



RESTLESS LEGS

Eine Informationsbroschüre
der Schweizerischen
Restless Legs Selbsthilfegruppe (SRLS)

Zusammenfassung

Das «**Restless Legs Syndrom**» (RLS) ist eine häufige, chronisch verlaufende Erkrankung, charakterisiert durch

- Bewegungsdrang mit
- unangenehmen Gefühlsstörungen und/oder unwillkürlichen Bewegungen in den Beinen und seltener in den Armen oder anderen Körperbereichen.

Typischerweise treten die Beschwerden folgenderweise in Erscheinung:

- gegen Abend oder nachts,
- beim ruhigen Sitzen oder Liegen,
- bessern beim Herumgehen oder durch andere Aktivitäten.

Die Bewegungen können im Schlaf weiterbestehen, ohne dass die Patienten dies merken. Man spricht dann von **periodischen Beinbewegungen im Schlaf** (PLMS).

Der **Schweregrad** kann sehr unterschiedlich sein. Bei leichten Formen ist der Betroffene wenig gestört, schwere Formen führen bis zur Arbeitsunfähigkeit und Selbstmordgedanken.

Als **Folge** der Gefühlsstörungen und des Bewegungsdranges entsteht

- eine Einschlaf- oder Durchschlafstörung
- und/oder eine Schläfrigkeit oder Müdigkeit am Tag.

Eine **Depression** oder eine **Angstkrankheit** ist häufig auch vorhanden.

Als **Ursache** dieser Krankheit wird

- eine familiär vererbte Störung im Gehirn oder Rückenmark vermutet (idiopathische Form),
- ev. kombiniert mit einer anderen Erkrankung (sekundäre Form).

Der **Verlauf** ist meist chronisch und die Beschwerden oft zunehmend bis ca. 50-jährig.

- Die Beschwerden können in jedem Alter auftreten, sogar in der Kindheit.

Die **Häufigkeit** wird auf 3%–10% der Bevölkerung geschätzt,

- zunehmend im Alter und häufiger bei Frauen als bei Männern.

Eine **Therapie** mit Medikamenten und anderen Massnahmen ist meistens möglich,

- aber nicht alle Patienten benötigen eine medikamentöse Behandlung.

Diagnose

Als minimale diagnostische Kriterien für das «Restless Legs Syndrom» wurden von einer internationalen Studiengruppe die untenstehenden Beschwerden definiert:

Obligatorisch

1. Bewegungsdrang der Beine oder selten der Arme, oft zusammen mit unangenehmen Gefühlsstörungen.
2. Verschlimmerung der Beschwerden in Ruhe (sitzend und liegend).
3. Zumindest vorübergehende Besserung bei Bewegung.
4. Verschlechterung der Beschwerden am Abend und in der Nacht.

Fakultativ

1. Schlafstörungen und/oder Tagesschläfrigkeit.
2. Periodische Bewegungen der Beine und Arme im Schlaf und evtl. unwillkürliche Zuckungen im Wachzustand.
3. Besserung der Beschwerden unter Therapie mit Dopamin-haltigen Medikamenten.
4. Normale Befunde bei der ärztlichen Untersuchung bei RLS-Formen ohne bekannte Ursachen (= idiopathische Form).
5. Tendenz zu Verschlechterung im mittleren Lebensalter.
6. Positive Familienanamnese (oft sind mehrere Familienmitglieder betroffen).

Sensible Störungen

Im Vordergrund stehen schwierig zu beschreibende Missempfindungen, meist in den Waden, gelegentlich auch in den Oberschenkeln oder in den Füßen und in bis zu 50% auch in den Armen. Die Missempfindungen treten meist beidseitig auf, ein Seitenüberwiegen oder ein Seitenalternieren ist jedoch möglich. Die Patienten beschreiben die Beschwerden als Kribbeln, Ziehen, Reissen, Stechen, Spannen, manchmal sogar als eigentlichen Schmerz. Wirkliche Schmerzen treten häufiger bei älteren Patienten auf und besonders, wenn die Beine aus äusserlichen Gründen nicht früh genug bewegt werden können, wie z.B. bei längeren Reisen im Flugzeug. Die RLS-Beschwerden werden in der Tiefe lokalisiert, die Schmerzen bei Polyneuropathie dagegen oberflächlich, in der Haut liegend. Viele Patienten klagen über schwere oder müde Beine oder sogar über eine Schwäche. Die Schwäche kann aber willentlich meist überwunden werden und zwingt beim Spazieren nicht zum Anhalten, wie dies bei Gefässkrankheiten der Fall ist.

