuringute autorid on järeldanud, et kliiniline tähendus jääb ebaselgeks. Klonidiini kohta selleks korraks tõendust soovimatu mõju kohta ei leitud, kuid järgmiseks korraks vaadatakse üle ka vanem tõendusmaterjal. Lamotrigiini kohta ei olnud piisavalt tõendust.

Uuringute tõendatuse aste oli enamasti väga madal, sest valimid on väikesed, otseseid võrdlusi on vähe, uuringu perioodid olid lühikesed ning esinesid probleemid uuringu ülesehitusega.

Soovitusi koostades arutati, kas ja kuidas peaks soovitude juures kirja panema, kui pikk peab olema eelmise ravimi kuur ja kuidas annuseid suurendada. Leiti, et selle info peab soovitude põhjendusse kirja panema ravimomaduste kokkuvõtte põhjal.

Esimese rea ravimina saab tõenduse põhjal kindlasti soovitada metüülfenidaati. Metüülfenidaadi puhul ei eristata soovitudes lühi- ja pikatoimelist metüülfenidaati, sest see valik sõltub patsiendi individuaalsetes teguritest. Ravimomaduste kokkuvõttes soovitatakse alustada lühitoimelisest ja siis edasi võib minna pikatoimelise peale. Lühitoimeline metüülfenidaat on täishinnaga (soodustusetu) ja pikatoimeline on soodusravimite loetelus.

Koostati soovitus: ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kasutage esmavaliku ravimina metüülfenidaati.

Teise rea ravimina saab tõenduse põhjal soovitada lisdeksamfetamiini. Lisdeksamfetamiini ja deksamfetamiini soovited pandi ühte lõiku, st ühe soovitude sisse. Deksamfetamiin ei ole Eestis veel müügiloaga, kuid mujal maailmas seda kasutatakse. Deksamfetamiini võiks kasutada sellistel juhtudel, kui lisdeksamfetamiin tekitab kõrvaltoimeid (toime on liiga pikk).

Koostati soovitus: ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kaaluge lisdeksamfetamiini, kui metüülfenidaadiga ei ole saadud oodatud ATH sümptomite vähenemist kasutades kehakaalu kohta adekvaatset raviannust. ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kaaluge deksamfetamiini, kui ATH sümptomid alluvad lisdeksamfetamiinile, kuid inimene ei talu ravimi pikendatud toimet.

Järgmise valikuna saab soovitada atomoksetiini või guanfatsiini, kui stimulandid ei ole olnud efektiivsed või ei talu kõrvaltoimeid.

Koostati soovitus: ATH diagnoosiga lastel ja noorukitel kaaluge atomoksetiini või guanfatsiini, kui metüülfenidaadi ja lisdeksamfetamiiniga ei ole saadud oodatud ATH

sümptomite vähenemist kasutades kehakaalu kohta adekvaatset raviannust või ravimid ei ole talutavad.

Modafiniili puhul on Eesti ravimiamet välja öeldnud, et lastel ja noorukitel seda kasutada ei tohi. Arutati, kas on vaja anda modafiniili vastusoovitus. Leiti, et pigem mitte üldse soovitus selle kohta anda, vaid vajadusel nimetada soovitude põhjenduses. Bupropiooni kohta ei ole piisavalt tõendust ning see ei olnud tõhusam kui platseebo, seega selle toimeaine kohta soovitus ei tehta. Klonidiini puhul peaks vaatama veel täpsemalt uuringuid, millistel juhtudel peaks klonidiini kaaluma.

5. Edasine töö

Täiendatakse laste ja noorukite ravimite tõendusmaterjali: vaadatakse üle klonidiini uuringud. Lisaks vaadatakse üle modafiniili ja melatoniini artiklid.

Järgmine koosolek toimub 15.12.2022 Tartus ja MS Teamsis.