

12.000 Patienten mit schwerem RLS in Österreich

Epidemiologische Daten legen dar, dass rund zehn Prozent der Bevölkerung die Kriterien für ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) erfüllen. Rund 12.000 Patienten in Österreich sind deutlich betroffen und leiden unter einem sehr schweren RLS. Über die Diagnose und die Möglichkeiten der (neuen) medikamentösen Therapien sprach PERISKOP mit ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl, Leiterin der Ambulanz für Schlafstörungen an der Univ.-Klinik für Neurologie an der Medizinischen Universität Innsbruck, sowie Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Stefan Seidel, Leiter der Ambulanz für Schlafstörungen und schlafassoziierte Störungen der Univ.-Klinik für Neurologie, MedUni Wien. Beide sind Experten für die Behandlung von RLS-Patienten.

Von Mag. (FH) Martina Dick

Wichtige Fortschritte in der medikamentösen Therapie

Interview mit ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Högl

P: Welche Faktoren müssen für die Diagnose eines RLS gegeben sein?

Högl: Es gibt vier definierte Haupt- oder Minimal Kriterien, die für die Diagnose RLS vorliegen müssen. Das sind Bewegungsdrang, begleitet von Missempfindungen (schwer zu beschreiben, oft ziehend) in den Beinen, eventuell auch in den Armen, das Auftreten und/oder die Verstärkung der Krankheitszeichen in Ruhe, die Besserung der Beschwerden bei Bewegung bzw. zumindest, solange diese anhält, und eine Verstärkung der Symptome am Abend bzw. in der Nacht.

P: Ist zur Diagnose eines RLS-Syndroms die Untersuchung im Schlaflabor notwendig?

Högl: Primär nein, es ist nicht zwingend, ins Schlaflabor zu gehen. Essenziell für die Diagnose des RLS ist die Erhebung der Krankengeschichte, um das Vorhandensein der vier Minimal Kriterien zu prüfen. Das Schlaflabor braucht man, wenn mehrere Arten von Schlafstörungen vorliegen und man den Anteil der periodischen Beinbewegungen an diesen abklären möchte, um die Diagnose zu stützen. Eine Polysomnographie wird auch durchgeführt, um andere Erkrankungen, die den Schlaf beeinträchtigen (z. B. Schlafapnoe), zu erkennen.

P: Welche unterschiedlichen Ausprägungen kann ein RLS aufweisen und wie hoch sind die Zahlen der Betroffenen in Österreich?

Högl: Aktuell ist davon auszugehen, dass bis zu zehn Prozent der Bevölkerung die richtigen Kriterien für RLS erfüllen, aber nur zwei bis drei Prozent behandlungsbedürftig sind. Eine Unterscheidung der Ausprägung nimmt man vor, indem man von einem behandlungsbedürftigen RLS spricht. Im Englischen wird der Ausdruck „bothersomeness“ verwendet, mit dem beschrieben wird, als wie „lästig“ der Patient die Symptome empfindet. Die Entscheidung der Einstufung wird gemeinsam mit dem Arzt getroffen. Besonders häufig treten die schweren RLS-Fälle unter jenen auf, die bereits lange behandelt werden, Stichwort Augmentation.

Diagnose: klar definiert

P: Wie verläuft der Weg zur Diagnose?

Högl: RLS ist häufig anzutreffen und so können in praktisch fast jeder medizinischen Fachrichtung RLS-Patienten vorgestellt werden. Es betrifft u. a. die Neurologen, die Allgemeinmediziner, die Psychiater, die Schlafmediziner, die Gynäkologen, die Rheumatologen etc. Die Hauptsache ist also, überhaupt daran zu denken und bei jedem Patienten, der mit Symptomen in den Beinen oder mit Schlafstörungen vorstellig wird, gezielt danach zu fragen. RLS ist eine neurologische Erkrankung, deren Diagnose viel Zeit erfordert. Die Kriterien sind für Mediziner aller Fachrichtungen gut einsehbar. Wenn sich also ein Allgemeinmediziner die notwendige Zeit nehmen kann, um die wesentlichen Fragen zu stellen und Ähnliches auszuschließen, ist die Diagnose auch beim Allgemeinmediziner machbar. Bei schwierigen Fragestellungen oder schwierigen Differenzialdiagnosen sollte der Weg zum Neurologen führen, wenn angezeigt, zusätzlich in ein Schlaflabor. An der Innsbrucker Univ.-Klinik für Neurologie verfügen wir über eine Spezialambulanz für Schlafstörungen und ein Schlaflabor, die alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei RLS bieten. 2014 wurden wir von der „Willis-Ekbom Disease Foundation“ als erstes Zentrum außerhalb der USA als Quality Care Center (QCC) für das RLS ausgezeichnet.