Auftreten der Symptome am Abend & in Ruhe

Die Symptome treten in erster Linie am Abend beim entspannten Sitzen oder im Bett auf. Die Dauer bis zum Auftreten der Beschwerden liegt zwischen sofort und bis zu 2 Stunden nach dem Hinsetzen oder Hinlegen.



Abbildung aus «Fünftes Streich» aus «Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe» © by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Besserung bei Bewegung!

Das wichtigste Kriterium für die Abgrenzung gegenüber anderen Ursachen ist die Besserung bei Bewegung. Die Patienten sind jeweils gezwungen, aufzustehen und herumzugehen. Der Drang, die Beine zu bewegen, kann nur vorübergehend unterdrückt werden, ist aber letztlich unwiderstehlich und äussert sich dann teilweise in unwillkürlichen Beinbewegungen. Der Patient kann dann höchstens noch die Art der Bewegungen willentlich beeinflussen.

Beschwerden am Tag und nach grösseren Anstrengungen

Am Tag und bei körperlicher Aktivität sind die Beschwerden meist weniger stark ausgeprägt oder fehlen gänzlich. Sie können aber *nach* grösseren Anstrengungen sogar verstärkt auftreten.

Auslösende Faktoren

Neben der körperlichen Ruhe, welche meist mit einer sitzenden oder liegenden Position zusammenfällt, empfinden Patienten auch Müdigkeit oder Stress und seltener Kälte oder Wärme als auslösende Faktoren.

Psychische Komponente

Verschiedentlich wurde darauf hingewiesen, dass die Missempfindungen in langweiligen Situationen viel eher auftreten als bei Themen, die den Patienten oder die Patientin interessieren. Anregende Computerspiele werden sogar als Therapie empfohlen, z.B. während langer Reisen mit dem Flugzeug.

Unwillkürliche Bewegungen im Wachzustand

Häufig werden die Bewegungen von Armen und Beinen nur als Reaktion auf die sensiblen Missempfindungen interpretiert. Bei einigen Patienten stehen aber der Bewegungszwang oder unwillkürliche Zuckungen ganz im Vordergrund oder kommen sogar alleine vor, ohne sensible Missempfindungen.



Abbildung aus «Fünftter Streich» aus «Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe» © by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS)

Das RLS geht in ca. 70%–80% mit PLMS einher. Umgekehrt leidet nur ein kleiner Teil der Patienten mit PLMS auch an einem RLS. Eine Häufigkeit von mehr als 5 Bewegungen pro Stunde wird als abnorm angesehen. PLMS finden sich aber häufig (ca. 60%) bei älteren, gesunden Personen über 60 Jahren, ohne dass die Bewegungen überhaupt bemerkt werden. Bei einer Reihe von neurologischen Erkrankungen wie Schlaf-Apnoe (SAS), Narkolepsie und REM-Schlaf-Verhaltensstörung sind PLMS ebenfalls gehäuft nachweisbar. Sie sind deswegen kein Beweis für ein RLS!

«Arousals» = Weckreaktionen

Beinbewegungen werden unterteilt in solche, die mit und solche, die ohne Weckreaktionen in der Hirnstromkurve oder einer Änderung der Herzfrequenz (= Arousal) einhergehen. Es wird darüber diskutiert, ob Beinbewegungen mit «Arousals» den Schlaf mehr stören, als solche ohne «Arousals».

Tagesschläfrigkeit und Schlaflosigkeit

90% aller Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung an einer Ein- oder Durchschlafstörung. Eine störende Schläfrigkeit am Tag besteht bei weniger als der Hälfte der Patienten.

