

Wenn unruhige Beine die Nachtruhe stören: Das Restless-legs Syndrom

Das Restless-legs Syndrom tritt mit einer typischen und leicht explorierbaren Symptomatik auf: Nach dem abendlichen Zubettgehen kommt es zu unangenehmen Schmerzempfindungen in der Tiefe der Waden, die durch Willkürbewegung der Beine verbessert werden. Gestörter Schlaf, depressive Syndrome und kognitive Störungen können die Folge sein.

Karl Axel Eckbom, ein schwedischer Neurologe, beschrieb 1945 das „Syndrom der unruhigen Beine“, heute unter dem anglo-amerikanischen Namen „Restless-legs Syndrom“ (RLS) bekannt. Die Prävalenz des RLS wird auf 5 bis 10% in der Gesamtbevölkerung geschätzt, über 65-Jährige sind mit über 10% betroffen – Frauen doppelt so häufig wie Männer. RLS kann in allen Lebensphasen neu auftreten, beginnt jedoch häufig im frühen Erwachsenenalter. Über 10% der Patienten beklagen bereits im Kindesalter erste Beschwerden.

■ DEPRESSIONEN KÖNNEN DIE FOLGE SEIN

Die Diagnose RLS lässt sich meistens klinisch stellen. Nach dem abendlichen Zubettgehen treten schmerzhaft Missempfindungen in der Tiefe der Waden auf. Die Schmerzqualität ist schwer charakterisierbar und führt typischerweise zu unscharfen und zögerlichen Beschrei-

bungen der Betroffenen. Die Missempfindungen nehmen zumeist einen unerträglichen Charakter an und lindern sich unter willkürlichen Bewegungen der Beine, die zum Namen des Syndroms führen. Bei schwerer Ausprägung der Erkrankung treten die Missempfindungen bereits tagsüber in Ruhezuständen auf. So ist für die Betroffenen eine längere Reise häufig ein unüberwindliches Problem. In schweren Fällen können die Missempfindungen vom Wadenbereich auf das ganze Bein oder sogar die Arme übergreifen.

Die Beschwerden führen zu erheblichen Störungen beim Ein- und Durchschlafen, die Schlafarchitektur ist insgesamt deutlich gestört. In der Folge treten depressive Syndrome oder deutliche Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit bis hin zu leichten Demenzsyndromen auf. Aufgrund des chronischen Verlaufs ist die Suizidalität deutlich erhöht.

Das Restless-legs Syndrom ist häufig mit einer anderen motorischen Erkrankung des Schlafes vergesellschaftet, den „Periodischen Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf“ (PLMD). Bei diesem Syndrom treten nach dem Einschlafen rezidivierend Dorsalflexionen im Fußgelenk auf, die zu Aufwachreaktionen führen.

Zahllose Selbsttherapieversuche der Patienten gehören zum klinischen Bild des RLS. Neben nächtlichem Umherwandern werden verschiedene Einreibungen, Wechselbäder etc. beschrieben, die nur selten zu einer wenigstens leichten Besserung führen.

■ MULTIPLE URSACHEN

Die Pathophysiologie des RLS ist weitestgehend unbekannt. Aufgrund des häufig guten Ansprechens auf dopaminerge Medikation ist ein Defekt im dopaminergen System zu vermuten. RLS kann familiär gehäuft auftreten, ein autosomal dominanter Erbgang wird angenommen.

Die Erkrankung kann primär (idiopathisch) oder sekundär als Folge einer zumeist internistischen Grunderkrankung oder bei Schwangerschaft auftreten. Die häufigste Ursache eines sekundären RLS ist eine Niereninsuffizienz. Etwa 40% der Patienten mit Urämie zeigen Beschwerden. Das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom geht ebenfalls häufig mit einem RLS einher. Weitere Ursachen eines sekundären RLS sind im Kasten rechts oben aufgeführt.

Meist ist das RLS über die Anamnese sicher diagnostizierbar. Der neurologische Untersuchungsbefund ist in der Regel unauffällig. Gelegentlich ist die Abgrenzung zur Polyneuropathie schwierig. Auch radikuläre Reizsyndrome, nächtliche Wadenkrämpfe, Muskelfaszikulationen oder extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen bei Neurolepti-

SYMPTOMATIK DES RESTLESS-LEGS SYNDROM

- Schwer charakterisierbare schmerzhaft Missempfindungen im Bereich der Waden, in schweren Fällen auch mit erweiterter Lokalisation.
- Willkürliche Bewegung der Beine zur Erleichterung der quälenden Missempfindungen.
- Auftreten der Beschwerden ausschließlich in Ruhe.
- Circadiane Rhythmik: Schwerpunkt der Symptomatik in den Abendstunden und der ersten Nachthälfte unabhängig vom Schlafen.