Neue Studie zu Opioiden

P: Welche Formen der Behandlung sind zugänglich, wie unterscheiden sie sich und inwieweit wird aktuell an neuen Therapien geforscht?

Högl: In den letzten Jahren gab es einige wichtige Entwicklungen bei den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für RLS. Die dopaminerge Behandlung ist am längsten entwickelt und am besten untersucht und wird bei Bedarf als erste Wahl eingesetzt. Allerdings kann es zu einer Augmentation – einem verstärkten Auftreten der Beschwerden – kommen. Dann sollte die Dosis nicht gesteigert oder erhöht werden. Eine bekannte Nebenwirkung sind Impulskontrollstörungen.

Eine zweite Gruppe an Medikamenten, die zunehmend Bedeutung in der RLS-Behandlung gewinnt, sind Opioide. Sie sind bereits lange bekannt und Berichte haben über die Jahre immer wieder gezeigt, dass gerade Patienten mit schwerem RLS, die sonst kaum zu behandeln waren, gut darauf ansprechen. Allerdings gab es nur unzulängliche Evidenz. Dies wurde 2013 mit einer multizentrischen, randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie geändert. Die zwölfwöchige Studie hat die Patienten auch danach noch knapp ein Jahr lang begleitet. Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die schwer bis sehr schwer betroffen waren und bei denen die dopaminerge Therapie versagt hat, auch in der 40-wöchigen Extensionsphase gut respondiert haben. Erprobt wurde ein starkes Opioid in Retardform. Die Verfügbarkeit einer Second-Line-Therapie ist von großer Bedeutung. Da das RLS den Patienten den Rest des Lebens begleitet, ist es wichtig, Therapien zu haben, die über einen langen Zeitraum greifen. Eine dritte Möglichkeit sind Alpha-2-Delta-Liganden, die auch in der Behandlung von bestimmten Schmerzsyndromen eingesetzt werden und in der Behandlung von RLS eine gewisse Wirkung gezeigt haben. Man kann also zwischen verschiedenen Substanzgruppen wählen, wenn nötig eine Kombination anwenden oder umsteigen.

Frauenkrankheit RLS

Interview mit Ass.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Stefan Seidel

P: Wer ist hauptsächlich von RLS betroffen und wie wirkt es sich auf den Alltag, die Psyche und das Berufsleben aus?

Seidel: Betroffen sind zu zwei Dritteln Frauen, zu einem Drittel Männer. Bei den schweren RLS-Fällen sprechen wir von bis zu 12.000 Personen in Österreich. Aus unterschiedlichen Studien weiß man, dass RLS unterdiagnostiziert ist. Die Beschwerden eines RLS, die mit Schlafstörungen einhergehen, haben massive Auswirkungen auf das

körperliche Wohlbefinden und die Psyche der Patienten. Da die Symptome vor allem abends und nachts auftreten, leiden die Betroffenen häufig an Schlafstörungen, die zu Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen und Erschöpfungszuständen führen können. Zudem sind Patienten mit ausgeprägtem RLS oft nicht in der Lage, in alltäglichen Situationen wie einer Besprechung im Büro oder bei einem Kinobesuch ruhig sitzen zu bleiben. Die mit der Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen vermindern die Lebensqualität signifikant und können die Betroffenen bis zur Arbeitsunfähigkeit und sozialen Isolation führen.

P: Welche Unterstützung verwenden Sie zur Diagnose eines RLS?

Seidel: Zusätzlich zu den vier Minimal Kriterien eines RLS arbeiten wir am AKH mit IRLSSG – einem Fragebogen der International Restless Legs Syndrome Study Group. Wichtig ist dabei, dass dieser nicht vom Patienten alleine ausgefüllt wird, sondern – um eine genaue Diagnose zu erhalten – vom Arzt im Rahmen eines ausführlichen Anamnesegesprächs gemeinsam mit ihm. In diesem Gespräch geht es neben den primären Beschwerden, die ein RLS verursacht, auch um die Auswirkungen auf das Leben, die Psyche und den Alltag. Ab einem Punktescore von über 30 spricht man von einem sehr schweren RLS (12.000 Patienten in Österreich), die zur Behandlung ihres RLS ein spezialisiertes Zentrum wie z. B. die Schlafambulanz der Universitätsklinik für Neurologie an der MedUni Wien benötigen.

