

Restless Legs Syndroom

Stichting Restless Legs

Een onafhankelijke organisatie die patiënten met rusteloze benen en hun artsen ondersteunt en die wordt bijgestaan door een medische adviesraad



Deze brochure is bedoeld voor gebruik door artsen

Stichting Restless Legs

Antwoordnummer 514
3800 VB Amersfoort

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

RLS (Restless Legs Syndrome) kenmerkt zich door een irriterend, branderig, kruipend gevoel, meestal in de kuiten, dat bij de patiënt een onweerstaanbare drang tot bewegen oproept. De aandoening kan zich ook in de voeten en armen voordoen. Soms is er sprake van pijn. De irritatie in de benen treedt vooral op tijdens rustperiodes. Met name 's avonds en 's nachts nemen de klachten toe. De aandoening komt in 80% van de gevallen voor in combinatie met PLMD (Periodic Limb Movement Disorder). PLMD is een slaapstoornis waarbij de patiënt (meestal) tijdens de slaap schokkende bewegingen maakt, die veelal de slaap verstoren en/of onderbreken. Hierdoor krijgt de RLS-patiënt niet voldoende diepe slaap en is hij overdag vermoeid tot zeer vermoeid, en kan hij/zij vaak niet meer normaal functioneren.

Hoe stelt u de diagnose?

De volgende vragen zijn relevant:

- 1 Indien u onaangename gevoelens (kruiperig, branderig of jeukend) ervaart, heeft u dan een neiging uw benen te bewegen?
- 2 Beginnen of verergeren deze onaangename gevoelens en de neiging om te bewegen bij rust of inactiviteit?
- 3 Verminderen deze onaangename gevoelens door beweging zolang deze beweging duurt?
- 4 Zijn de neigingen zich te bewegen en de onaangename gevoelens sterker in de avond of 's nachts dan gedurende de dag?
- 5 Zijn deze kenmerken geen symptomen van een andere aandoening (bijvoorbeeld myalgie, vaatlijden, oedeem, artritis, te lang in dezelfde houding zitten, regelmatig met de voeten bewegen).

Worden alle 5 vragen met ja beantwoord dan is er inderdaad sprake van RLS. Indien 2 of 3 vragen bevestigend worden beantwoord dan is het waarschijnlijk dat de patiënt last heeft van RLS.

RLS komt in ongeveer 7% van de volwassen bevolking voor; 2% van de volwassen bevolking heeft RLS in zo'n ernstige vorm dat behandeling met medicijnen nodig is. De oorzaak van primaire RLS staat niet precies vast.

maar wordt gezocht in een verstoring van de dopamine en/of ijzerhuishouding. Veelal is RLS een erfelijke aandoening.

Secundaire RLS is RLS die als onderliggende oorzaak een andere ziekte heeft: chronisch nierfalen, polyneuropathie, ijzergebreksanemie, laag ferritine gehalte, foliumzuur-tekort, diabetes, zwangerschap, de ziekte van Parkinson, schildklieraandoeningen, rheuma, chronische myelopathie, zijn o.a. ziektes waarbij RLS zich in secundaire vorm manifesteert.

Therapie is mogelijk

Komt een patiënt met RLS op uw spreekuur, dan zal eerst worden nagegaan, of in de brochure genoemde ziekten secundaire RLS veroorzaken.

Controleer ook eerst het ijzergehalte in het bloed en bepaal niet alleen de gebruikelijke hemoglobine (Hb), maar ook het ferritine en transferrine gehalte. Bij een ferritinewaarde lager dan 75 mcg kan ijzertherapie gedurende 2-3 maanden overwogen worden, ook al is het Hb gehalte misschien (marginaal) goed. Bij niet al te ernstige RLS kan de ijzertherapie al voldoende zijn; bij ernstiger vormen geeft het vermindering van de dosis van de "echte" medicatie. Voordat tot medicatie wordt overgegaan

moeten vervolgens de volgende factoren worden uitgesloten:

- Gebruik van tricyclische antidepressiva en SSRI's
- Gebruik van neuroleptica
- Gebruik van calciumkanaal blokkers
- Gebruik van anti-emetica
- Gebruik van antihistaminen
- Overmatig gebruik van cafeïne of alcohol

Medicatie

De meest voorgeschreven medicijnen bij RLS/PLMD zijn de dopaminerge middelen, de opiaten en de anti-epileptica. Benzodiazepines worden bij lichte RLS voorgeschreven als slaap-bevorderend, ze hebben geen effect op de RLS-klachten. Medicijnen die niet worden genoemd in deze brochure hebben of geen aantoonbare werking, of een schadelijke bijwerking. De dopamine-agonisten zijn in Nederland voor RLS geregistreerd; de overige middelen worden off label gegeven.

