

Het rusteloze benen syndroom

SJ Booij

Neuroloog-somnoloog CWZ

Disclosure belangen sprekers

Disclosure belangen spreker	
Geen (potentiële) belangenverstremgeling	Geen/ Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties ¹	VIVISOL Nederland B.V.
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld²• Honorarium of andere (financiële) vergoeding³• Aandeelhouder⁴• Andere relatie, namelijk ...⁵	geen Ja geen geen

Inhoud

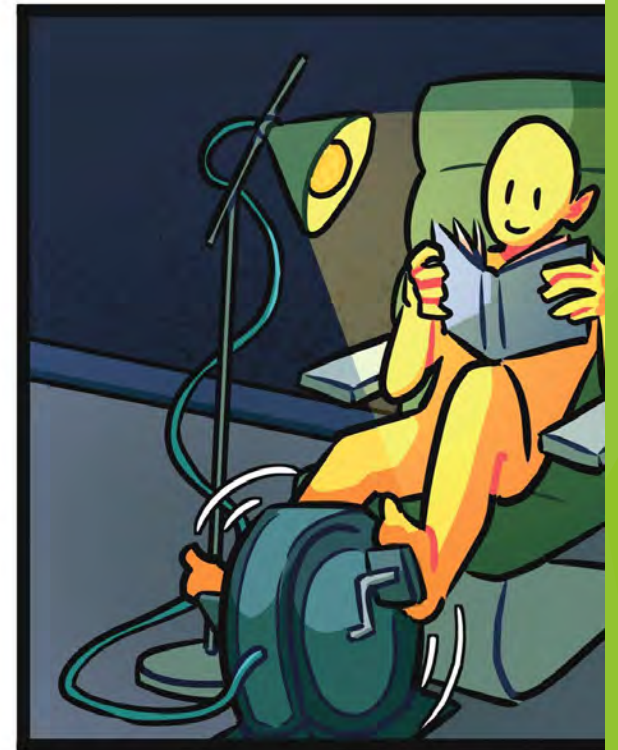
- ▶ Klachten
- ▶ Demografie
- ▶ Pathofysiologie
- ▶ Behandeling
- ▶ Augmentatie
- ▶ PLMD

RLS

- ▶ Eerste beschrijving 300jr geleden door dr Willis en Ekbom
- ▶ Weinig aandacht > psychiatrie
- ▶ Tegenwoordig: aparte entiteit, met pathofysiologie
 - ▶ Primaire RLS
 - ▶ Secundaire RLS

Wat is RLS?

- ▶ 5 hoofdsymptomen
 - ▶ Onweerstaanbare drang de benen te bewegen, vaak met onaangename sensaties
 - ▶ Klachten beginnen of worden heviger tijdens periodes van rust of inactiviteit
 - ▶ Klachten worden verlicht door bewegen
 - ▶ Toename in de avond of nacht of klachten treden alleen op in de avond of nacht
 - ▶ Er is geen andere medische aandoening die de klachten verklaart.



RLS

- ▶ Prevalentie: 1,9%-4,6% tot wel 3,9%-14,3%
- ▶ Indien minimaal 2x per week matig-ernstige klachten: prevalentie 2,2-7,9%
- ▶ Man: vrouw 1:2, gerelateerd aan het aantal zwangerschappen
- ▶ Prevalentie stijgt met de leeftijd

RLS criteria

- ▶ Betrouwbaarheid diagnose bij goede anamnese: 80-90%
- ▶ Mimics: 10-13%
 - ▶ Myalgie, oedeem, artritis/artralgie, krampen, veneuze stase
- ▶ Alternatieve diagnose:
 - ▶ Polyneuropathie, ADHD, PLMD, tics

RLS

- ▶ RLS is een chronisch progressieve aandoening met remissies
- ▶ Het is geassocieerd met in- en doorslaapstoornissen, angst en depressie/depressieve klachten
- ▶ Gemiddelde debutleeftijd 30-40jr

RLS en familie

- ▶ 1^e gr familielid: 3-5x vaker
- ▶ Positieve familie anamnese: 55-92% RLS patienten
- ▶ Eeneiige tweeling: 83% bij beide personen

- ▶ Verdenking: autosomaal dominante overerving met wisselende penetrantie

RLS: aandachtspunten anamnese

- ▶ RLS > geen doofheid of tintelingen
- ▶ RLS > directe verlichting door bewegen
 - ▶ Let op: houdingsafhankelijke klachten
- ▶ RLS > wel diurnaal patroon

