

Das RLS

Restless legs - Syndrom der unruhigen Beine

Dieter Volc, Gerhard Daniel

Korrespondenzadresse:

Primarius

Dr. Dieter Volc

Facharzt für Neurologie&Psychiatrie

Initiative Restless legs

Schottenfeldgasse 45

A-1070 Wien

Tel: (+43-1) 522 13 09, FAX +20

dieter.volc@restless-legs.at, www.restless-legs.at

Wenn die Beine nicht zur Ruhe kommen

Es besteht der quälende Drang, die Beine, manchmal auch die Arme, zwanghaft bewegen zu müssen. Das RLS ist ein weitgehend unbeachtetes Syndrom geblieben, obwohl die Erstbeschreibung auf Willis 1685 zurückgeht. Ursächlich liegt eine Störung des Dopamin-Systems im Zentralnervensystem zugrunde, das die spinalen und retikulären Lokomotionszentren mit einschließt, soweit die Ursachen teilweise bekannt sind. Dadurch ergibt sich die Verwandtschaft zum Morbus Parkinson, stellt für diesen aber keinen Risikofaktor dar.

Epidemiologie

Durchschnittlich sind nach verschiedenen Autoren 7% der Männer und 12% der Frauen in der weißen Bevölkerung betroffen, das sind in Österreich etwa eine halbe Million Menschen, mehr als hierzulande an Diabetes mellitus leiden, es handelt sich also um eine echte Volkskrankheit! Täglich und jahre- bis jahrzehntelang leiden die Patienten und finden durchwegs wenig Hilfe. Der Rekord liegt derzeit bei einer 86jährigen Patientin mit einer RLS-Anamnese über sechzig Jahre. Kein Lebensalter ist ausgenommen, auch Kinder können schon betroffen sein und bis zu einem Viertel der Betroffenen kennen weitere Leidende in ihrer Familie!

Beschwerdebild und Diagnose

Die Hauptcharakteristika sind ein Bewegungsdrang vergesellschaftet mit Gefühlsstörungen in den betroffenen Extremitäten, eine Akzentuierung am Abend, aber auch tagsüber in Ruhephasen und eine Besserung durch aktive Bewegung. Ruhe und Entspannung verschärfen hingegen die Beschwerden. Sekundärfolgen wie Depressionen werden oft für ursächlich gehalten. Die Diagnose wird mit 4 Minimalkriterien und 4 Zusatzkriterien gesichert (Tabelle 1).

Tabelle 1

DIAGNOSE

MINIMALKRITERIEN

1. SENSIBLE SYMPTOME

Haben Sie Missempfindungen in den Beinen oder Armen, wie Kribbeln, Reißen, Jucken, Brennen, Krämpfe, Schmerzen ?

2. BEWEGUNGSDRANG

Haben Sie Ruhelosigkeit besonders in den Beinen, müssen Sie zwanghaft umhergehen, sich im Bett drehen und wenden, oder müssen Sie die Beine reiben oder massieren ?

3. VERSTÄRKUNG IN RUHE

Verstärken sich die Beschwerden quälend beim Hinlegen/Hinsetzen ?

4. ABENDLICHE VERSTÄRKUNG

Verstärken sich die Symptome immer am Abend ?

ZUSATZKRITERIEN

5. SCHLAFSTÖRUNGEN

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, oder sind Sie erschöpft ?

6. UNWILLKÜRLICHE BEWEGUNGEN

Haben Sie periodische Beinbewegungen im Schlaf ?
Haben Sie periodische Beinbewegungen im Wachzustand und in Ruhe ?

7. KLINISCHER VERLAUF

Ist die Symptomatik unterschiedlich in der Ausbreitung, im Laufe der Zeit aber fortschreitend ?

8. POSITIVE FAMILIENANAMNESE

Haben mindestens zwei in direkter Linie Verwandte eine ähnliche Symptomatik ?

