

gehouden met de leeftijd van het kind en eventuele begeleidende ziekten of andere medicatie.

Hoe gaan we om met een kind met RLS

Over het beloop van RLS die ontstaat in de kinderleeftijd is nog weinig bekend. Wel staat vast dat RLS een chronisch progressieve aandoening is met mogelijk spontane perioden van verbetering. Er zijn echter geen langlopende onderzoeken bekend waarin het al of niet voorkomen van RLS op latere leeftijd werd bekeken, wanneer op de kinderleeftijd de diagnose werd gesteld. Het is dus vooralsnog verstandig om uit te gaan van de huidige situatie, d.w.z. een kind met een chronische aandoening, waarbij er een goede kans is dat deze verdwijnt, maar waarvan dat niet zeker is. Als een kind eenmaal de diagnose RLS heeft gekregen, is het zaak om de omgeving te betrekken bij het omgaan met de ziekte. De ouders spelen daarbij natuurlijk de belangrijkste rol, zij moeten het kind emotioneel, sociaal en medisch begeleiden. Het is daarom van het grootste belang dat ouders met een kind met RLS goed worden voorgelicht over de aandoening van hun kind, de behandeling en de prognose.

In de pubertijd kan het voor een kind met RLS heel belangrijk zijn om contact met andere kinderen met RLS te hebben. De behandelend arts maar ook de meeste patiëntenorganisaties zullen hierbij kunnen helpen of adviseren.

Een belangrijk punt is ook om met de crèche of de school te bespreken wat er aan de hand is en begrip te kweken voor de ziekte die het kind heeft. Omdat RLS nog zo onbekend is, en vaak niet erg serieus wordt genomen, is dit voor het kind van zeer groot belang!



Het Restless Legs Syndroom (RLS) bij kinderen

Uit diverse bevolkingsonderzoeken is naar voren gekomen dat RLS bij kinderen veel vaker voorkomt dan algemeen bekend is. Ook in de ernstige vorm waarbij behandeling noodzakelijk is.

Als RLS op de kinderleeftijd voorkomt is er vaak sprake van een familiale vorm. Het kan zijn dat als RLS binnen families voorkomt, in de opvolgende generaties de leeftijd waarop RLS zich de eerste keer openbaart steeds lager wordt, maar een vaste regel is dit niet.

RLS bij kinderen: Niet verwarren met

- Prikkelingen door te lang in één houding zitten
- Spierpijn
- Kramp
- Onvoldoende doorbloeding (doof gevoel)
- Huidaandoeningen
- Groei pijnen

RLS

Restless Legs Syndroom

RLS

Restless Legs Syndroom



Als uw kind last heeft van rusteloze benen

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 bij kinderen

Als uw kind last heeft van rusteloze benen





RLS bij kinderen

RLS bij kinderen

RLS bij kinderen is moeilijk vast te stellen. Zeker het jonge kind kan zelf zijn klachten moeilijk onder woorden brengen en ouders weten vaak niet van RLS af, behalve als zij de klachten duidelijk herkennen omdat zijzelf RLS hebben. Het kind wordt vaak getypeerd als onrustig of zelfs lastig, hetgeen er toe leidt dat een diagnose ADHD frequent, maar dan ten onrechte wordt gesteld.

Het stellen van de diagnose RLS bij kinderen is ook voor een arts vaak niet makkelijk. De Internationale RLS Study Group (IRLSSG) heeft in 2003 ook voor kinderen een aantal specifieke criteria opgesteld om de diagnose RLS te kunnen stellen. Deze criteria zijn in september 2011 bijgesteld en in een formele vergadering van de IRLSSG aangenomen.

Algemene criteria voor het stellen van de diagnose RLS

1. Een onbedwingbare drang om de benen te bewegen, samengaand met of veroorzaakt door hoogst onaangename sensaties in de benen. Soms bestaat de drang tot bewegen zonder de onaangename sensaties, en soms behalve in de benen ook in de armen en andere lichaamsdelen.
2. De drang tot bewegen en/of de onaangename sensaties beginnen of worden erger gedurende periodes van rust of inactiviteit.
3. De drang tot bewegen en/of de onaangename sensaties worden geheel of gedeeltelijk verlicht door bewegen, zo lang die beweging duurt. (Bij zeer ernstige RLS kan het voorkomen dat bewegen geen verlichting van de klachten geeft; dit moet in een vroeger stadium wel het geval geweest zijn).

4. De drang tot bewegen en de onaangename sensaties treden op of worden erger in de avond of de nacht. (Bij zeer ernstige RLS kan het voorkomen dat de verergering van de klachten in de avond en/of nacht niet lijkt op te treden; dit moet in een vroeger stadium wel het geval geweest zijn).

