



Als de patiënt last heeft van rusteloze benen

Restless Legs Syndroom (RLS) is een duidelijk herkenbare maar desondanks vaak niet herkende of zelfs miskende neurologisch-motorische stoornis. In 1995 publiceerde de International RLS Study Group de primaire en andere kenmerken van de ziekte, deze werden daarna in 2002 enigszins aangepast.

Kenmerken van primaire, idiopathische RLS

- Een onbedwingbare drang om de ledematen te bewegen (benen, soms armen) en een vervelend kruiperig en soms branderig gevoel in de ledematen.
- De symptomen worden erger tijdens perioden van rust en inactiviteit.
- De symptomen verdwijnen als de patiënt gaat bewegen.
- Er is een sterke 24-uurs ritmiek, met toename van de symptomen 's avonds en 's nachts.

RLS

Restless Legs Syndroom



Punten van aandacht bij een operatie

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

Punten van aandacht bij een operatie

Als de patiënt last heeft van rusteloze benen. Folder voor artsen en overig ziekenhuispersoneel





Punten van aandacht bij een operatie

Als de patiënt last heeft van rusteloze benen

De pathofysiologie en etiologie van de ziekte staan niet met zekerheid vast. Een verstoring van het dopaminerge systeem in de hersenen, mogelijk in verband met verminderd ijzer in de centrale neuronen, lijkt de oorzaak te zijn van veel gevallen van RLS, die resulteert in een veranderde functie van het centraal zenuwstelsel. RLS komt in de meeste gevallen voor zonder duidelijke oorzaak, echter het wordt in toenemende mate gezien bij patiënten met een ijzertekort (met of zonder anemie), terminaal nierfalen en zwangerschap, alle situaties waarbij de ijzeropslag in het lichaam is verstoord. Bovendien zijn er in 90% van de gevallen slapeloosheidsklachten. Behandeling gebeurt voornamelijk met een $\alpha 2\delta$ -ligand of een dopamineagonist. Beide zijn in feite even effectief, maar een $\alpha 2\delta$ - ligand heeft de voorkeur in verband met het risico op augmentatie bij de dopamineagonisten. RLS geneesmiddelen dienen zo lang mogelijk voor een operatie genomen te worden (dus tot net voor de ingreep). Behandeling met deze middelen kan tijdelijk kort worden onderbroken en na de operatie direct weer worden hervat op de dosering van voor de operatie. Dit vergt in verband met bijwerkingen op het gastro-intestinale systeem en het autonome zenuwstelsel wel extra aandacht bij hervatting van de therapie. Andere behandelopties zijn opiaten en benzodiazepines. Bij sommige RLS patiënten die epidurale of spinale anesthesie kregen is gezien dat de onwillekeurige beenbewegingen voortduren tot lang na de operatie. Dit is waarschijnlijk de reden waarom na dergelijke anesthesie tijdens de partus RLS ontstaat of voortduurt.

Geneesmiddelen die bij de behandeling van RLS effectief zijn gebleken

Dopamine agonisten:	ropinirol (Adartrel®), pramipexol (Sifrol®), rotigotine (Neupro)
Levodopa/Carbidopa:	(Sinemet®)
Opiaten:	propoxyfen, dihydrocodeïne, oxycodone, hydrocodone, tramadol, methadon, transdermale fentanyl
Anti-epileptica:	o.a. gabapentine en pregabaline
Benzodiazepines:	clonazepam (Rivotril®)

Onmiddellijk na de operatie kan rust de dwang tot bewegen verergeren. Dit kan zo ernstig zijn dat het op onrust lijkt. Omdat naast postoperatieve immobilisatie, pijn en slaapttekort en zelfs delier ook de symptomen van RLS kunnen verergeren, dient het gebruik van opiaten voor, tijdens en na de operatie overwogen te worden. Intraveneuze toediening van narcotica (morfine, fentanyl, meperidine hydrochloride, hydromorphone hydrochloride) is een keuze als orale toediening onmogelijk is. Waar nodig en klinisch aangewezen kan een intrathecale of epidurale catheter voor langer durende postoperatieve zorg overwogen worden. Voor korte periodes is subcutane apomorfine, met opioïde en dopaminerge effecten, effectief voor de RLS symptomen. Wanneer orale toediening wel mogelijk is, is levodopa (bijv. Sinemet 125-250 mg) een goede keuze, gevolgd door hervatting van de dopamine agonisten.

Op grond van klinische ervaringen, theoretische overwegingen en een beperkt aantal wetenschappelijke

onderzoeken kan gesteld worden dat een aantal geneesmiddelen die veel tijdens de operatie worden gebruikt potentieel de symptomen van RLS kunnen verergeren. Dopamine antagonist of opioïde receptor blokkers kunnen de RLS symptomen verergeren. Het is verstandig ze niet te gebruiken, in het bijzonder om en tijdens de operatie. Hieronder vallen metoclopramide en verwante middelen. Tricyclische en selectieve SSRI's kunnen RLS verergeren.

Wanneer deze middelen gecontinueerd moeten worden en postoperatief RLS ontstaat is bovenstaand beleid gewenst. In ieder geval wordt afgeraden de antidepressiva voor het eerst toe te dienen rondom een operatie.

Geneesmiddelen die niet aan RLS patiënten gegeven moeten worden

Neuroleptica: butyrofenonen, waaronder droperidol en de phenothiazines.

Tricyclische, tetracyclische selectieve SSRI antidepressiva: behalve waar die deel uitmaken van een bestaande therapie.

Opioïde antagonist: naloxon, naltrexone, Talwin NX.

Anti-emetica met dopaminerge eigenschappen: metoclopramide, HClprochlorperazine, promethazine

Antihistaminica die de bloed-hersenbarrière passeren in het bijzonder Benadryl.

Wanneer na een ingreep langdurige immobilisatie nodig is, kan RLS ontstaan of kan bestaande RLS ondragelijk worden. Goede medicamenteuze aanpak volgens de in de tabel en de daarbij behorende tekst aangegeven regels is dan dringend gewenst.