



Ouderen in een verzorgsituatie

Meer aandacht voor deze nog te onbekende ziekte is hoog nodig. Zeker omdat bij ouderen onder beperkende omstandigheden het vaak moeilijk is een juiste diagnose te stellen.

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 of romp), dat ertoe dwingt te gaan bewegen.
- Als men gaat bewegen, worden de klachten minder of verdwijnen helemaal 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.

RLS

Restless Legs Syndroom



Ouderen in een verzorgsituatie

Stichting Restless Legs

Maarsbergseweg 20
3956 KW Leersum

Telefonisch spreekuur:
0900-7574636

(1 cent per minuut)

Ma-Vrij tussen 19 en 20 uur

ervaringsdeskundige@stichting-restless-legs.nl

info@stichting-restless-legs.nl
www.stichting-restless-legs.nl

RLS

Restless Legs Syndroom

Ouderen in een verzorgsituatie

Punten van aandacht bij de
behandeling





Ouderen in een verzorgsituatie

Slapeloosheid bij de geriatrische patiënt is complex en vereist uitgebreide en voorzichtige behandeling. Bij mensen boven de 60 is slapeloosheid de meest voorkomende slaap-gerelateerde klacht.

Slapeloosheid bij de geriatrische patiënt kan veroorzaakt worden door een primaire slaapprobleem, of het gevolg zijn van een andere, medische of psychiatrische aandoening, medicijngebruik, psychosociale factoren of simpelweg leefstijl.

Een van de zeer veel voorkomende oorzaken van slapeloosheid bij ouderen is het z.g. "Restless Legs Syndroom" (RLS). RLS wordt gekenmerkt door een irriterend, branderig gevoel, dat meestal diep in de kuiten zit en een onweerstaanbare drang tot bewegen veroorzaakt.

Honderdduizenden Nederlanders, zo'n 10% van de volwassen bevolking, hebben last van RLS en ca. 2,7% heeft het in ernstige mate. De aandoening komt bij alle leeftijdsgroepen voor, maar is chronisch progressief, met een duidelijke piek bij de 50+ populatie. Geschat wordt dat 20% van de bejaarden last van de aandoening heeft, vrouwen iets vaker nog dan mannen. De klachten worden erger bij het ouder worden.

De klachten worden in zeer veel gevallen niet door de arts onderkend. Als gevolg daarvan worden vaak verkeerde diagnoses gesteld en verkeerde medicijnen voorgeschreven. De algemeen diagnostische criteria staan aan ommezijde vermeld. Deze criteria dienen bij demente ouderen te worden aangepast. Gedragsindicatoren zijn bij deze speciale groep belangrijk.

De meeste patiënten met RLS (80%) hebben ook PLMD: Periodic Limb Movement Disorder.

PLMD wordt gekenmerkt door herhaalde spiercontracties die gedurende de slaap iedere 20-

40 seconden kunnen optreden. De diagnose PLMD wordt gesteld als per uur slaap deze bewegingen 5 maal of vaker optreden. Patiënten klagen over "wiebelbenen", en een dwang om te schoppen, samen met onaangename gevoelens in de benen (RLS).

Diagnostische criteria voor vermoede RLS bij demente ouderen:

- Tekenen van ongemak zoals wrijven of knijpen in de benen, kreunen wanneer men de benen vasthoudt.
- Excessieve been activiteit, bijvoorbeeld ijsberen, wiebelen, herhaalde schopbewegingen, grote onrust in bed, de benen op de matras slaan, fietsbewegingen maken, enz.
- Deze tekenen van ongemak zijn alleen aanwezig gedurende rust.
- Deze tekenen van ongemak verdwijnen als de patiënt activiteiten ontwikkelt.
- Criteria 1 en 2 komen met name avonds en 's nachts voor of zijn dan erger dan gedurende de dag.

RLS is tegenwoordig redelijk goed te behandelen. Medische begeleiding is daarbij op zijn plaats omdat patiënten verschillend reageren op beschikbare medicijnen en interacties met medicijnen voor andere ziektes kunnen optreden. In 2006 zijn de eerste geneesmiddelen specifiek voor RLS geregistreerd en op de markt toegelaten, de dopamine agonisten ropinirol (Adartrel), en pramipexol (Sifrol), en in 2009 rotigotine (Neupro). Later bleek dat ook alfa2delta-liganden en bepaalde opiaten verlichting kunnen brengen. Bij de dopamineagonisten is van groot belang

dat de dosering laag blijft. Bij te hoge doseringen kan augmentatie optreden: de symptomen worden ernstiger en treden ook overdag en soms in het hele lichaam op. Zie ook de Artsenbrochure van de Stichting Restless Legs, die werd samengesteld onder supervisie van de Medische Adviesraad van de Stichting.

Verhalen uit de praktijk geven de dringende noodzaak aan, dat er meer aandacht moet zijn voor deze aandoening binnen de geriatrische praktijk. De onrust bij deze mensen wordt onder andere bestreden met beperking van hun bewegingsvrijheid door middel van beddekken, meer medicijnen, waarvan sommige gevaarlijke bijwerkingen kunnen hebben, slaapmiddelen en een verpleegdeken. Als de onrust wordt veroorzaakt door RLS, dan werken deze middelen vaak contraproductief. Illustratief is het geval van een mevrouw met een geweldige loopdrang. "Ze is eindeloos aan het sjezen door de gang, dat gaat de hele dag maar door." Had deze mevrouw wellicht RLS die haar tot bewegen dwongen? Kreeg zij slaapmiddelen of wellicht anti-depressiva die haar RLS verergerden?

Conclusie:

Meer aandacht voor deze nog te onbekende ziekte is hoog nodig. Zeker omdat bij ouderen onder beperkende omstandigheden het vaak moeilijk is een juiste diagnose te stellen. Bij het voorkomen van bovengenoemde verschijnselen moet de diagnose RLS overwogen worden. Indien de diagnose gesteld is kan de arts starten met behandeling. Indien de arts geen ervaring heeft op dit terrein kan de patiënt naar een neuroloog worden verwezen. De Stichting Restless Legs kan hierin adviseren.