HÄUFIGE URSACHEN BEI RLS

- Niereninsuffizienz
- Eisenmangelanämie
- Folsäuremangel
- Schwangerschaft
- Medikation mit
 - Dopaminantagonisten
 - Metoclopramid
 - klassischen Antidepressiva
 - atypischen Neuroleptika
 - H2-Blockern

ka-Therapie kommen in Frage. Zum Ausschluss eines sekundären Restless-legs Syndrom empfiehlt sich eine entsprechende Labordiagnostik (Nierenretentionswerte, Eisen, Folsäure). Eine Polysomnographie in einem Schlaflabor ist nur dann indiziert, wenn (1) aufgrund von Anamnese und Zusatzdiagnostik keine sichere Diagnose zu stellen ist, (2) Therapieversagen besteht, (3) eine Komorbidität mit anderen Erkrankungen des Schlafs (z.B. obstruktives Schlafapnoe-Syndrom) zu vermuten ist, (4) eine Dauermedikation bei jungen Erwachsenen oder Kindern durchgeführt werden soll oder (5) bei gutachterlichen Fragen.

■ GUTE THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Das Restless-legs Syndrom lässt sich zumeist gut behandeln. Während das primäre RLS häufig chronisch verläuft, ist beim sekundären RLS eine Vollremission nach erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung zu erwarten. Bei persistierender Symptomatik oder bei primärem RLS sind dopaminerge Substanzen die erste Wahl. Die Standardtherapie bei leichtem bis mittelschwerem RLS besteht in einer Einmalgabe von 50 bis 200 mg L-Dopa 30 Minuten vor dem Einschlafen. Sollte nach einem mehrstündigen beschwerdefreien Intervall erneut eine Symptomatik auftreten, ist zusätzlich 100 bis 200 mg L-Dopa in retardierter Form zu ergänzen.

Bei fehlender Wirksamkeit oder schwer ausgeprägter Symptomatik sind Dopaminagonisten einzusetzen, wie z. B. Cabergolin, Bromocriptin oder Pergolid. Weitere Therapiemöglichkeiten sind die Antikonvulsiva Carbamazepin oder Gabapentin. Clonazepam wird z. B. bei Schwangeren mit einer zwingenden Therapieindikation eingesetzt. Verschiedene weitere Substanzen mit teilweise günstigem Nebenwirkungsprofil sind in Erprobung. So zeigte sich beispielsweise die abendliche Gabe von Magnesium als hilfreich. Untersuchungen aus neuester Zeit zeigen eindeutig, dass die mit dem RLS vergesellschafteten Symptome in Abhängigkeit von endogen generierten so genannten circadianen Rhythmen stehen. Der Einsatz von Chronobiotika wie Lichttherapie oder Melatonin haben sich im Einzelfall als wirksam erwiesen, sind jedoch bisher wenig untersucht.

Bei Therapieversagen oder Kontraindikationen gegen dopaminerge Substanzen stehen Opioide als Therapie der 2. Wahl zur Verfügung. Hier ist die

Wirksamkeit von Tramadol oder Tilidin belegt. Der längerfristige Einsatz von Opioiden ist durch die eingeschränkte Verträglichkeit limitiert. Insbesondere bei jungen Patienten mit zu vermutenden langen Behandlungszeiten müssen zuvor die übrigen Therapieoptionen ausgeschöpft werden.

Als Behandlungskomplikation kann eine sogenannte „daytime augmentation“ auftreten. Hierbei kommt es zu einem zeitlich vorgezogenem Beginn und zu einer Intensivierung der Beschwerden. Sollte ein Vorziehen der Medikation nicht hilfreich sein, muss schnell über einen Therapiewechsel nachgedacht werden.

In Deutschland gibt es eine sehr aktive Betroffenenorganisation: Die Deutsche Restless Legs Vereinigung, im Internet unter www.restless-legs.org.

■ *Dr. med. Richard Mahlberg,
Psychiatrische Universitätsklinik der
Charité im St. Hedwig Krankenhaus.
e-Mail: richard.mahlberg@charite.de*

THERAPIE DES RESTLESS-LEGS-SYNDROM

1. Ausschluss eines sekundären Restless-legs Syndrom; ggf. Therapie der Grunderkrankung
2. Dopaminerge Stimulation (1. Wahl)
 - L-Dopa (und Carbidopa) 50 bis 200 mg
 - evtl. zusätzlich L-Dopa in retardierter Form 100 bis 200 mg
 - bei nicht ausreichender Wirksamkeit oder schwerer Symptomatik Dopamin-Agonisten
 - Pergolid 0,025 bis 0,5 mg,
 - Bromocriptin 2,5 bis 7,5 mg,
 - Cabergolin 0,5 bis 2 mg
3. Bei Kontraindikation oder Wirkungslosigkeit der vorgenannten Substanzen:
 - Carbamazepin 150 bis 600 mg
 - Gabapentin 300 bis 1800 mg
 - Clonazepam 0,25 bis 2,0 mg
 - Magnesium
 - Melatonin 3 mg um 21:00
4. Opioide (2. Wahl)
 - Tramadol 50 bis 300 mg oder Tilidin 25 bis 50 mg
 - bei nicht ausreichender Wirkdauer oder schwerem RLS: Dehydrocodein 40 bis 80 mg