«Nacht-Wanderer»

In schweren Fällen müssen die Patienten fast die ganze Nacht herumgehen und finden erst am frühen Morgen für einige Stunden Schlaf. Deswegen nennen sich die Patienten der amerikanischen Patientenorganisation auch die «Nightwalker». Es ist dementsprechend unumgänglich, bei jeder chronischen Schlafstörung an das RLS zu denken und gezielt nach den typischen Beschwerden zu fragen.

Psychiatrische & soziale Probleme

Depression & Angstkrankheiten

Viele RLS-Patienten sind auch psychisch auffällig. Eine Depression fand sich in ca. 30–60% und Spannungskopfschmerzen in ca. 30% der RLS-Patienten. Angststörungen oder Magen-Darmbeschwerden sind ebenfalls gehäuft. Die Depression geht dem RLS nicht selten voraus, so dass diese nicht unbedingt eine Folge der chronischen Beschwerden darstellt. Es ist denkbar, dass beide Krankheiten eine verwandte Ursache haben. Schwere RLS-Beschwerden können zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führen und Selbstmordgedanken hervorrufen. Weil gewisse Antidepressiva RLS-Beschwerden verschlimmern können, muss die Wahl besonders sorgfältig getroffen werden.

Ängstlich & verschwiegen

Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen Kranken, verschweigen die RLS-Patienten häufig ihre Symptome selbst vor den engsten Angehörigen oder auch beim behandelnden Arzt. Vermutlich besteht die Angst, die ungewöhnlichen Missempfindungen gar nicht verständlich darstellen zu können und sich dabei nur lächerlich zu machen. Sobald sich die Patienten aber vom Arzt verstanden fühlen, sind sie erleichtert und berichten sehr ausführlich über die jahrelang einsam erduldeten Qualen.

Familiäre Probleme

Mehr als die Hälfte aller RLS-Patienten kennen die Symptome bereits von anderen Familienangehörigen, die über Jahrzehnte an den gleichen Beschwerden litten, ohne deren Ursache zu kennen. Es wird dann angenommen, diese Beschwerden seien in ihrer Familie «normal». Viele Betroffene haben eine lange Odyssee von Arzt zu Arzt hinter sich, während der die wahre Ursache ihrer Beschwerden nicht identifiziert wurde.

Für alle RLS-Patienten, ebenso wie für deren Angehörige, ist die Erkrankung auf Dauer zermürend. Das anhaltende Schlafdefizit fordert seinen Preis. Die Freude am Leben schwindet. Ebenso leiden ihre Partner unter dem permanenten Stress, denn die allabendliche und nächtliche Unruhe der Betroffenen stört auch sie. Die bröckelnde Lebensqualität der Erkrankten greift auch auf den Partner über.

Krankheitsverlauf

RLS-Beschwerden können in jedem Alter beginnen. Vielfach beginnen die Symptome jedoch um das 30. Lebensjahr, zunächst oft nur phasenweise und mild. Die symptomfreien Zeiträume werden zunehmend kürzer und seltener. Bei ca. 40% beginnen die Beschwerden vor dem 20. Lebensjahr und bei ca. 12% sogar vor dem 10. Lebensjahr. Allerdings sind die Beschwerden bei frühem Beginn zunächst gering ausgeprägt, und ca. 70% dieser Patienten suchen erst nach dem 40. Lebensjahr ärztlichen Rat, weil die Beschwerden nun an mehreren Tagen pro Woche oder sogar täglich auftreten.

Im Kindesalter

Bei sehr frühem Beginn sind die häufigsten Fehldiagnosen:

- «Wachstumsschmerzen» oder
- «Hyperkinetisches Syndrom» (früher auch «kindliches POS» und heute «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» oder ADHD genannt). Das sind Kinder mit starker motorischer Unruhe, die Mühe haben sich zu konzentrieren – so wie dies am Beispiel vom Zappelphilipp beschrieben wurde.



Abbildungen aus «Strubelpeter», die Geschichte vom Zappelphilipp von Dr. H. Hoffmann, © by Sigbert Mohn Verlag, Gütersloh

Bei Kindern mit diagnostiziertem ADHD wurde in 20% ein RLS nachgewiesen.