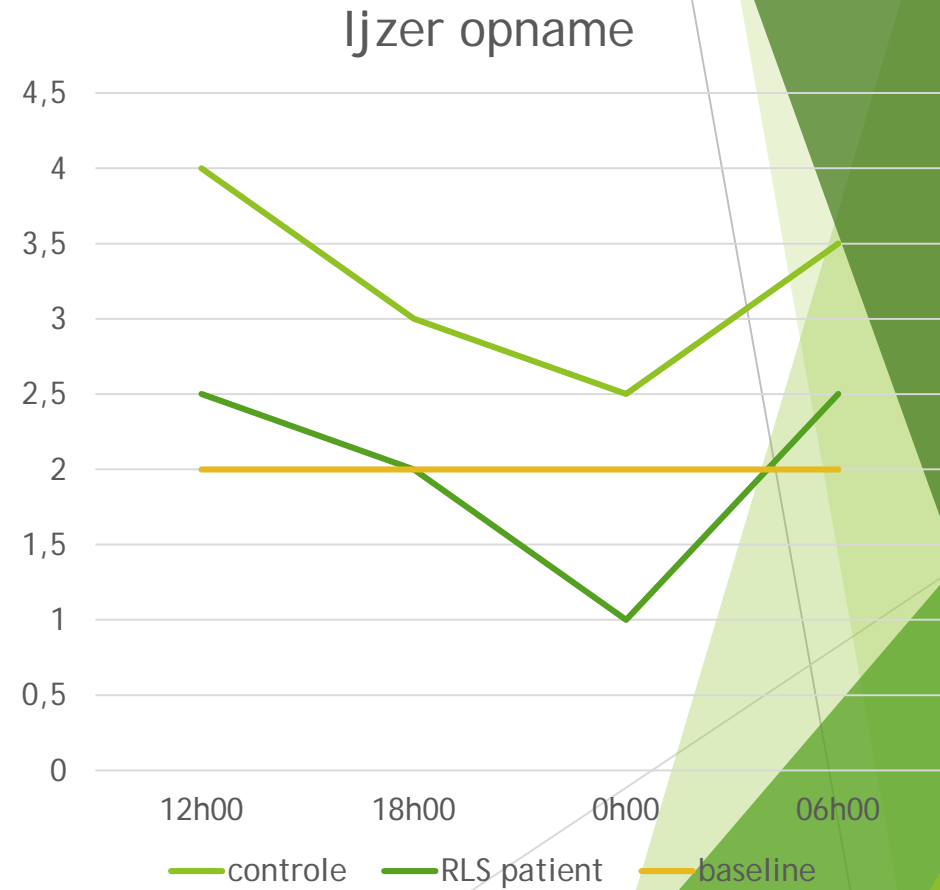
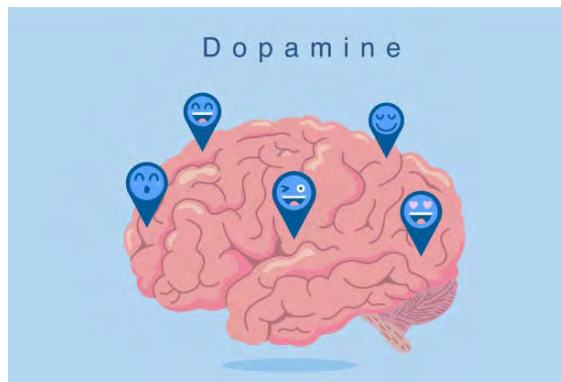
Secundair RLS

- ▶ Associaties met andere aandoeningen
 - ▶ Ijzerdeficientie
 - ▶ Perifeer zenuwlijden
 - ▶ Radiculaire pijn
 - ▶ Hypothyreoidie
 - ▶ Nierfunctiestoornissen
 - ▶ Diabetes Mellitus
 - ▶ Reumatoïde Artritis
 - ▶ Zwangerschap



Pathofysiologie

- ▶ Onbekend
- ▶ Genetische factoren
- ▶ iets met ijzer-tekort
- ▶ Opname met behulp van dopamine



Behandeling

- ▶ Niet medicamenteuze adviezen??
 - ▶ Voldoende bewegen
 - ▶ Niet te actief sporten tot vlak voor het slapen gaan
 - ▶ Voeding met voldoende vit C en ijzer
 - ▶ Stoppen met roken
 - ▶ Geen alcohol in de avond