IRLS – International RLS Severity Scale

Validierter Fragebogen zur Abklärung des Schweregrades und der RLS-bedingten Einschränkungen – durch den Arzt gemeinsam mit dem Patienten.

- ▶ 10 Fragen zu Schweregrad
- ▶ 5 Antwortmöglichkeiten pro Frage (0 bis 4 Punkte)
- ▶ Die Gesamtpunktezahl klassifiziert den Schweregrad

0 bis 10 Punkte: leichtes RLS
11 bis 20 Punkte: moderates RLS
21 bis 30 Punkte: schweres RLS
31 bis 40 Punkte: sehr schweres RLS (rund 12.000 Patienten in Österreich)

Walters AS on behalf of the International Restless Legs Syndrome Study Group. Sleep Med 2003;4:121-32

Behandlungspfad: Vom Allgemeinmediziner zum Neurologen

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident AM PLUS / Arzt für Allgemeinmedizin

„Der Hausarzt ist in vielen Fällen die erste Anlaufstelle bei unklaren Beschwerden in den Beinen und bei Schlafstörungen. Die Abklärung, ob es sich dabei um ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) handelt, kann über vier bekannte und vielfach in der medizinischen Literatur beschriebene Minimal Kriterien auch beim Hausarzt erfolgen, der dann in vielen Fällen mit der First-Line-Therapie beginnen kann. Bei Unklarheiten oder beim Verdacht auf ein schweres RLS erfolgt die Überweisung zum RLS-Experten, dem Neurologen. Wichtig ist in jedem Fall, egal ob die Therapie beim Allgemeinmediziner oder beim Neurologen begonnen wird, dass der Patient regelmäßig vom Hausarzt und in größeren Abständen vom Neurologen kontrolliert wird und dabei neben der Überprüfung der Wirksamkeit der Medikation auch auf allfällige Nebenwirkungen und Interaktionen bei Polypharmazie geachtet wird.“

P: Welche Möglichkeiten der Linderung eines RLS gibt es außerhalb der medikamentösen Behandlung?

Seidel: Wie es die meisten Patienten teils unbewusst schon machen, indem sie ihre Beschwerden möglichst viel durch Bewegung lindern. Da es unmöglich ist, ständig in Bewegung zu bleiben, verhilft in mildereren Fällen gezielte physikalische Therapie zur Linderung. Gerade die durch hartnäckige Schlafstörungen erschöpften und verzweifelten Patienten sehnen sich nach Entspannung. Durch Massagen und Bürsten der Beine und kalte Fußbäder wird dem Rückenmark ein neuer Reiz signalisiert, der die RLS-typischen Missempfindungen etwas blockiert. Auch mit Schwimmen oder Fahrradfahren, also Bewegungen, die die unteren Extremitäten beanspruchen, haben viele Patienten gute Erfahrungen gemacht. Allgemeine Maßnahmen, die positiv auf die Schlafhygiene wirken, wären das Vermeiden RLS-verstärkender Faktoren (vor allem kurz vor dem Schlafengehen) wie z. B. Kaffee, Alkohol, Wärme, schwere körperliche Arbeit, Stress – diese Maßnahmen können bei leichteren Formen des RLS hilfreich sein.

P: Was hat Eisenmangel mit RLS zu tun?

Seidel: Eisen erfüllt drei wichtige Funktionen: Zum einen transportiert es als Bestandteil des Hämoglobins den Sauerstoff im Blut von der Lunge ins Gewebe. Es ist jedoch auch für die Energiegewinnung der Zellen notwendig. Daher kann ein Eisenmangel – auch ohne Blutarmut – zu Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Leistungsmangel führen. Drittens benötigen wir Eisen für die Herstellung von Dopamin. Fehlt dem Körper Eisen, dann wird auch zu wenig Dopamin gebildet. Die Folge kann ein RLS sein oder eine Verstärkung der RLS-Symptome beinhalten. Es ist darauf zu achten, dass der Eisenspeicherwert Ferritin über 50 ng/ml liegt, was gegebenenfalls

mit einer Eiseneinnahme erzielt werden kann. Falls extrem niedrige Eisenwerte gemessen werden, kann Eisen auch als intravenöse Infusion gegeben werden.