Im Erwachsenenalter

Bei ca. zwei Drittel der Patienten nehmen die Beschwerden bis zum Alter von ca. 50 Jahren eher zu und nur bei ca. 16% kommt es zu vorübergehender Besserung der Beschwerden während einiger Monate. Die Beschwerden beginnen oft einseitig oder einseitig betont in den Beinen. In ca. 30% treten sie seitenwechselnd auf und in 20% bis 50% sind auch die Arme betroffen. Im Verlaufe der Erkrankung breiten sich die Beschwerden auf andere Körperregionen aus und treten zunehmend auch unabhängig von einem Tagesrhythmus während des ganzen Tages auf.

Der früheste Zeitpunkt ihres Auftretens im Tagesverlauf kann geradezu als Gradmesser für den Schweregrad der Erkrankung verwendet werden:

Auftreten der Symptome

- nach dem zu Bett gehen: = milde Form
- ab ca. 18.00 Uhr: = mittelschwer
- vor 18.00 Uhr: = schwere Form

Ursachen

Als Ursache der Restless Legs wird eine vererbte Veranlagung vermutet, welche bei gewissen Patienten allein schon genügt, um Symptome auszulösen (= idiopathische Form). Andere Patienten, welche die gleiche Veranlagung auch besitzen, erkranken trotzdem erst dann, wenn zusätzliche Faktoren wie z.B. eine Schwangerschaft oder ein Vitamin- oder Hormonmangel, eine Polyneuropathie oder sonstige Erkrankungen hinzukommen (= sekundäre Form).

Idiopathische Form

In 30% bis 92% wird die Erkrankung familiär vererbt, mit frühem Beginn der Beschwerden. Das Risiko, mit deutlichen Beschwerden zu erkranken, liegt bei Verwandten ersten Grades bei ca. 20%, bei Verwandten zweiten Grades nur noch bei ca. 4%. Es wird zurzeit versucht, das oder die verantwortlichen Gene ausfindig zu machen. Studien an einzelnen Familien mit mehreren Generationen von betroffenen Patienten ergaben Hinweise, dass die Krankheit in späteren Generationen zunehmend früher zu Beschwerden führen kann.

Sekundäre Form

Restless-Legs-Beschwerden mit eher spätem Beginn wurden bei einer Vielzahl von Zuständen und Erkrankungen beschrieben.

Bei diesen Erkrankungen fand man ein eindeutig gehäuftes Auftreten von RLS. Die RLS-Beschwerden, die während der Schwangerschaft auftreten, bilden sich nach der Geburt des Kindes meistens spontan zurück.

RLS ist gehäuft bei:	in % der Patienten
Eisenmangel	43%
Schwangerschaft	27%
Nierenversagen	17–40%
Diabetes mellitus	7–17%
Rheumatoide Arthritis	25–30%
Polyneuropathie	5%

Polyneuropathie

Die Häufigkeit von RLS bei Polyneuropathien ist mit 5%, im Vergleich zu der Häufigkeit in einer Normalbevölkerung (2%–15%) nicht eindeutig erhöht. Deswegen ist der immer vermutete ursächliche Zusammenhang zwischen Polyneuropathie und RLS weder bewiesen noch ausgeschlossen.

Erkrankungen ohne gesicherten Zusammenhang:

Fibromyalgie-Syndrom, Vitamin-Mangel, Amyloidose, Sjögren-Syndrom, Diskushernie, Rückenmarkserkrankungen, Morbus Parkinson, REM-Schlaf-Verhaltensstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Magenresektion, Krebsleiden, Embolien, Krampfadern, Familiäres Zittern, Schilddrüsenerkrankungen, Gluten- oder Laktatunverträglichkeit.

Medikamente, welche ein RLS auslösen oder verstärken können:

Neuroleptika, Lithium, Mianserin, Beta-Blocker, gewisse Antidepressiva (v.a. Remeron®), Antikonvulsiva, Histamin-Blocker, Antiemetika (ausser Motilium®), Kalzium-Blocker, Entzug von Schlafmitteln oder von Gefäss-erweiternden Medikamenten.

