

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Biederman, 2006	A1	RCT	Subcohort van 57 Meisjes uit St.A.R.T.  49.1% blank 22.8% zwart 17.5% Hispanic	Ift 6-12 jr, gewicht: 18-54kg met diagnose ADHD, gecombineerd sybtype of voornamelijk hyperactief/impulsief subtype.  Functioneren op niveau voor de leeftijd g at age appropriate levels	N=26 Mixed amphetamine salts extended release (MAS XR)  <u>Dag dosering</u> 0-3 placebo 4-6 10mg/d 7-13 20mg/d 14-21 30mg/d	N=31 Atomoxetine  <u>Dag dosering</u> 0-4 placebo 4-6 0.5mg/kg 7-13 1.2mg/kg 14-21 1.2mg/kg	Effectiviteit: Gedrag volgens SKAMP (Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn, Pelham) - houding - aandacht  Bijwerkingen volgens MedDRA	Verandering tov baseline groter voor MAS XR vs atomoxetine: <b>SKAMP houding:</b> -0,48 vs -0,04 (p<0,001)  <b>SKAMP aandacht:</b> -0,45 vs -0,05 (p<0,001)  Bijwerkingen profiel verschillend: <b>MAS XR</b> Verminderde eetlust (41%), buikpijn (30%), insomnia (26%), headache (15%).  <b>Atomoxetine</b> Slaperigheid (28%), buikpijn (16%), overgeven (16%), misselijkheid (13%) en verminderde eetlust (13%).	Behandeling gedurende 18 dagen met MAS-XR is meer effectief dan atomoxetine indien wordt gekeken naar gedrag in de klas, aandacht en "academische" productiviteit.	- geen vergelijk tov placebo, wel wash-out gedurende dag 0-3 in beide groepen mbv placebo - lange termijn effecten onduidelijk - ITT analyses

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar																																																																				
Block, 2009	A2	RCT	kinderen 6-12 jaar jarigen, vastgestelde diagnose ADHD (DSM-IV-TR criteria).	288 patiënten, 73% jongens, 69% Caucasian, 75% met subtypes ADHD 32% ODD  404 patiënten gescreend, en 288 gerandomiseerd	14 poliklinieken min. 5 dagen medicatievrije periode  na randomisatie bezoek 2 (week 0) warden patiënten gezien tijdens evaluaties 1, 3 and 6 weken later. AM=ochtend PM=avond max. dosis 1.4 mg/kg/dag en 100 mg/dag.	3 behandelingen: -AM ATX /PM placebo N=102 -AM placebo /PM ATX N=93 -AM placebo /PM placebo N=93	-ADHD RS total -Hyperactivity/ Impulsivity score -Inattention score -CGI-ADHD-S -Restless/ impulsive score -Emotional lability score -CGIP-Morning score -restless/ Impulsive score -Emotional lability score -DPREMB-B total -morning score -evening score  gemiddelde dosis AM 1.25 mg/kg/dag en bij PM 1.26 mg/kg/dag	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AM ATX-PB</th> <th>PM ATX-PB</th> <th>AM ATX-PM ATX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-ADHD RS total</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Hyperactivity/ Impulsivity score</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p=.009</td> <td>p=.014</td> </tr> <tr> <td>-Inattention score</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p=.049</td> <td>p=.004</td> </tr> <tr> <td>-CGI-ADHD-S</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p=.003</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-CGIP-Evening total</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p=.009</td> <td>p=.009</td> </tr> <tr> <td>-Restless/ impulsive score</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p=.002</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-Emotional lability score</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>p&lt;0.001</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-CGIP-Morning score</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-restless/ Impulsive score</td> <td>ns</td> <td>p=.043</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-Emotional lability