Die Diagnose wird zunächst klinisch gestellt, wobei hier wie immer in der Neurologie die ausführliche und aufmerksame Anamneseerhebung das wichtigste Hilfsmittel darstellt. Zur Dokumentation und Verlaufsbeobachtung eignet sich das Schema der IRLSSG (international RLS study group). Apparative Zusatzuntersuchungen sind in den überwiegenden Fällen verzichtbar, evozierte Potentiale, Nervenleitgeschwindigkeiten und EEG sind definitionsgemäß unauffällig.

In den meisten Fällen liegt das RLS als idiopathische Form vor, jedoch müssen zur Diagnose unbedingt die symptomatischen Formen ausgeschlossen werden. Eine urämische Stoffwechsellage, ein Diabetes mellitus und eine Gravidität stellen die wichtigsten Auslöser eines symptomatischen RLS, aber auch Vitamin B-, Folsäure- und Eisenmangel tragen zur Verstärkung der Symptome bei (Tabelle 2).

FORMEN DES RLS	
Idiopathisch 65 % Familiär vererbt Beginn vor dem 31. Lebensjahr Verwandte 1. Grades → Risiko 20% Verwandte 2. Grades → Risiko 4%	Symptomatisch 35% Stoffwechselstörung Nierenversagen Diabetes mellitus Eisen-/ Ferritinmangel Schwangerschaft Herzschwäche Rheumatoide Arthritis

Schnittbilduntersuchungen des Gehirnes sollten zur Differentialdiagnose durchgeführt werden, wengleich beim RLS wie auch im Neurologischen Status definitionsgemäß keine Auffälligkeiten zu erwarten sind.

Schlaflabor

Das Schlaflabor ist die einzige Möglichkeit, ein RLS zu beweisen. Das erscheint wichtig, wenn die Diagnosekriterien nicht optimal und eindeutig erfüllt sind, wenn eine komplexe Schlafstörung vorliegt und die Therapien nicht in erwarteter Weise anschlagen. Schöner wäre es, jeden Betroffenen zunächst im Schlaflabor abzuklären, jedoch ist die Wartezeit derzeit aufgrund der Kapazitäten undiskutabel lang.

Üblicherweise sind zwei Nächte notwendig, eine Adaptationsnacht und eine Mess-Nacht. Die polygraphische Schlafableitung erlaubt eine Sicherung der Diagnose. Es werden neben dem EEG (Elektroenzephalogramm) ein EOG (Elktrookulogramm) zur Registrierung der REM (rapid eye movements) und zur Bestimmung des Schlafstadiums und ein EMG (Elektromyogramm) abgeleitet. Letzteres erlaubt die Klassifikation unwillkürlicher Bewegungen. Diese PML (periodic limb movements) genannten unwillkürlichen Beinbewegungen können mehrere hundert mal pro Nacht auftreten (PLMS-periodic limb movements in sleep) und dienen auch als Maß der Wirksamkeit einer Therapie. Als Maß für die Aktivität des RLS wird der PLM-Index berechnet, die Anzahl der PLMS pro Stunde Ableitung.

Als rasche Diagnose kann auch eine Aktigraphie durchgeführt werden. Es ist ein einfaches Gerät, das motorische Beschleunigung digitalisiert und in bestimmten Zeitabständen speichert. Auch damit können periodische Bewegungen im Schlaf aufgezeichnet werden, dies ist ambulant, ohne große Verkabelung und somit auch unter häuslichen Bedingungen möglich.

Aufklärung

Die derzeitige Situation ist diesbezüglich als katastrophal zu bezeichnen. Massen von Patienten unterzogen sich einer Venenoperation und trotz Erfolglosigkeit einer solchen wurde dem Symptom nicht weiter nachgegangen. Mannigfache Physiotherapien und orthopädische Behandlungen, Kuren und diagnostische Prozeduren lassen die Betroffenen über sich ergehen, suchen Komplementärmediziner auf und geben Unsummen für Wundermedizinen aus. Schließlich werden viele Betroffene als neurotisch und lästig dem Psychiater oder Psychotherapeuten zugewiesen.