Verstärkende oder auslösende Faktoren von RLS:

Zigarettenrauchen wurde in Einzelfällen als Auslöser von RLS beschrieben. In einer gezielten Studie waren aber RLS-Beschwerden unter Zigarettenrauchern nicht häufiger zu finden als unter Nichtrauchern, so dass dieser Zusammenhang nicht gesichert ist. Ein negativer Einfluss von Koffein und auch von Schokolade auf die RLS-Beschwerden wurde oft beobachtet. Die Anzahl PLMS und das Ausmass der RLS-Beschwerden sind erhöht bei vermehrtem Alkoholgenuss und zwar besonders deutlich bei Frauen.

Abgrenzen anderer Krankheiten

Polyneuropathie

Die Polyneuropathie kann die Ursache eines RLS sein. Sie kann aber auch allein ganz ähnliche Gefühlsstörungen hervorrufen. Die RLS- Beschwerden unterscheiden sich von den polyneuropathischen Schmerzen durch die deutliche Abhängigkeit von der Tageszeit, der Lokalisation in der Tiefe und durch die Besserung bei Aktivität. Bei den Polyneuropathien sind die Gefühlsstörungen meist konstant vorhanden und bessern nicht bei Bewegung. Manchmal sind elektrophysiologische Untersuchungen nötig, um die Diagnose zu bestätigen.

Eingeklemmte Nervenwurzeln, enger Spinalkanal

Vom Rücken ausstrahlende Schmerzen und Gefühlsstörungen in den Beinen treten auch auf bei eingeklemmten Nervenwurzeln. Die Beschwerden sind hier aber abhängig von der Körperposition und von der Belastung des Rückens.

Gefässerkrankungen

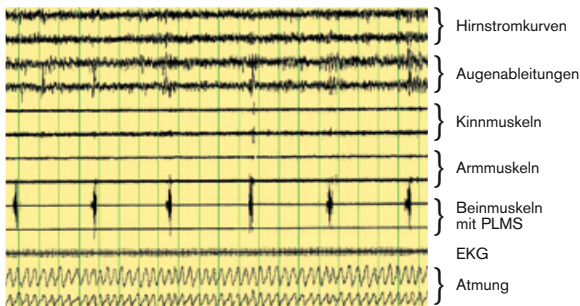
Gefässleiden, wie z.B. Krampfadern oder Arteriosklerose der Beinarterien, können ähnliche Beschwerden hervorrufen, müssen aber ganz anders behandelt werden. Bei der Arteriosklerose der Beinarterien treten die Schmerzen bei Bewegung stärker in Erscheinung. Die Patienten müssen während dem Gehen Pausen einlegen, um die Schmerzen zu lindern. Man spricht von der Schaufensterkrankheit. Bei Krampfadern bessern die Beschwerden im Liegen und mit hochgelagerten Beinen, ganz im Gegensatz zum RLS.

Nächtliche Wadenkrämpfe

Nächtliche Wadenkrämpfe (Crampi nocturni) sind sehr häufig – auch bei gesunden Personen. Diese treten im Schlaf anfallsartig auf, häufig bei einer Bewegung und werden gelindert durch Dehnen des verkrampften Muskels.

Diagnostisches Vorgehen

1. Überprüfen, ob die obligatorischen Diagnosekriterien alle erfüllt sind (Seite 1)
2. Quantifizierung der Beschwerden mittels Fragebogen (Seite 6 und 13)
3. Laboruntersuchungen: Rotes und weisses Blutbild; Elektrolyte (Na, K, Ca, Mg); Harnstoff & Kreatinin; Glukose Tagesprofil. HbA1c; Eisen und Ferritin (soll bei RLS-Patienten über 50 µg/Lit sein); Vitamin B12 & Folsäure; Schilddrüsenparameter; Schwangerschaftstest
4. ev. Polyneuropathie-Abklärung mit elektrophysiologischen Methoden und Hautbiopsie
5. ev. Polysomnographie oder Fuss-Aktimeter
6. ev. L-DOPA Test, unter welchem sich die RLS-Beschwerden bessern sollten