Medicamenteuze behandeling

- ▶ Doseer zo laag mogelijk
- ▶ Doseer wanneer het nodig is
- ▶ Bij voorkeur monotherapie
- ▶ Evalueer
- ▶ Bespreek het behandeldoel

Behandeling

- ▶ Bepaal ferritine!
 - ▶ > 50, liefst > 75ng/L
 - ▶ Te laag: behandel, oraal of evt iv
 - ▶ ferrofumaraat: 2x/wk 100mg, zn vaker
- ▶ Let op: misselijkheid en obstipatie. Ontlasting wordt donker (groen)
- ▶ IV: effect pas na 6mnd te verwachten

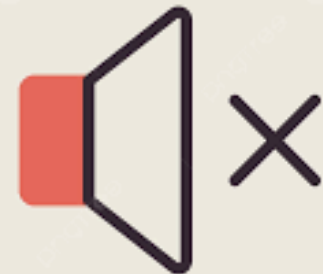
Medicamenteuze behandeling

- ▶ 1. alfa-2-delta liganden
 - ▶ Pregabaline/gabapentine
- ▶ 2. dopamine agonisten
 - ▶ Ropinirol, pramipexol, rotigotine
- ▶ 3. opiaten/methadon



Alfa-2-delta liganden

- ▶ Pregabaline: 2d75mg, evt tot max 2d300mg
- ▶ Gabapentine: tot 2d900mg, maar ook wel hoger
- ▶ Go low go slow
- ▶ Bijwerkingen: 'demping'.



Dopamine agonisten

- ▶ Rotigotine pleister:
 - ▶ Tot 2mg/24h
- ▶ Ropinirol:
 - ▶ Tot 4mg/24h
 - ▶ Stapjes van 0,25-0,5mg per keer
- ▶ Pramipexol:
 - ▶ Tot 0,75mg/24h
 - ▶ Stapjes van 0,125mg per keer
- ▶ Go low go slow!



Opiaten/methadon

- ▶ Morfine MGA 5-10mg AN
- ▶ Methadon
 - ▶ 1-10mg AN



Medicamenteuze adviezen

- ▶ Liever niet/eigenlijk niet
 - ▶ Dopamine
 - ▶ Benzodiazepinen



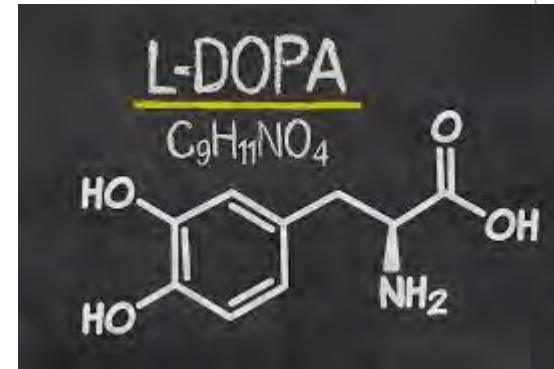
Augmentatie

- ▶ Vroeger optreden van de klachten
- ▶ Intensiteit van de klachten verhogen
- ▶ Uitbreiden van de klachten
- ▶ Paradoxe medicamenteuze reactie



Augmentatie

- ▶ Dopaminerge medicatie
 - ▶ Vooral L-dopa
 - ▶ Agonisten 30%, onderschatting?
- ▶ Eerder en meer medicatie
- ▶ Medicijn vakantie
 - ▶ Minimaal 3 maanden



Augmentatie

- ▶ Overbruggen met andere medicatie
- ▶ 'doorzetten'
- ▶ Streven naar monotherapie?

PLMD

- ▶ Bestaat dit wel?
- ▶ PLMS: slaapverstoring? arousal?



PLMD: criteria

- ▶ Exclusie van andere slaapziekten
- ▶ Repetitieve stereotype bewegingen op PSG
- ▶ Minimaal 15 PLM/h (volwassenen) waarvan minimaal de helft gepaard gaan met een arousal
- ▶ Klinische slaapverstoring

PLMD: behandeling?

- ▶ Geen relatie tussen PLMS/arousals en symptomen overdag
- ▶ Geen bewijs dat behandeling van PLMD het functioneren overdag verbetert
- ▶ Niet behandelen van getallen

PLMD: dd

- ▶ OSAS
- ▶ RLS
- ▶ RBD
- ▶ narcolepsie?



Take to work messages

- ▶ RLS is een chronische aandoening
- ▶ Kan forse impact hebben op het dagelijks leven
- ▶ Behandelbaar!

- ▶ Doe patiënten niet tekort: verwijz naar huisarts of specialist

