

# Restless legs - Syndrom

# Kurzbeschreibung I

- Das Restless-Legs-Syndrom ist eine chronisch-progrediente Erkrankung mit sehr variabler klinischer Ausprägung von milden, intermittierenden und wenig belastenden Symptomen bis hin zu täglichen Beschwerden mit erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen.
- Abhängig von der Ausprägung des Schweregrades benötigt aber nur ein kleiner Teil aller RLS-Patienten eine medikamentöse Therapie.
- Altersabhängige Prävalenz 5-10% in der Bevölkerung > 65 Jahren

# Kurzbeschreibung II

Bewegungsdrang der Beine, seltener auch der Arme, assoziiert mit unangenehmen Missempfindungen in den betroffenen Extremitäten charakterisiert ist.

Typischerweise treten die Beschwerden nur in Ruhe- oder Entspannungsphasen auf und folgen einer zirkadianen Rhythmik mit Symptombeginn insbesondere am Abend und/oder in der Nacht.

# Diagnose des RLS

Die Diagnose des RLS begründet sich ausschließlich in der klinischen Beurteilung der Symptomatik !

# Essenzielle Kriterien I

- 1 Bewegungsdrang der Beine, gewöhnlich begleitet von oder verursacht durch unbehagliche unangenehme Empfindungen in den Beinen. (Manchmal besteht der Bewegungsdrang ohne die unangenehmen Empfindungen, und manchmal sind auch die Arme oder andere Körperregionen zusätzlich zu den Beinen betroffen.)
- 2 Der Bewegungsdrang beziehungsweise die unangenehmen Empfindungen beginnen oder verschlechtern sich während Ruhephasen oder bei Inaktivität wie Sitzen oder Liegen.

## Essenzielle Kriterien II

- 3 Der Bewegungsdrang oder die unangenehmen Empfindungen werden durch Bewegung wie Laufen oder Dehnen teilweise oder vollständig gebessert. Die Besserung hält zumindest so lange an, wie diese Aktivität ausgeführt.
- 4 Der Drang sich zu bewegen oder die unangenehmen Empfindungen sind abends und nachts schlimmer als während des Tages oder treten ausschließlich am Abend oder in der Nacht auf. (Wenn die Symptome stark sind, kann es sein, dass die Verschlechterung in der Nacht nicht mehr bemerkbar ist, sie muss aber früher einmal bestanden haben.)

# Unterstützende Kriterien

- Positive Familienanamnese
- Linderung der RLS-Symptome unter dopaminergem Therapie (L-Dopa-Test)
- Periodische Beinbewegungen (im Wachzustand oder im während des Schlafs)  
- bei 90 % aller RLS-Patienten

# primär oder sekundär ?

- Beim RLS wird eine primäre (idiopathische) von einer sekundären (symptomatischen) Form der Erkrankung unterschieden. Die symptomatische Form des RLS ist dabei mit bestimmten Komorbiditäten (z. B. im Rahmen eines Eisenmangels oder bei Urämie) oder körperlichen Bedingungen (z. B. Schwangerschaft) assoziiert.
- Möglicherweise spielt die gesamte Krankheitslast eines Patienten eine größere Rolle bei der Entwicklung eines RLS, als nur eine einzige spezifische Krankheit.
- Die klinische Präsentation beider Verlaufsformen des RLS (primär versus sekundär) zeigt keinen wesentlichen Unterschied.



# Medikamente als Ursache des RLS

- Verschiedene Medikamente, wie Neuroleptika und eine große Anzahl Antidepressiva können ein RLS auslösen oder verstärken.
- Vor allem bei Anwendung von Mirtazapin finden sich in der Praxis häufig RLS-Verschlechterungen oder sogar Erstmanifestationen.
- Bei Erstdiagnose eines RLS sollte vor Einleitung der medikamentösen Therapie ein medikamenteninduziertes RLS abgeklärt und es sollten (sofern möglich) entsprechende auslösende/verstärkende Medikamente abgesetzt werden