score</td> <td>p=.023</td> <td>p=.024</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-DPREMB-B total</td> <td>p=.028</td> <td>p=.016</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>-morning score</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-evening score</td> <td>p=.038</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td></td> <td>p=.004</td> <td>p=.048</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td></td> <td>p=.001</td> <td>p=.034</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table>		AM ATX-PB	PM ATX-PB	AM ATX-PM ATX	-ADHD RS total				-Hyperactivity/ Impulsivity score	p<0.001	p=.009	p=.014	-Inattention score	p<0.001	p=.049	p=.004	-CGI-ADHD-S	p<0.001	p=.003	ns	-CGIP-Evening total	p<0.001	p=.009	p=.009	-Restless/ impulsive score	p<0.001	p=.002	ns	-Emotional lability score	p<0.001	p<0.001	ns	-CGIP-Morning score				-restless/ Impulsive score	ns	p=.043	ns	-Emotional lability score	p=.023	p=.024	ns	-DPREMB-B total	p=.028	p=.016	ns	-morning score				-evening score	p=.038	ns	ns		p=.004	p=.048	ns		ns	ns	ns		p=.001	p=.034	ns	De gegevens laten zien dat een eendaags dosis in de ochtend significante verlaging in het aantal ADHD symptomen tot gevolg heeft, wat zichtbaar blijft tot de volgende avond.  Een avonddosis ATX zorgt ook voor een significante reductie van symptomen, maar is minder effectief dan een ochtenddosis. Maximale effectiviteit wordt bereikt met een ochtend dosis  Een avonddosis lijkt minder bijwerkingen te hebben dan een ochtenddosis en is daarom een goed alternatief voor een ochtenddosis.	
	AM ATX-PB	PM ATX-PB	AM ATX-PM ATX																																																																											
-ADHD RS total																																																																														
-Hyperactivity/ Impulsivity score	p<0.001	p=.009	p=.014																																																																											
-Inattention score	p<0.001	p=.049	p=.004																																																																											
-CGI-ADHD-S	p<0.001	p=.003	ns																																																																											
-CGIP-Evening total	p<0.001	p=.009	p=.009																																																																											
-Restless/ impulsive score	p<0.001	p=.002	ns																																																																											
-Emotional lability score	p<0.001	p<0.001	ns																																																																											
-CGIP-Morning score																																																																														
-restless/ Impulsive score	ns	p=.043	ns																																																																											
-Emotional lability score	p=.023	p=.024	ns																																																																											
-DPREMB-B total	p=.028	p=.016	ns																																																																											
-morning score																																																																														
-evening score	p=.038	ns	ns																																																																											
	p=.004	p=.048	ns																																																																											
	ns	ns	ns																																																																											
	p=.001	p=.034	ns																																																																											