De ervaring leert dat patiënten verschillende reageren op de in deze brochure genoemde medicijnen. Het is belangrijk om de patiënt ervoor te waarschuwen dat wanneer hij/zij stopt met medicatie of op een ander medicijn overgaat, de bestaande medicatie geleidelijk moet worden afgebouwd, in het algemeen over een periode van zo'n drie weken. Het

heeft de voorkeur dat dit plaats vindt in combinatie met de opbouw van het nieuwe medicijn.

Algemeen: beginnen met de laagste mogelijke dosis, eventueel ophogen naar gelang het effect op RLS/PLMD klachten. Als na het ophogen tot de maximale dosering geen resultaat wordt geboekt, heeft een nog hogere dosis waarschijnlijk ook geen effect en is het wijzer om een van de andere middelen over te gaan.

Gemiddelde effectieve dosering is 2 mg. Indien nodig kan de dagdosering tot een maximum van 4 mg worden verhoogd.

Roflogotine (Neupro): Dit is een pleister met verlengde afgifte. Aangeraden wordt te beginnen met pleisters met 1 mg, en op te hogen tot 3 mg/dag. Bij dit middel is tot nu toe weinig augmentatie geconstateerd.

Rebound en augmentatie (zie onder) komen voor bij de dopamine agonisten, met name bij hogere doseringen en langdurig gebruik. Overschrijding van de maximale doseringen wordt daarom nadrukkelijk afgeraden. De dopamine agonisten worden momenteel met grote voorzichtigheid voorgeschreven. Bij geagmenteerde patiënten dienen deze middelen te worden afgebouwd. In plaats daarvan wordt veelal pregabaline voorgeschreven. (Geleidelijk) stoppen met dopamine agonisten is voor de patiënt door heftige en langdurige klachten en totale slaapverstoring vaak erg zwaar, en begeleiding van de arts is daarbij aan te raden. Indien mogelijk kan het afbouwen van een dopamine agonist gecombineerd worden met de opbouw van het alternatief.

RLS Medicatie

1. Non-ergotamine dopamine agonisten

Deze middelen zijn specifiek voor RLS geregistreerd en kunnen derhalve door huisarts en specialist worden voorgeschreven. Deze middelen worden volledig vergoed, de Neupro pleister in sommige gevallen slechts gedeeltelijk

Pramipexol (Sifrol): startdosering eenmaal daags 0,125 mg 2-3 uur voor het slapen gaan, daarna zo nodig ophogen naar maximaal 0,50 mg (maximum dosering) per dag.

Ropinirol (Adartrel): 2 dagen 0,25 mg maximaal 3 uur voor slapen gaan, vervolgens 5 dagen 0,5 mg, daarna zo nodig wekelijks met 0,5 mg ophogen.

2. Dopamine

Levodopa/carbidopa (Sinemet)
Levodopa/Benserazide (Madopar)

In verband met het zeer veelvuldig voorkomen van augmentatie worden deze middelen niet meer voorgeschreven bij RLS. Een uitzondering hierop is als incidenteel snel werkende en kortduurende verlichting nodig is (bijvoorbeeld tijdens een lange reis)

Augmentatie

Helaas komt bij alle dopaminerge middelen in orale toedieningsvorm de paradoxale bijwerking augmentatie voor: juist bij het ophogen van de dosis nemen de klachten in de avond toe of beginnen de klachten eerder op de dag, en verspreiden ze zich naar andere lichaamsdelen dan de benen, met name de armen. Dit komt vooral voor als de maximaal geadviseerde doses van de dopamine agonisten worden overschreden. Ook rebound, d.w.z. verergering na uitwerking van de gegeven dosis, komt meestal 's ochtends bij de "niet sustained release" preparaten voor. Indien deze effecten optreden moet de medicatie in geval van augmentatie verlaagd of zelfs gestopt worden. In geval van rebound wordt verhoging van de dosering 's avonds, of een extra, lage, dosis bij

wakker worden gedurende de nacht aangeraden. Bij onvoldoende effect kan een ander medicijn worden voorgeschreven. NB. Voor de ziekte van Parkinson zijn de doseringen van deze middelen veel hoger en worden de middelen meerdere keren per dag voorgeschreven. Voor RLS/PLMD is de belangrijkste regel dat zo laag mogelijk en 1x daags, eventueel 2x daags ('s avonds en voor de nacht), wordt gedoseerd.

