

Zu viel Bewegungsdrang

Restless-Legs-Syndrom: Was hilft? Was schadet? Von Stefan Seidel

Dopaminerge Substanzen sind die erste Wahl in der medikamentösen Therapie des Restless-Legs-Syndroms. Das größte Problem stellt die Augmentation dar: Trotz initial gutem Ansprechens auf die Therapie kommt es bei manchen Patienten im Lauf der Behandlung zu einer Verschlechterung der Symptomatik.

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS, Willis-Ekbom Disease) stellt mit einer Prävalenz von ca. zehn Prozent im europäischen Raum eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen dar. Etwa zwei Prozent aller Betroffenen leiden unter einem schwereren, behandlungsbedürftigen RLS. Dies entspricht in Österreich etwa 10.000 bis 12.000 Patienten. Wir wissen aus großen Umfragen, die in erster Linie in Praxen von Allgemeinmedizinern durchgeführt wurden, dass das RLS deutlich unterdiagnostiziert ist und lediglich zehn Prozent der Patienten die richtige Diagnose erhalten.

Das RLS wird klinisch und aus der Anamnese diagnostiziert. In der aktuellen Fassung der International Classification of Sleep Disorders (ICSD, 3. Ausgabe) werden fünf essenzielle Diagnosekriterien angeführt (siehe Kasten).

Eine positive Familienanamnese, ein gestörter Nachtschlaf und polysomnographisch dokumentierte, vermehrte periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) stellen unterstützende Kriterien in der Diagnose des RLS dar.

In den letzten Jahren wurden in großen Studien genetische Veränderungen, sogenannte „single nucleotide polymorphisms“ (SNPs) in Genen für die fetale Gehirnentwicklung und die NO-Synthase identifiziert, die mit dem Auftreten des RLS assoziiert sind. Pathophysiologisch wird, basierend auf zahlreichen Studien, nach wie vor eine Störung des Eisen- und Dopaminstoffwechsels im Rahmen des RLS angenommen.

Therapie und Management der Augmentation

Laut den Empfehlungen der International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) stellen dopaminerge Substanzen (L-DOPA und die nicht-ergolinen Dopaminagonisten Rotigotin, Pramipexol und Ropinirol) die erste Wahl in der medikamentösen Therapie dar. In Österreich sind allerdings lediglich L-DOPA in einer retardierten Formulierung und Rotigotin als transdermales Pflaster in der Behandlung des RLS zugelassen. Ergoline Dopaminagonisten sind mittlerweile aufgrund

Kongress



19. Internationales Wiener Schmerzsymposium

Wien, 27. bis 28. Februar 2015



Ass.-Prof. PD. Dr. Stefan Seidel
Univ. Klinik für Neurologie, Wien,
www.seidel-neurologie.com © Privat

der Assoziation mit Klappenfibrosen obsolet.

Die Augmentation stellt eine der häufigsten Nebenwirkungen durch die medikamentöse Therapie des RLS dar. Sie ist durch eine nicht anderweitig (z. B. durch Eisenmangel mit einem Serumferritin < 50ng/ml) erklärbare Verschlechterung der RLS-Symptomatik unter der Thera-

pie gekennzeichnet. Gemäß der Max-Planck-Kriterien liegt eine Augmentation vor, wenn der Patient an fünf von sieben Tagen der Woche eine Verschlechterung angibt, initial ein positives Ansprechen auf die medikamentöse Therapie hatte und eine Dosiserhöhung paradoxerweise zu einer weiteren Verschlechterung führt und/oder die Beschwerden um

zumindest vier Stunden früher im tageszeitlichen Verlauf beginnen als zu Beginn der Erkrankung.

In einer rezenten Studie wies der nicht-ergoline Dopaminagonist Rotigotin in seiner transdermalen Applikation nach einer Therapiedauer von bis zu fünf Jahren die niedrigste Augmentationsrate unter den dopaminergen Substanzen auf. L-DOPA, das vor allem einen Stellenwert in der Therapie des episodischen RLS hat, sollte in einer maximalen Tagesdosis von ≤ 200 mg eingesetzt werden, da die Augmentationsrate bei höheren Tagesdosen deutlich ansteigt.

Das optimale Management der RLS-Augmentation beinhaltet eine schrittweise Reduktion der dopaminergen Therapie und gegebenenfalls eine Therapieumstellung auf α -2- δ -Liganden wie Gabapentin oder Pregabalin. Eine persönliche Erfahrung des Autors ist das gute Ansprechen von Patienten mit Augmentation auf niederpotente Opioide wie z. B. Tramadol in retardierter Formulierung. Neue Hoffnung schürt auch eine positive randomisiert-kontrollierte Studie zum kombinierten Oxycodon/Naloxon, in der es im Vergleich zur Placebetherapie zu einer signifikanten Verbesserung der RLS-Beschwerden kam.

Manche Medikamente verstärken RLS

Eine exakte Medikamentenanamnese stellt in der Praxis einen wesentlichen Faktor in der Abklärung und Behandlung von RLS-Patienten dar. Basierend auf Fallberichten und Fallserien wissen wir, dass das RLS durch moderne Antidepressiva (SSRI/SNRI/SARI) wie z. B. Paroxetin, Citalopram, Venlafaxin oder Mir tazapin verstärkt werden kann. Lithium, klassische atypische Antipsychotika und das antidopaminerge Antiemetikum Metoclopramid können ebenfalls die RLS-Beschwerden verstärken. Ein bekanntes RLS stellt allerdings aus Sicht des Autors keine Kontraindikation gegen z. B. SSRI-Therapie dar. Es wird jedoch geraten, vorab mit dem Patienten zu klären, ob eine der oben genannten Substanzen das RLS bereits verschlechtert hat.

Alternative Behandlungsoptionen

Dem mittlerweile verbreiteten Wunsch der Patienten nach „sanften“ Methoden sollte auch im Falle des RLS Gehör geschenkt werden. In den letzten Jahren wurden einige kleinere und positive Studien zu nicht-medikamentösen Therapieoptionen publiziert. So konnten für Iyengar-Yoga, Baldrian, pneumatische Wadenkompression und lokal appliziertem nahe infrarotem Licht positive Effekte auf die RLS-Symptomatik berichtet werden. Der Autor selbst kann auf positive Erfahrungen mit Patienten zurückblicken, die kalte Fußduschen oder sensible Stimulation durch Bürsten oder Massieren der unteren Extremitäten prophylaktisch bzw. bei akuten Beschwerden anwenden. ■

Die Literaturhinweise zu diesem Artikel finden Sie auf www.springermedizin.at

RLS: Diagnosekriterien

- Bewegungsdrang der Beine UND Missemphindungen in den Beinen
- Der Bewegungsdrang und die unangenehmen Empfindungen beginnen oder verschlechtern sich während Ruhezeiten oder bei Inaktivität wie Sitzen oder Liegen.
- Der Bewegungsdrang und die unangenehmen Empfindungen wer-

den durch Bewegung wie Laufen oder Dehnen, aber auch durch geistige Aktivität wie z. B. Computerspiele teilweise oder vollständig gebessert. Die Besserung hält zumindest so lange an, wie diese Aktivität ausgeführt wird.

- Der Drang, sich zu bewegen, und die unangenehmen Empfindungen sind abends oder

nachts schlimmer als während des Tages oder treten ausschließlich am Abend oder in der Nacht auf.

- Die Beschwerden sind nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.

Quelle: International Classification of Sleep Disorders (ICSD, 3. Ausgabe)