Die Untersuchung im Schlaflabor (Polysomnographie)

Im Schlaflabor werden während des Schlafes die Bewegungen der Beine und Arme zusammen mit der Atmung, dem Elektrokardiogramm und der Hirnstromkurve abgeleitet. Hier geht es in erster Linie darum,

eine zusätzliche Krankheit, wie z.B. das «gefährliche Schnarchen», das sogenannte Schlaf-Apnoe-Syndrom, auszuschliessen. Eine solche Krankheit könnte den Schlaf zusätzlich stören. Die Behandlung wäre natürlich eine ganz andere. Bei der gleichen Untersuchung kann der Arzt auch feststellen, wie ausgeprägt das RLS ist und wie stark die Bewegungen noch während des Schlafes in Form von PLMS weiterbestehen.

Die periodischen Beinbewegungen alleine kann man auch erfassen mit der einfacheren, ambulant durchführbaren Fuss-Aktigraphie. Der Patient trägt je ein Aktimeter an jedem Fuss, während ca. drei Nächten. Mit dieser Methode kann allerdings nicht unterschieden werden zwischen periodischen Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) und solchen im Wachzustand.

Therapie

Ursächliche Behandlung

Assoziierte Erkrankungen müssen spezifisch behandelt werden. Bei Nierenversagen wirkt die Nierentransplantation besser gegen die RLS-Beschwerden als die Blutwäsche (Dialyse). Bei vorübergehendem RLS während der Schwangerschaft raten Experten von einer Behandlung mit Medikamenten wegen der Gefahr für das Kind ab. In schweren Fällen kann aber notfalls auch medikamentös behandelt werden. Der Eisenspiegel und der Ferritin-Wert soll bei jedem Patienten im Blut kontrolliert werden. Ein Versuch mit Eisenpräparaten ist schon dann sinnvoll, wenn der Ferritinwert noch normal ist, aber unter 50 µg/Lit. liegt. Rheumatische Krankheiten, eine Nervenentzündung (Polyneuropathie) oder ein Parkinson-Syndrom sollten erkannt werden, damit eine spezifische Therapie durchgeführt werden kann.

Symptomatische Behandlung

Häufig wird keine klare Ursache des RLS gefunden, und dann ist eine Heilung nicht möglich. Wann man mit einer rein symptomatischen Therapie mit Medikamenten beginnt, hängt vom individuellen Leidensdruck des Patienten ab.

Nicht medikamentöse Behandlungsversuche, wie Bewegung der Gliedmassen vor dem Schlafengehen, warme oder kalte Bäder, Massagen oder Dehnungsübungen, werden von den meisten Patienten über viele Jahre selbständig ausprobiert. Auch eine anregende geistige Aktivität (Kreuzworträtsel lösen, Computer-Spiele) lindert die Beschwerden. Meist genügen diese Massnahmen allein aber auf die Dauer nicht. Bestimmte Medikamente (Neuroleptika, Mittel gegen Reisekrankheiten, gewisse Antidepressiva) und Genussmittel (Kaffee, Alkohol, Nikotin, Schokolade) können ein RLS verschlechtern und sollten dann vermieden werden.

L-Dopa und Dopamin-Agonisten

(fettgedruckte Präparate sind kassenpflichtig)

Dopaminerge Substanzen gehören zu den Mitteln der ersten Wahl. Meistens werden die Dopaminagonisten Pramipexol (**Sifrol**[®]), oder Ropinirol (**Adartrel**[®] oder Requip[®]) verwendet, insbesondere wenn die Beschwerden täglich oder schon vor ca. 18.00 Uhr auftreten. Das **Neupro-Pflaster**[®] hat den grossen Vorteil einer anhaltenden Wirkung über 24 Stunden und vermutlich ein geringeres Augmentations-Risiko, aber den Nachteil häufiger Hautreizungen. Das länger wirkende Sifrol ER[®] und das Requip-Modutab[®] haben wahrscheinlich auch ein geringeres Augmentations Risiko, sind aber nicht kassenpflichtig.