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Wang et al, 2007	A2	RCT  Multicountry, multisite (China (6), Korea (4), Mexico (3))	330 6-16 jarigen , ADHD criteria (DSM-IV en K-SADS-PL), gemiddeld 9.7 jaar, 83% jongens, 24,4% (atx groep) vs. 17.5% (MPH groep) had tevens ODD	Gewicht: 20-60 kg Ernst: tenminste 25 score voor jongens en tenminste 22 score voor meisjes, of >12 voor een specifiek subtype (ADHD-RS-IV-Prent:Inv), CGI-ADHD-S score van tenminste 4 Exclusiecriteria: History of bipolar, psychotic or PDD; suicidal risk; ongoing use of psychoactive medication other than study drug; motor tics, diagnosis or fam. History of Tourette, those who met DSM-IV criteria for anxiety disorder	Atomoxetine: op dag één 0.8 mg/kg/dag, daarna op dag 5 verhoogd naar 1.2 mg/kg/dag, vervolgens werd gezocht naar een optimale dosis tussen de 0.8-1.8 mg/kg/dag.  Dosis: 's ochtends een capsule ATX plus 's middags een placebo  Duur: ca. 8 weken	Methylphenidate: op dag één 0.2 mg/kg/dag, daarna op dag 5 verhoogd naar 0.4 mg/kg/dag, vervolgens werd gezocht naar een optimale dosis tussen de 0.2-0.6 mg/kg/dag.  Dosis: twee maal daags (ochtend en lunch)	De response rate was gedefinieerd als tenminste 40% verlaging vanaf baseline tot eindpunt van de ADHD-RS-IV Parent:Inv Total score  <b>Response rate:</b> Atomoxetine (%): Methylphenidate (%): P of difference  % patiënten met TEAEs (ATX vs. MPH) anorexia misselijkheid slaperigheid duizeligheid overgeven	77.4% 81.5% 0.404  37.2% vs. 25.3%; p=0.024 20.1% vs. 10.2%; p=0.014 26.2% vs. 3.6%; p<0.001 15.2% vs. 7.2%; p=0.024 11.6% vs. 3.6%; p=0.007	Atomoxetine is niet-inferieur ten opzichte van methylphenidate bij de verbetering van ADHD symptomen, gebaseerd op de vergelijking van respons-reates afkomstig van de ADHD-RS-IV-Parent:Inv Total score na ongeveer 8 weken behandeling. Beide behandelingen waren geassocieerd met klinisch relevante verbetering van ADHD symptomen, waaronder inattention en hyperactivity/impulsivity.  ATX is geassocieerd met een iets ander bijwerkingenprofiel ten opzichte van MPH: vooral een toename van slaperigheid en gastro-intestinale symptomen	De ATX groep was significant jonger dan de MPH groep (9.4 vs 9.9 jaar)  De gemiddelde dagelijkse dosis was uiteindelijk voor MPH slechts 17.8±7.1 mg/dag (lager dan eerder aanbevolen), en werd tweemaal daags ingenomen in plaats van driemaal daags (geen middag dosis)  Geen placebo controle groep

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Newcorn, 2008	A2	RCT	6-16 jarigen, vastgestelde diagnose ADHD (DSM-IV criteria), andere psychiatrische diagnoses waren geoorloofd  (20 sites in de VS)	516 patiënten gerandomiseerd, gemiddelde leeftijd 10 jaar, 74% jongens	duur: 6 weken (begin minimaal 5 dagen na stoppen medicatie)  N=222 atomoxetine (ATX) 0.8-1.8 mg/kg/dag als gedeelde twee maal daagse dosis, drie capsules in de ochtend en twee in de avond (5 in totaal)	idem  N=220 osmotically released methylphenidate (MPH) 18-54 mg/dag, met drie capsules in de ochtend en twee placebo's in de avond (5 in totaal)  of vijf keer een placebo (N=74)	primaire uitkomst: score ADHD Rating Scale. Als de score na 6 weken 40% minder is dan baseline wordt gesproken over "respons"  secondaire uitkomst: CGI ADHD severity scale	<b>respons op behandeling:</b> ATX: 45% (vergeleken met placebo, $p=.003$ , NNT=5) MPH: 56% (vergeleken met placebo $p<0.001$ , NNT=3) placebo: 24% MPH vergeleken met ATX $p=0.02$ , NNT=9  patiënten die eerder met stimulantia waren behandeld (n=301) hadden een response op MPH (51%, $p=.002$ , NNT=4), maar niet ATX (37%, $p=.09$ , NNT=7), en was hoger dan de response op placebo (23%). De respons op MPH was hoger dan op ATX ( $p=.03$ , NNT=8)	Beiden behandelingen zorgen voor verbetering, maar osmotically released methylphenidate geeft een (significant) grotere verbetering dan atomoxetine.	