P: Sie haben den Zusammenhang von Migräne und RLS bei Kindern und Jugendlichen untersucht – worin liegt er?

Seidel: 2012 konnten wir, eine Forschungsgruppe der MedUni Wien am AKH, im Rahmen einer Studie einen Zusammenhang zwischen dem RLS und Migräne bei Kindern und Jugendlichen nachweisen. An Migräne leiden rund fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen. Jedes fünfte dieser Kinder hat außerdem auch noch ein RLS. Die Ursache sehen wir in den durch das RLS verursachten, teils massiven Schlafstörungen. Es ist bekannt, dass Migräne selbst zu Schlafstörungen führt. Bekannt ist aber auch, dass spezielle Schlafstörungen – wie zum Beispiel das RLS – die Einschlaf latenz verlängern, den Nachtschlaf deutlich fragmentieren, vor allem wenn im Schlaf so genannte periodische Beinbewegungen auftreten und damit die Migränesymptomatik verstärken.

P: Was gilt es dabei zu beachten?

Seidel: Bei Kindern und Jugendlichen empfehlen wir einfache Verhaltensregeln, eine zugelassene medikamentöse Therapie gibt es für diese Patientengruppe nicht. Essenziell ist vor allem eine ausreichende Schlafhygiene. Das bedeutet, natürlich abhängig vom Alter der jungen Patienten, den Verzicht auf Zigaretten, Alkohol oder schweres Essen vor dem Schlafengehen. Auch TV, Handy und PC sollten in der Zeit vor dem Schlafengehen tabu sein. Außerdem ist ein ausreichend langer Nachtschlaf wichtig. Zusätzlich untersuchen wir – wie auch bei Erwachsenen –, ob ein Eisenmangel, eine Nierenfunktions Einschränkung, eine Schilddrüsensyndromfunktion bzw. ein Mangel an Vitamin B12 oder Folsäure vorliegt, und behandeln das gegebenenfalls.



Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Stefan Seidel, Leiter der Ambulanz für Schlafstörungen und schlafassoziierte Störungen der Univ.-Klinik für Neurologie, MedUni Wien

ausreichende Menge Schlaf, um sich am nächsten Morgen körperlich und geistig frisch zu fühlen. Eine Störung liegt dann vor, wenn der Nachtschlaf über längere Zeit (i. e. über mehr als drei Monate) quantitativ und/oder qualitativ gestört ist oder trotz ausreichender Schlafdauer eine Tagesmüdigkeit oder eine erhöhte Einschlafneigung untertags besteht. Knapp 30 Prozent aller Österreicher haben laut den jüngsten Untersuchungen regelmäßig Schlafstörungen, RLS ist eine davon. Das wirkt sich natürlich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus. Die Problematik von Schlafstörungen und ihre Auswirkungen auf die Produktivität der Menschen in ihrem sozialen Gefüge sowie im Beruf sind in den Köpfen der Österreicher nicht besonders stark verankert. ■