L-Dopa (**Madopar DR**[®] oder Sinemet CR[®]) wird heute nur noch bei leichten RLS-Formen eingesetzt, v.a. wenn die Beschwerden nicht jeden Tag oder nur

spät abends auftreten. Eine Tages-Dosis von ca. 250 mg sollte man grundsätzlich nicht überschreiten. Die Ergotamin- wirksamen Dopaminagonisten Pergolide (Permax®) und Cabergoline (Cabaser®) werden heute, wegen der Gefahr von Lungen- und Herzklappenfibrosen, nur noch in seltenen Fällen eingesetzt.

Die Patienten müssen über die **Nebenwirkungen** der Medikamente genau informiert werden. Die wichtigste Nebenwirkung aller Dopaminpräparate ist die **Augmentation**. Darunter versteht man das Auftreten der Beschwerden zu einer früheren Tageszeit, die Ausbreitung auf andere Körperteile oder eine Verstärkung der Symptome unter der Behandlung. Dies macht einen Wechsel auf andere Präparate nötig. Unwohlsein oder gar Erbrechen muss gelegentlich mit einem zusätzlichen Medikament (Motilium®) behandelt werden, wenn es nicht genügt, die RLS-Tabletten mit dem Essen einzunehmen oder die Dosis sehr langsam zu steigern. Viele RLS Medikamente können eine Schläfrigkeit verursachen, was beim Autofahren beachtet werden muss. Dopamin gilt als «Glückshormon» und kann somit zu ungewöhnlichen Süchten (Spielsucht, Kaufsucht, Sex-Sucht etc.) führen.

Alpha-Delta-Liganden

Pregabalin (Lyrica®) sowie Gabapentin (Neurontin®) werden bei gleichzeitig bestehender Angststörung bzw. bei schmerzhafter Form des RLS zunehmend als Mittel erster Wahl eingesetzt und führen nicht zur Augmentation. Nebenwirkungen sind Müdigkeit, Übelkeit und Gewichtszunahme.

Benzodiazepine & Antidepressiva

Rivotril® vermindert die Schlafstörungen, indem es die Schwelle für Weckreaktionen erhöht. Eine Nebenwirkung ist die Schläfrigkeit und bei älteren Patienten die erhöhte Gefahr von nächtlichen Stürzen. Es kann auch mit dopaminergen Präparaten kombiniert werden. Die Antidepressiva Cymbalta® und Wellbutrin® sind geeignet bei schmerzhaftem RLS bzw. bei der Assoziation mit Depression.

Opiate

Wenn Patienten mit schweren Ausprägungen von RLS nicht oder nicht ausreichend auf die dopaminerge Behandlung ansprechen oder diese nicht vertragen, kommt eine Behandlung mit Opiaten in Frage. Das Risiko einer eigentlichen Suchtentwicklung bei Opiat-Therapie des RLS ist ausgesprochen klein, eine Gewöhnung ist aber nicht selten.

Spezielle Therapieformen

Vereinzelt wurde über einen positiven Effekt von Elektro-Neuro-Stimulation über die Haut im betroffenen Gebiet (TENS) oder sogar bei cranialer Elektrostimulation des Gehirns berichtet.

Selbsthilfeorganisationen

Das Gespräch und der Informationsaustausch mit gleichermassen Betroffenen bedeutet für viele RLS-Patienten eine wertvolle Unterstützung im täglichen Leben. Der Hinweis des Arztes auf RLS-Selbsthilfegruppen ist für sie daher von unschätzbarem Wert. In der Schweiz bestehen in vielen grösseren Orten regionale RLS-Selbsthilfegruppen. Die Adressen der Regionalgruppen-Leiter und -Leiterinnen und ein Diskussionsforum unter Betroffenen finden Sie auf unserer WEB Seite www.restless-legs.ch.

