

Restless Legs-Syndrom

Prof. Dr. med. Johannes Mathis, Klinik für Neurologie, Inselspital Bern

1. Definition

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.

2. Ursache

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).

a. 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 abnormalen 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.

b. 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.

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.

3. Klinische Zeichen und Relevanz

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.

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.

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.

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.

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.

90% aller Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung an einer **Ein- oder Durchschlafstörung**. In schweren Fällen müssen die Patienten fast die ganze Nacht herumgehen und finden erst am frühen Morgen für einige Stunden Schlaf. Eine störende Schläfrigkeit am Tag besteht bei weniger als der Hälfte der Patienten.

Viele RLS-Patienten sind auch **psychisch auffällig**. Eine Depression fand sich in ca. 30–60% und Spannungskopfschmerzen in ca. 30% der RLS-Patienten.

Angsterkrankungen 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.

Noch ein Wort zum **Verlauf**: 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 jedoch 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 dann 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.

4. Abklärung

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).

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.

5. Behandlung

a. 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 $50 \mu\text{g/Lit.}$ liegt. Rheumatische Krankheiten, eine Nervenentzündung (Polyneuropathie) oder ein Parkinson-Syndrom sollten erkannt werden, damit eine spezifische Therapie durchgeführt werden kann.

b. 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 (Kreuzwörterrätsel 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.

Die dopaminergen Medikamente (Levodopa und Dopaminagonisten) gehören aufgrund ihrer meist exzellenten Wirksamkeit zur ersten Wahl in der Behandlung. 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.

Andere Medikamentengruppen beinhalten Alpha-Delta-Liganden (Epilepsie-Medikamente), Benzodiazepine und Antidepressiva sowie Opiate.