Benzodiazepinen

Meest voorgeschreven voor lichte vormen van RLS is clonazepam (Rivotril). Dit middel bevordert de slaap maar doet over het algemeen niets voor de RLS-klachten. Start met 0,5 mg, in te nemen voor het slapen gaan. In het begin kan er een wat katterig gevoel zijn de volgende ochtend. Dit gaat in enkele dagen over en heeft vrijwel nooit gevolgen voor concentratie en rijvaardigheid de volgende dag. Bij uitblijven van resultaat over een eerste periode van 2 weken ophogen met stappen van 0,25 tot 0,5 mg per 2 weken tot maximaal 2 mg per nacht.

Anti-epileptica

Gabapentin (Neurontin); start op 300 mg/dag tot 2700 mg/dag maximaal met

name voor milde en matige RLS bij patiënten die hun RLS-klachten als pijnlijk beschrijven.

Pregabaline 25-300 mg/dag
Carbamazepine

Opiaten

Bij falen van bovengenoemde therapieën van eerste keus, is er ook de mogelijkheid om bij zeer hardnekkige klachten op opioïden over te stappen. Oxycodon (met toegevoegd naloxon tegen obstipatie), tramadol en methadon bij ernstige RLS.

IJzer

Intraveneuze behandeling in een bepaalde groep ernstige RLS-patiënten (n.l. met een lage ijzervoorraad, ferritine < 75 mcg/l) kan overwogen worden. Er is nog niet voldoende bewijs voor de behandeling met ijzersuppletie in het algemeen.

Zwangerschap

RLS komt tijdens de zwangerschap veelvuldig voor, met name in het derde trimester. Geen van de hier genoemde medicijnen is volledig veilig tijdens de zwangerschap. Bij zeer ernstige RLS kan

onder strikte controle behandeling met benzodiazepinen worden overwogen. Ook ijzersuppletie kan de RLS klachten positief beïnvloeden. Meestal verdwijnen de RLS klachten na de zwangerschap. Zie voor volledige details de brochure "RLS en Zwangerschap" van de Stichting Restless Legs.

Kinderen

RLS die behandeling behoeft komt maar bij 0,5% van de kinderen van 7-17 voor. Geen enkel medicijn is systematisch onderzocht bij kinderen. Het allerbelangrijkst is niet-farmacologische therapie bij kinderen (waaronder ook het verminderen van cafeïnehoudende dranken zoals cola en energiedrankjes). Enkele studies hebben de effectiviteit vermeld van dopaminerge medicatie bij kinderen met zowel ADHD als RLS. Symptomen verbeteren in deze studies voor zowel ADHD als RLS. In 2013 zijn de nieuwe diagnostische criteria voor kinderen gepubliceerd, met speciale aandachtspunten waarmee rekening moet worden gehouden bij de analyse van RLS bij kinderen.

Let op!

In het verleden werd vaak hydrokinine (Inhibin) voorgeschreven. Onderzoek heeft aangetoond dat dit middel bij RLS

niet meer doet dan een placebo.

Pergolide (Permax) wordt in verband met ernstige gemelde bijwerkingen (hariklepfibrose) niet langer als een eerste keus middel gezien.

In welke mate heeft een patiënt last van de symptomen van RLS

In het kader van wetenschappelijk onderzoek zijn er verschillende vragenlijsten ontwikkeld om de ernst van RLS uit te drukken, zodanig dat de effecten van de onderzochte medicijnen goed gemeten kunnen worden. Deze vragenlijsten worden ook gebruikt in de dagelijkse klinische praktijk ter ondersteuning van de behandeling. De meest gebruikte vragenlijst is ontwikkeld door de International RLS Study Group (IRLSSG).

Zie: <http://www.stichting-restless-legs.org/artsen-info/>

Disclaimer

De Stichting Restless Legs spant zich in te waarborgen dat de verstrekte informatie en het aanbod van relevante informatie waarnaar wordt verwezen volledig en juist is; daarentegen kan de Stichting Restless Legs niet verantwoordelijk worden gehouden voor enige onvolledige of onjuiste informatie die op of middels deze brochure gevonden wordt. De Stichting Restless Legs aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor enige schade ontstaan uit de aangeboden inhoud. De Stichting Restless Legs adviseert nadrukkelijk dat gebruik van de genoemde medicijnen altijd dient te geschieden in overleg met de (huis)arts. De Stichting Restless Legs aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor enige schade aan de gezondheid, ontstaan door het gebruik van genoemde medicijnen.

Stichting RLS, maart 2017