RLS beeinträchtigt massiv

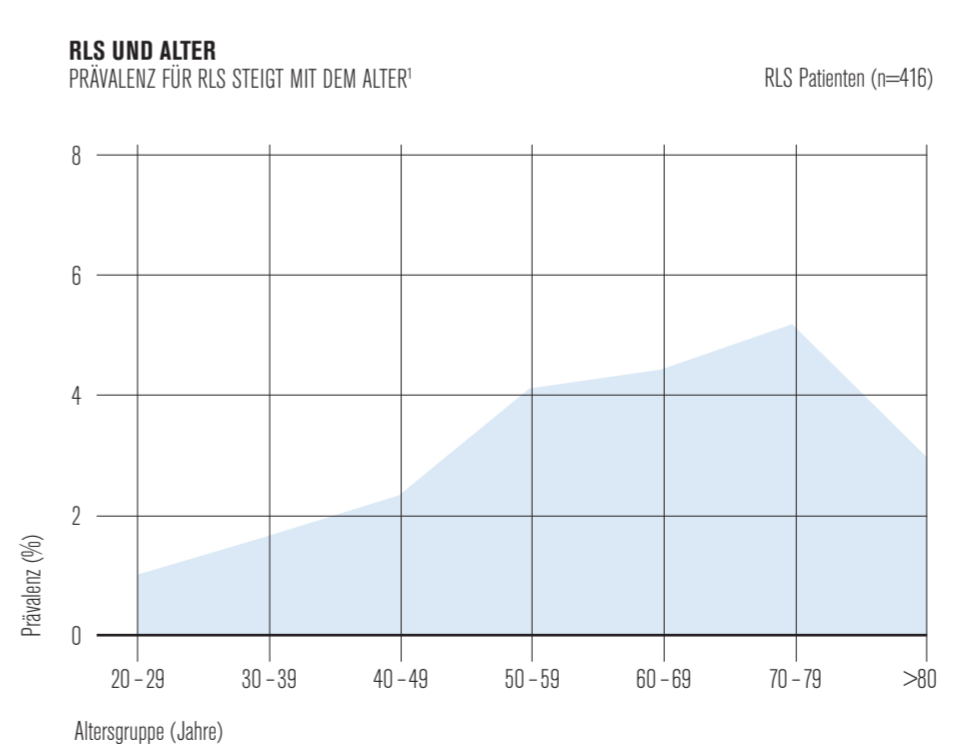
P: Wie beurteilen Sie den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und der Produktivität sowie die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs in der Öffentlichkeit?

Seidel: Vereinfacht ausgedrückt, benötigt ein erwachsener Mensch regelmäßig eine

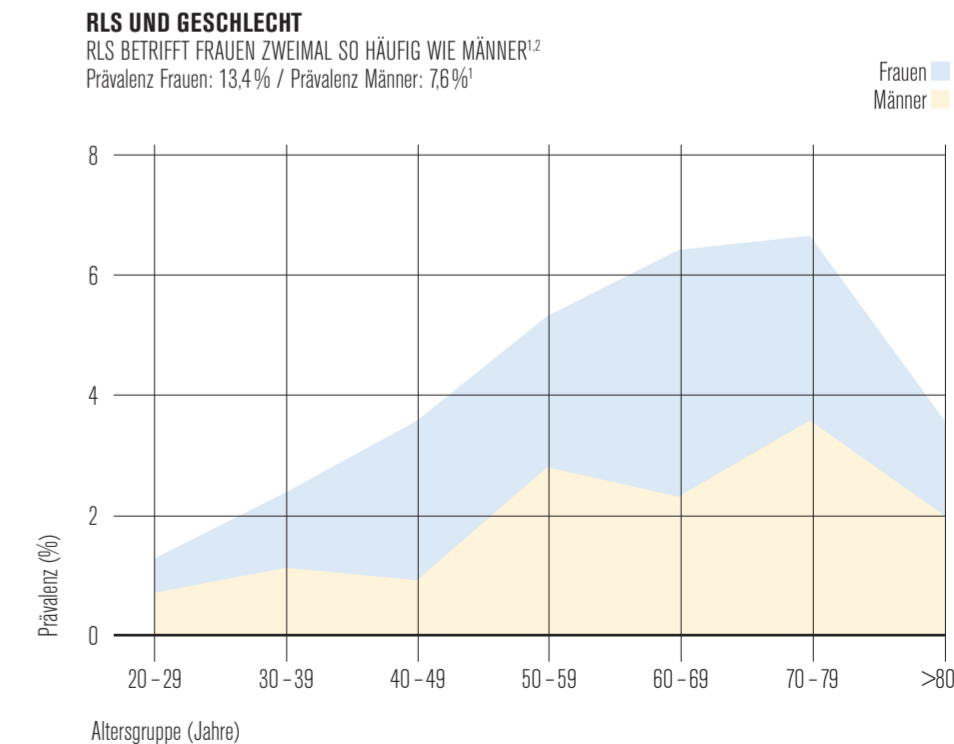
RLS GESCHICHTLICHER RÜCKBLICK



1. Coccagna G et al. Sleep Med 2004;5:279–83; 2. Ekbom KA. Acta Med Scand 1945;158 Suppl:1–123; 3. <http://www.rls.org>. Accessed 10.06.2013; 4. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.



1. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.



1. Berger K et al. Arch Intern Med 2004;164:196–202; 2. Allen RP et al. Arch Intern Med 2005;165:1286–92.