Newcorn, 2008 - vervolg			<p>6-16 jarigen, vastgestelde diagnose ADHD (DSM-IV criteria), andere psychiatrische diagnoses waren geoorloofd</p> <p>(deze groep kreeg in het eerste deel van de studie MPH)</p>	178 patiënten (81% van originele n=220 in studiegroep)	N=178, osmotically released methylphenidate (MPH) 18-54 mg/dag als ochtend doses	<p>N=178, atomoxetine (ATX) 0.8-1.8 mg/kg/dag als gedeelde twee maal daagse dosis</p> <p>met N=70 geen reactie op MPH, en N=108 wel reactie op MPH</p>	primaire uitkomst: score ADHD Rating Scale. Als de score na 6 weken 40% minder is dan baseline wordt gesproken over "respons"	<p>60 van de 178 (34%) reageerden op ATX of MPH maar niet op allebei, 78 (44%) reageerden op beide behandelingen, en 40 (22%) reageerden op geen van de behandelingen</p> <p>Van de 108 patiënten met reactie op MPH toonden, 39 (36%) slechtere reactie, 19 (18%) sign. betere reactie, en 50 (46%) ongeveer dezelfde reactie op ATX. Van de 70 patiënten met geen reactie op MPH toonden, 7 (10%) sign. slechtere reactie, 36 (51%) sign. betere reactie, en 27 (39%) ongeveer dezelfde reactie op ATX</p>	<p>De uitkomsten van de studie geven aan dat er verschillende reacties mogelijk zijn op twee behandelingen. Deze bevinden komen overeen met richtlijnen die adviseren om te kiezen voor een ander klasse medicijn als er een slechte respons of weinig tolerantie is voor het eerste medicijn dat wordt gebruikt.</p>	<p>(Of the 70 patient who did not respond to MPH in the initial trial, 30 (43%) subsequently responded to ATX. Of the 69 patient who did not respond to ATX in de second trial, 29 (42%) had previously responded to MPH)</p>
-------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	---	---

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Faraone, 2009	B (zie opm)	RCT	6-12 jarigen, vastgestelde diagnose ADHD (DSM-IV-TR criteria). IQ $\geq$ 80. Geëxcludeerd bij andere psychiatrische diagnoses  patiënten waren onbekend met stimulantia of hadden in het verleden positief gereageerd op stimulantia	268 patiënten  geen beschrijvingen patiëntengroepen,	N=89 eenmaals daags orale dosis methylphenidate (osmotic-release system OROS) doses=18, 27, 36 of 54 mg,  N=98 een transdermale dosis methylphenidate (MTS) doses=10, 15, 20 of 30 mg	N=81 placebo capsule plus placebo patch	“children’s sleep habits questionnaire” (CSHQ) ingevuld door ouders/ verzorgers  items op de vragenlijsten zijn: bedtime resistance, sleep onset delay, sleep duration, sleep anxiety, night waking, parasomnias, sleep disorder breathing, daytime sleepiness	Er was een significante relatie tussen de slaapscore op baseline en eindpunt ( $p < .001$ ), met hogere baseline score voorspellend voor een hogere eindscore. Het effect van de baseline score op de eindscore verschillende niet tussen de behandelde groepen.  geen significant effect van behandeling of verschillende doseringen op de <i>totale slaap score</i>  geen significant effect van behandeling of verschillende doseringen op het <i>aantal slaapproblemen</i>	Er was weinig bewijs dat een behandeling met MPH een significant oorzaak is van slaapproblemen, mits kinderen zorgvuldig een optimale dosis toegekend krijgen. Er werd ook geen bewijs gevonden voor het idee dat MPH slaapproblemen zou kunnen verminderen.	dit artikel is een extra analyse op de gegevens uit het artikel van Findling, 2008. In Faraone, 2009 wordt de studiepopulatie slecht omschreven.  de originele studie van niet ontworpen om de onderzoeksvraag te testen. MTS en OROS kunnen niet direct worden vergeleken en worden daarom met de placebo vergeleken.