5. De symptomen hebben geen andere oorzaak (te lang in één houding zitten, kramp, veelvuldig met de voet trappelen, artritis).

Speciale aandachtspunten bij de diagnose RLS bij kinderen

- Het kind moet de RLS symptomen in zijn/haar eigen woorden beschrijven.
- De arts die de diagnose stelt dient op de hoogte te zijn van de typerende omschrijvingen die kinderen en adolescenten gebruiken om RLS te beschrijven.
- Taal en kennis – en niet de leeftijd – bepalen in hoeverre de diagnostische criteria van toepassing zijn.
- Evenals bij volwassenen bestaat er een aanzienlijke invloed op slaap, stemming en functioneren. Dit uit zich vaak het meest in het gedrag en de leerprestaties.
- Periodieke beenbewegingen (PLMD) gaan in een aantal gevallen aan de diagnose vooraf. Als kinderen met RLS bij de huisarts komen wordt maar al te vaak de diagnose groeipijnen of ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) gesteld. Dit zijn echter andere aandoeningen dan RLS. Om het extra lastig te maken komt RLS vaak voor in combinatie met ADHD.

Groeipijnen

De diagnose groeipijn is moeilijk van RLS te onderscheiden omdat de symptomen op elkaar lijken en RLS zelfs een onderdeel van deze groeipijnen kan zijn. Een kind klaagt over pijn in de benen voor het slapen gaan, of kan zelfs wakker worden daardoor. Groeipijnen komen het meest voor in de kindertijd en kinderen klagen over pijn in de kuiten, de scheenbenen, of in de knieholtes. Net als bij RLS is er sprake van een zekere dag-nacht ritmiek. De meeste klachten treden laat in de middag en vroeg in de avond op. Verschil met RLS is dat de klachten niet weggaan door bewegen. Massage en wrijven, soms een pijnstiller, kunnen helpen voor Groeipijnen.

ADHD

ADHD is een veel voorkomende psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door aandachtsproblemen, impulsief gedrag en hyperactiviteit. (Zie ook www.adhd-nederland.nl). ADHD en RLS gaan vaak samen.

Het verband tussen RLS, PLMD en ADHD is niet duidelijk. Maar

- omdat RLS en PLMD bij kinderen met ADHD veel voorkomen,
- omdat ADHD bij kinderen met RLS en PLMD veel voorkomt,
- omdat zowel ADHD als RLS gekenmerkt worden door motorische onrust,
- omdat bij zowel ADHD als RLS een probleem met dopamine in de hersenen is aangetoond,
- omdat insomnie (slecht slapen) zowel bij RLS en ADHD voorkomt, is een zeker verband niet onwaarschijnlijk. Omdat de symptomen vaak verward wor-

den en een kind met RLS vaak al of niet terecht de diagnose ADHD krijgt, is dit voor artsen en ouders een belangrijk punt van aandacht!

Behandeling

Er zijn nog geen algemeen geaccepteerde internationale aanbevelingen voor de behandeling van kinderen met RLS en PLMD. De risico's van behandeling van kinderen met de nu gangbare geneesmiddelen zijn onvoldoende bekend.

Het kind goed begeleiden bij zijn slaapgewoontes is daarom van groot belang. Regelmaat bij naar bed gaan en opstaan, strak vasthouden aan bepaalde rituelen voor het slapen gaan, geen TV of spelletjes vlak voor bedtijd, geen cafeïne-houdende frisdranken, etc., kortom alle regels van goede slaaphygiëne, zoals die bij elke stoornis in slaap en waak van groot belang zijn.

Bij secundaire RLS door een andere ziekte waardoor bijvoorbeeld ijzergebrek is ontstaan, kan ijzersuppletie worden overwogen door de behandelend arts. Vergelijkende studies hiernaar bij kinderen zijn nog niet verricht.

Behandeling met medicatie is goed mogelijk. Hoewel hier geen formele onderzoeken over bekend zijn, is er in het gremium van artsen die geïnteresseerd zijn in kinder-RLS, wel een zekere overeenstemming over hoe te behandelen en welke medicamenten daarbij een rol kunnen spelen. Er is een zekere voorkeur voor gabapentine (300-600 mg, eventueel verder in opklimmende dosis) met als goede tweede een lage dosis dopamine agonisten, b.v. ropinirol (0.5-1 mg) of pramipexol (0.25-0.5 mg). Uiteraard moet bij de keuze van het medicament en het bepalen van de dosis rekening worden