# Medikamentöse Therapie des RLS

# Dopaminerge Therapie

- Die Therapieoption der ersten Wahl zur pharmakologischen Behandlung des RLS ist in Deutschland nach wie vor die dopaminerge Therapie mit **Levodopa** (in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer wie Benserazid oder Carbidopa) oder mit einem **Dopaminagonisten**.
- Neben Levodopa in Standard- und Retardform zur Therapie aller RLS-Schweregrade sind derzeit in Deutschland die drei non-Ergolin Dopaminagonisten **Ropinirol**, **Pramipexol** und **Rotigotin-Pflaster** für ein mittelschweres bis schweres RLS zugelassen

# Problematik der dopaminergen Behandlung I

- **Augmentation:**  
Paradoxe Symptomverstärkung des RLS unter höherer dopaminerger Stimulation (z.B. > 200 mg Levodopa)
- **Shift:**  
Verlagerung der Symptomatik auch auf den Tag mit fehlender Besserung bei Bewegung – meist zusammen mit Augmentation auftretend
- **Wirkverlust:**  
ab ca. 6 Wochen bis 1 Jahr fehlende Wirkung trotz Einnahme oder Dosissteigerung

- **Gegenmaßnahmen:**
- Kein Levodopa über 200 mg/d !  
Bei Kombination mit Agonisten Anpassung der Dosierungen
- Wechsel auf anderes medikamentöses Therapiekonzept
  - Levodopa reduzieren und absetzen, stattdessen Gabe von Dopaminagonisten
  - Wechsel auf zentral wirkende Schmerzmittel
  - Wechsel auf Gabapentin (oder Pregabalin)
- Im Verlauf „rotierende“ Wechsel oft sinnvoll und gut durchführbar

# Antikonvulsiva / Opiate

- **Alternative zur dopaminergen Therapie:**
- Gabapentin (mittlere benötigte Dosierung 1800 mg/d)
  - cave: für RLS off-label, aber zugelassen für neuropathische Schmerzen
- Oxycodon / Naloxon (derzeit z.B. „Targin“ für RLS zugelassen)
- Tilidin und Tramadol sind ebenfalls wirksam, aber nicht spezifisch für RLS zugelassen

# Medikamentöse Therapie des symptomatischen RLS

# RLS in der Schwangerschaft

- **30% aller Schwangeren entwickeln, meist im Verlauf des 3. Trimenons, RLS-Symptome**
- Besserung nach Entbindung ist die Regel
- Keine zugelassene oder empfohlene medikamentöse Therapie !
- **Vordringlich: Bestimmung Eisen und Ferritin (s.u.), ggf. parenterale Substitution**
- Falls nicht zu umgehen im 3. Trimenon Oxycodon oder Tramadol möglich
- Ultima ratio: Sectio



# Urämie / Dialyse

- **RLS – Prävalenz bei Dialysepatienten 30 %**
- 1. Bestimmung Ferritin, ggf. parenterale Eisensubstitution (IV-Eisencarboxymaltose)
- 2. Levodopa / Dopaminagonisten
- 3. Gabapentin (ggf. 1. Wahl, insbesondere bei begleitender Polyneuropathie)
- 4. Opioide
- 5. „Nierentransplantation“

# Eisenmangel

- **Für alle RLS – Patienten:** Überprüfung Ferritin (+ Eisen)  
insbesondere aber bei urämischem und Schwangerschafts-RLS
- Falls Ferritin < 50 Mikrogramm/Liter -> parenterale Substitution (Eisencarboxymaltose)  
**vor** anderweitiger dauerhafter medikamentöser Therapie.

# Untersuchungen bei RLS

- Die Diagnose des RLS ist eine klinische Diagnose, die aufgrund der Anamnese zu stellen ist! Es sind keine beweisenden Befunde bekannt.
- Notwendig bei RLS-Diagnose / Verdacht:  
Ferritin ?  
Niereninsuffizienz?
- Bei klinischem Verdacht auf Polyneuropathie Fachneurologische Untersuchung und Elektrophysiologie

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**