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Cox, 2008	B (kleine populatie)	RCT (cross-over study)	19 jongens met vastgestelde diagnose ADHD, leeftijd 16-19 jaar, positief gebruik van stimulantia, in het bezit van een rijbewijs. Geen tics.	gemiddelde leeftijd 17,4 jaar, 14,4 maanden rijervaring	random toekenning van inname medicijn voor 17 dagen. rijvaardigheids testen in een virtual reality driving simulator (op tijdstip 17.00 20.00 23.00 en 1.00) en on road (op tijdstip 24.00).  medicatie werd ingenomen om 8.00 uur	N=19 72 mg OROS methylphenidate (OROS MPH, Concerta)  30 mg extended-release mixed amphetamine salts (se-AMPH ER, Adderall XR)  en placebo	“impaired driving score”  <b>24.00 on road</b> placebo Adderall XR Concerta  <b>1.00 simulator</b> placebo Adderall XR Concerta  <b>On road driving data</b> fouten door onoplettendheid	-0.13 ± 1.11 +0.74 ± 2.21 -0.61 ± 0.78  +0.26 ± 2.30 +1.60 ± 9.67 -0.76 ± 2.67  contrasts wijzen erop dat er meer fouten door onoplettendheid worden gemaakt bij Adderall XR in vergelijking met Concerta (t=2.80, p=0.008) en meer fouten dan wanneer Adderall XR wordt genomen in vergelijking met placebo (t=1.8, p=0.04)	De huidige studie vond geen verslechtering in rijvaardigheid 17 uur naar inname van OROS MPH (Concerta). Tevens was er geen bewijs dat een individu 17 uur na inname van OROS MPH verslechterde rij prestatie laat zien.  Er waren gegevens die suggereerden dat er meer fouten door onoplettendheid werden gemaakt, desalniettemin kunnen er geen definitieve conclusies worden getrokken doordat de studiepopulatie klein was.	kleine (homogene) populatie en grote variatie in driving performance.

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Cox, 2008	B (kleine populatie)	RCT (cross-over study)	19 jongens met vastgestelde diagnose ADHD, leeftijd 16-19 jaar, positief gebruik van stimulantia, in het bezit van een rijbewijs. Geen tics.	gemiddelde leeftijd 17,4 jaar, 14,4 maanden rijervaring	random toekenning van inname medicijn voor 17 dagen. rijvaardigheids testen in een virtual reality driving simulator (op tijdstip 17.00 20.00 23.00 en 1.00) en on road (op tijdstip 24.00).  medicatie werd ingenomen om 8.00 uur	N=19 72 mg OROS methylphenidate (OROS MPH, Concerta)  30 mg extended-release mixed amphetamine salts (se-AMPH ER, Adderall XR)  en placebo	“impaired driving score”  <b>24.00 on road</b>  placebo Adderall XR Concerta  <b>1.00 simulator</b>  placebo Adderall XR Concerta  <b>On road driving data</b> fouten door onoplettendheid	-0.13 ± 1.11 +0.74 ± 2.21 -0.61 ± 0.78  +0.26 ± 2.30 +1.60 ± 9.67 -0.76 ± 2.67  contrasts wijzen erop dat er meer fouten door onoplettendheid worden gemaakt bij Adderall XR in vergelijking met Concerta (t=2.80, p=0.008) en meer fouten dan wanneer Adderall XR wordt genomen in vergelijking met placebo (t=1.8, p=0.04)	De huidige studie vond geen verslechtering in rijvaardigheid 17 uur naar inname van OROS MPH (Concerta). Tevens was er geen bewijs dat een individu 17 uur na inname van OROS MPH verslechterde rij prestatie laat zien.  Er waren gegevens die suggereerden dat er meer fouten door onoplettendheid werden gemaakt, desalniettemin kunnen er geen definitieve conclusies worden getrokken doordat de studiepopulatie klein was.	kleine (homogene) populatie en grote variatie in driving performance.



Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Findling, 2006	A2	RCT	6-12 jarigen, vastgestelde ADHD diagnose (K-SADS-PL) Patiënten gebruiken minimaal 3 weken voor de screening een stabiele doses MPH	327 randomized, maar 318 kregen behandeling.  gemiddelde leeftijd=9.5 79% jongens	N=139 3 weken EqXL, 20, 40 of 60 mg één keer per dag  N=133 MPH-IR 10, 20 of 30 mg twee maal daags	N=46 3 weken twee maal daags placebo	the inattention/overactivity ( <b>I/O</b> ) the oppositional/defiance ( <b>O/D</b> ) beoordeeld op baseline, week 1, 2, en 3 door een docent en een ouder  <b>responders</b> placebo MPH-IR EqXL	zowel ochtend en middag I/O en O/D scores van de MPH-IR en EqXL groepen was significant superior aan de placebo groep ( $p \leq 0.05$ ) over 3 weken van de studie  13.2% 31.7% 27.5%	De resultaten van deze studie laten zien dat eenmaal daags behandeling met EqXL niet inferior is aan een twee maal daagse behandeling met MPH-IR bij schoolgaande kinderen.  Eenmaal daagse doseringen hebben het voordeel dat ze de middag dosering overbodig maken. Voor schoolgaande kinderen is dit een groot voordeel.	

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproef-grootte)	Patiënten kenmerken	Interventie (incl. duur, dosering)	Controle/vergelijking (incl. duur, dosering)	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie	Opmerkingen, commentaar
Spencer, 2006	A2	RCT	adolescenten 13-17 jaar, gewicht $\leq 75$ kg, met vastgestelde diagnose ADHD combined subtype (DSM-IV-TR criteria)	287 patiënten geïncludeerd, 278 intention-to-treat,  65.5% jongens, gemiddelde gewicht 57.8 kg, gemiddelde lengte 163.8 cm, 56.5% van de patiënten heeft de diagnose ADHD met een subtype inattentive/hyper active-impulsive  verdeling groepen: 10 mg/d N=54 20 mg/d N=53 30 mg/d N=58 40 mg/d N=61 placebo N=52	1-4 weeks washout (afhankelijk van de vorige behandeling)  4 groepen MAS XR -10 mg/d van week 1 t/m 4 -10 mg/d in week 1, 20 mg/d week 2 t/m 4 -10 mg/d week 1, 20 mg/d week 2, 30 mg/d week 3 t/m 4 -10 mg/d week 1, 20 mg/d week 2, 30 mg/d week 3. 40 mg/d week 4	1-4 weeks washout (afhankelijk van de vorige behandeling)  placebo van week 1 t/m 4  alle doseringen werden in de ochtend gegeven	primaire uitkomstmaat was de ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS-IV) secondaire uitkomstmaat was de Clinical Global Impressions (CGI) scale  <b>ADHD-RS-IV</b>  lage ernst LS mean difference*   hoge ernst LS mean difference*   % adolescenten met verbeterde CGI-I scale score	10 mg/d -2.16 ( $p=0.323$ ) 20 mg/d -7.83 ( $p<0.001$ ) 30 mg/d -5.38 ( $p=0.011$ ) 40 mg/d -6.62 ( $p=0.003$ )  10 mg/d -8.18 ( $p=0.017$ ) 20 mg/d -15.89 ( $p<0.001$ ) 30 mg/d -13.66 ( $p<0.001$ ) 40 mg/d -11.55 ( $p<0.001$ )  10 mg/d 51.9% ( $p<0.01$ ) 20 mg/d 66.0% ( $p<0.001$ ) 30 mg/d 70.7% ( $p<0.001$ ) 40 mg/d 63.9% ( $p<0.001$ )  (*vergeleken met placebo 26.9%)	Patiënten behandeld met MAS XR hadden een significante verbetering in ADHD symptomen in vergelijking met patiënten die placebo kregen, gescoord aan met de ADHD-RS-IV en CGI-I scale.  Een eenmaal daagse doses MAS XR van 10 tot 40 mg was effectief voor de behandeling van ADHD bij adolescenten  In de groep patiënten met 20 mg/d Adderall XR werd de grootste afname van symptomen gezien in vergelijking met de andere groepen.	de patiënten in de placebo groep waren zwaarder en groter dan de patiënten in de treatments groups  *een negatieve least squares (LS) mean (actieve behandeling-placebo) geeft een positief effect weer van de actieve behandeling in vergelijking met de placebo