

langrijkste bijwerking van bupropion slapeloosheid. Wanneer de slaapverstoring door PLMS vermindert, mag verwacht worden dat de symptomen van depressie overdag verminderen. Omdat RLS en depressie zo vaak in combinatie voorkomen is een praktische benadering bij de behandeling geboden. Eerste stap is de ernst van de aan de depressie gerelateerde symptomen vast te stellen of na te gaan of slecht slapen daarbij een belangrijke rol speelt. Het behandelen van de slaapstoornis, vóór behandeling van de depressie, kan heel effectief zijn, speciaal als de symptomen van depressie niet heel ernstig zijn. Patiënten met een ernstiger vorm van depressie hebben met grotere waarschijnlijkheid antidepressiva nodig en hun behandeling is moeilijker.

Als de patiënt geen antidepressiva gebruikt en geen ernstige verschijnselen vertoont dient om te beginnen de behandeling van RLS/PLMS bekeken te worden. Simpele strategieën die vaak helpen zijn bijvoorbeeld het aanhouden van een regelmatig slaap-waak ritme, weinig cafeïne later op de dag (bijv. niet na het middaguur) en geen alcohol 's avonds. Lichamelijke beweging gedurende de dag kan voor zowel de depressie als voor PLMS heilzaam zijn. IJzersuppletie bij een ferritine gehalte lager dan 50 mcg/L heeft vaak een gunstig effect.

Dopamine agonisten zijn de eerste keus geneesmiddelen bij matig tot ernstige RLS, en leiden vaak tot een vrijwel geheel verdwijnen van de symptomen, wat in veel gevallen vermindering of zelfs genezing van de depressie tot gevolg heeft. Daarnaast lijken de dopamine agonisten een licht antidepressief effect te hebben. Gabapentin (Neurontin), of een traditionele slaappil kunnen helpen bij het stabiliseren van de slaap. Gabapentine onderdrukt bovendien de overmatige beenbewegingen.

Cognitieve technieken en gedragstherapie zijn een belangrijk deel van de behandeling van slaapstoornissen, ook die welke samenhangen met RLS.

Voor RLS patiënten die al serotonerge antidepressiva slikken is het optimaliseren van de RLS therapie en verminderen van de PLMS de aangewezen benadering, met als doel 6-8 uur gezonde slaap per nacht. Vervolgens kan, afhankelijk van de reactie op deze benadering, stoppen, verminderen, of veranderen van de antidepressie medicatie overwogen worden. In die gevallen waar de RLS symptomen ontstonden toen behandeling met een antidepressivum werd begonnen, is vermindering van de dosis een eerste stap. Daarna, als de RLS symptomen blijven optreden, worden deze behandeld.

Stichting Restless Legs

Antwoordnummer 319
6700 WB Wageningen

Telefonisch spreekuur:
0900-7574636

(1 cent per minuut)
Ma-Vrij tussen 19 en 20 uur

info@stichting-restless-legs.org

www.stichting-restless-legs.org

Restless Legs Syndroom

RLS en depressie

Punten van aandacht bij de behandeling van depressie



Restless Legs Syndroom (RLS) is een neurologische aandoening die bij zo'n 7% van alle volwassenen voorkomt. Er zijn een aantal belangrijke criteria op grond waarvan de diagnose RLS kan worden gesteld.

Bepalende criteria voor de diagnose RLS

- Bij stil zitten of liggen, krijgt men een vervelend, kruiperig, branderig soms jeukend, prikkelend gevoel in de kuiten of benen (en soms ook in de armen), dat ertoe dwingt te gaan bewegen.
- Als men gaat bewegen, worden de klachten minder, tot de beweging ophoudt.
- Kort na het stoppen van de beweging komen de onaangename gevoelens terug.
- Vooral 's avonds en 's nachts, in perioden van rust, krijgt men de klachten.
- De nachtrust wordt hierdoor verstoord.

De meeste mensen met RLS (zo'n 80%) hebben ook last van schoppende of schokkende bewegingen voornamelijk in de benen maar soms ook in de armen en zelfs andere lichaamsdelen, de z.g. periodieke beenbewegingen (Periodic Limb Movements in Sleep; PLMS). Ook deze symptomen leiden tot een verstoord nachtrust. Symptomen van depressie komen bij RLS vaak voor. Zo'n 40% van de mensen met RLS hebben klachten die, al of niet los van de slaapproblemen, zouden kunnen wijzen op een

depressie. Hieronder staan negen klinische kenmerken van een depressie. Als een patiënt vijf van deze kenmerken vertoont is de diagnose depressie voor de hand liggend. Opmerkelijk is dat vier van de kenmerken direct terug te voeren zijn op een slaapprobleem, zoals RLS.

Symptomen van klinische depressie

- Neerslachtigheid.
- Verminderde interesse.
- Laag zelfbeeld.
- Doodsgedachten.
- Gewichtstoename/gewichtsverlies.
- *Slapeloosheid of overmatige slaperigheid.*
- *Vermoeidheid, verlies van energie.*
- *Verminderde concentratie.*
- *Psychomotorische traagheid of onrust.*

Cursief aangegeven zijn die symptomen die in het bijzonder met verstoord slaap te maken hebben.

Effectieve behandeling van RLS – en dus van de slaapproblemen – kan soms tot aanzienlijke verbetering van de depressie leiden. In andere gevallen zal behandeling met antidepressiva nodig zijn. Bij patiënten met zowel RLS als depressie is de behandeling een complexe zaak omdat sommige van meest gebruikte antidepressiva kunnen leiden tot een verheviging van de symptomen van RLS.

Naast de spontane neiging tot depressie bij slaapproblemen – al of niet in samenhang met RLS – is in een aanzienlijk aantal wetenschappelijke publicaties aangetoond dat RLS en PLMS kunnen worden opgewekt, of verergerd, door de geneesmiddelen uit de groep z.g. selectieve serotonine heropnameremmers.

In de volgende tabel vindt u een aantal van deze middelen. Kenmerk van deze geneesmiddelen is dat zij de hoeveelheid serotonine in de hersenen verhogen. Hoge doses van de z.g. tricyclische antidepressiva leiden eveneens tot verergering van PLMS. Daarentegen is het nog onduidelijk hoe vaak de serotonerge of tricyclische antidepressiva de symptomen van RLS negatief beïnvloeden of verergeren. Hier ligt een onderwerp voor nadere studie.

Veel gebruikte antidepressiva

- **Serotonerge antidepressiva**
Paroxetine (Seroxat), Venlafaxine (Efexor), Fluoxetine (Prozac), Citalopram (Cipramil), Escitalopram (Lexapro), Fluvoxamine (Fevarin), Sertraline (Zoloft, Serlain)
- **Tricyclische antidepressiva**
Amitriptyline, Trimipramine (Surmontil), Imipramine
- **Ander antidepressiva**
Bupropion (Wellbutrin), Mirtazepine (Remeron)

Verergering van RLS en PLMS en de daarbij horende verstoring van de slaap vergroot mogelijk de al bestaande problemen. Hoe de serotonerge en tricyclische antidepressiva dit te weeg brengen is onduidelijk. Gedacht wordt dat een licht dopamine antagonistisch effect hier een rol speelt, of een verstoring van de balans tussen het serotonine en dopamine/norpinephrine systeem. Het antidepressivum bupropion (Wellbutrin) lijkt de periodieke beenbewegingen juist te verminderen. Van deze stof is bekend dat hij de opname van dopamine remt. Een kleinschalige studie onder patiënten met PLMS en depressie heeft aangetoond dat sprake was van verminderde PLMS bij gebruik van bupropion. Daarentegen is de be-