Ihre Ansprechpartner sind:

Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe (SRLS)

Unsere Adresse:



Ärztlicher Beirat:

Prof. Dr. J. Mathis

Schlaf-Wach-Zentrum des Inselspitals

Leitender Arzt Neurologische Universitätsklinik

Inselspital · 3010 Bern

Telefon: 031 632 30 54

E-Mail: johannes.mathis@belponline.ch

Spenden können einbezahlt werden auf

Obwaldner Kantonalbank · 6061 Sarnen 1

PC 60-9-9

KtNr. 01-30-533731-01

IBAN CH48 0078 0013 0533 7310 1

Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe

8000 Zürich

WEB-Seite der SRLS: **www.restless-legs.ch**

Hier finden Sie weitere «Links» und Informationsmaterial, aber auch Hinweise zu aktuellen Anlässen.

Fragebogen für Schweregrad des RLS

Der Patient soll anhand dieser zehn Fragen die Symptome seines RLS bewerten.

Der Examinator darf keinen Einfluss auf die Bewertung des Patienten haben, sollte ihm aber bei Fragen zur Verfügung stehen.

Name des Patienten: _____

Datum: _____

1. Als wie stark würden Sie das Unbehagen des RLS in den Beinen oder den Armen bezeichnen?

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein

2. Wie gross ist Ihr Bedürfnis, sich zu bewegen wegen der unruhigen Beine?

(4) sehr gross (3) gross (2) mittel (1) schwach (0) kein

3. Wie stark bessert sich das Unbehagen Ihrer Beine oder Arme, wenn Sie umhergehen?

(4) keine Besserung (3) leichte Besserung (2) mittlere Besserung
 (1) vollständige oder fast vollständige Besserung (0) kein RLS, Frage nicht relevant

4. Wie stark ist Ihr Schlaf durch die unruhigen Beine gestört?

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein

5. Wie stark ist Ihre Müdigkeit oder Schläfrigkeit wegen des RLS?

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein

6. Wie schwerwiegend ist Ihr Syndrom der unruhigen Beine als Ganzes?

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein

7. Wie oft haben Sie die RLS-Symptome?

(4) 6–7 Tage pro Woche (3) 4–5 Tage pro Woche (2) 2–3 Tage
 (1) 1 Tag pro Woche (0) nie

8. Wenn Sie RLS-Symptome haben, wie lange dauern diese Symptome an einem durchschnittlichen Tag?

(4) 8 Stunden pro Tag oder mehr (3) 3–8 Stunden pro Tag
 (2) 1–3 Stunden pro Tag (1) weniger als 1 Stunde pro Tag (0) gar nicht

9. Wie gross sind die Auswirkungen der unruhigen Beine auf die Verrichtung der täglichen Arbeiten in Familie, Haushalt, Schule und Beruf?

(4) sehr gross (3) gross (2) mittel (1) schwach (0) kein

10. Wie stark beeinflussen die unruhigen Beine Ihre Stimmungslage (z.B. wütend, depressiv, traurig, ängstlich, empfindlich)?

(4) sehr stark (3) stark (2) mittel (1) schwach (0) kein

Total Punkte: _____

Die Bewertung des Schweregrades der Beschwerden erfolgt nach dem folgenden Schlüssel:

sehr schwer = 31–40 Punkte

schwer = 21–30 Punkte

mittel = 11–20 Punkte

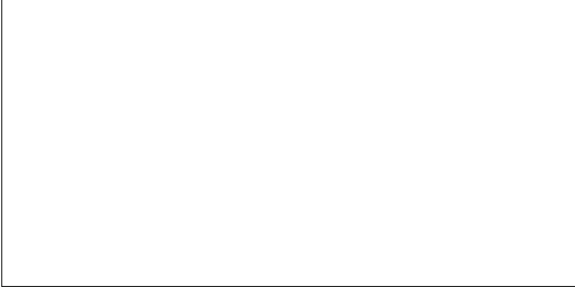
leicht = 1–10 Punkte

kein = 0 Punkte



Unter dem Patronat der Schweizerischen Gesellschaft für
Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC).

Diese Broschüre wurde Ihnen überreicht von:



Herausgegeben von der Schweizerischen Restless Legs Selbsthilfegruppe
(SRLS) mit freundlicher Unterstützung von



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**