Die **Initiative Restless legs** hat sich aus dieser Erfahrung heraus zum Ziel gesetzt

- die Erkrankung bekannt zu machen und die Behandelbarkeit hervorzuheben,
- die Bevölkerung und die Ärzteschaft über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten dieses Leidens aufzuklären
- und die Betroffenen einer erfolgreichen Behandlung durch informierte Ärzte zuzuführen.

Eine erste Aufklärungs- und Medienkampagne wurde im Sommer 2000 in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Grünen Kreuz für Vorsorgemedizin

mit sehr großem Erfolg durchgeführt, jedoch ist diese eine Aktion nicht ausreichend und wird auf breiterer Basis fortgesetzt werden.

Therapeutische Strategien

Eine Behandlungsmöglichkeit besteht in der Verwendung von Dopaminagonisten (z.B. Ropinirol = ReQuip[®], Pramipexol = Sifrol[®], Lisurid = Dopergin[®], Pergolid = Permax[®] und Bromocriptin = Umprel[®], Bromed[®]), wobei deutlich niedrigere Dosen als bei der Parkinson-Behandlung schon ausreichen und mit einer Verabreichung von den kleinsten möglichen Dosen nur abends und vor dem Schlaf täglich nach weniger als einer Woche die Symptome in den meisten Fällen verschwinden. Es ist allerdings eine Dauertherapie notwendig, beim Absetzen kommt es zu Wiederauftreten der Beschwerden. In den Schlafuntersuchungen zeigte sich eine Verminderung der PLMS um 75% in der ersten Nacht !! Im Hinblick auf Leidenszeiten von vielen Jahren bis Jahrzehnten eine bemerkenswerte Wirkung, die in der Medizin wohl selten zu beobachten ist.

Nicht nur die Anzahl der PLMS wird drastisch gesenkt, auch die Schlafarchitektur wird verbessert.

Alternativ stellt L-DOPA eine Behandlungsoption dar, manchmal reicht die abendliche Gabe von 100 bis 200 mg Levodopa plus Decarboxylase-Hemmer (Madopar[®], Sinemet[®]) aus, manchmal ist eine Adaptation und mehrfach tägliche Verschreibung notwendig.

Mit diesen Therapien finden 85% der Betroffenen das Auslangen. In Ausnahmefällen können aber weitere Strategien hilfreich sein. Als weitere Therapiemöglichkeiten sind Opioide und manche Antiepileptika erprobt.

Zusätzliche Gaben von schlafanstoßenden Mitteln (Zolpidem, Benzodiazepine) oder Muskelrelaxantien (Baclofen) unterstützen in komplizierteren Fällen die Therapie, sie verbessern die Schlafdauer und Schlafzufriedenheit, beeinflussen aber die PLM kaum.

Nicht geeignet und zum Großteil symptomverstärkend sind Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva, Antiemetika mit dopaminantagonistischer Wirkung (z.B. Metoclopramid), Entspannungsmethoden und physikalische Maßnahmen.

Sollte nach einer adäquaten Pharmakotherapie kein ausreichender Therapieerfolg gewährleistet sein oder eine komplexere Schlafstörung vorliegen, so ist die

Überweisung an ein Schlaflabor, das Erfahrung in der Diagnostik neurologisch-psychiatrischer Schlafstörungen hat, dringend indiziert.

Verhaltensregeln

Entsprechend den durch Stoffwechselveränderungen ausgelösten symptomatischen Formen ist es notwendig, diese Parameter zu beachten und zu bilanzieren. Aber auch einige "Konsumgifte" können die Beschwerden auslösen oder verstärken, ihre Einnahme sollte also limitiert werden, zumindest aber bekannt sein um sie beachten zu können. Hierzu gehören ganz besonders Alkohol, Nikotin, Schokolade, Coffein, Kohlensäure und auch Zucker-Ersatzstoffe. Auf diese sollte - besonders abends - verzichtet werden.

Aber auch eine "gute Schlafhygiene" mit regelmäßiger Schlafenszeit, Vermeiden von Mittagsschlaf, stets gleichem Einschlafritual und Vermeiden von Aufregungen oder Arbeit abends sind sinnvoll.

Damit Bewegung aus den Beinen und in die Diagnostik und Therapie kommt.