

Neue S2k-Leitlinie zum Restless-Legs-Syndrom (RLS)

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) betrifft viele Menschen und beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen stark. Die Therapie ist nicht einfach, insbesondere angesichts des Risikos der Augmentation, einer Verstärkung der Symptome durch eine zu hoch dosierte dopaminerge Therapie. Daher empfiehlt die Leitlinie die Kontrolle und Optimierung des Eisenstoffwechsels und einen langsamen und symptomorientierten Einsatz medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlungsoptionen.

Insgesamt leiden 5-10 Prozent der Bevölkerung am Restless-Legs-Syndrom (RLS), wobei die Erkrankungshäufigkeit mit dem Alter steigt, aber nur 1-2 Prozent eine Therapie benötigen. Die Betroffenen haben Missempfindungen und Schmerzen in den Beinen, die während der Ruhezeit auftreten. Bei 85 Prozent der Patientinnen und Patienten kommt es auch zu periodischen Beinbewegungen im Schlaf. Die Betroffenen verspüren einen Bewegungsdrang, denn die Missempfindungen und Schmerzen nehmen bei Bewegung, z.B. beim Laufen, ab. Resultat sind oft Einschlaf- und Durchschlafstörungen, die mit einer erhöhten Tagesmüdigkeit und verminderten Leistungsfähigkeit verbunden sind. Auffällig ist auch ein erhöhtes Risiko für Angsterkrankungen und Depressionen bei RSL-Patientinnen und -Patienten.

„Das Restless-Legs-Syndrom ist zwar keine lebensbedrohliche Krankheit, mindert aber die Lebensqualität enorm. Der Leidensdruck ist hoch und es ist wichtig, den Stand der Forschung allen Behandlern verfügbar zu machen, damit alle Betroffenen eine bestmögliche Diagnostik und Therapie erhalten“, erklärt Prof. Dr. Claudia Trenkwalder, Kassel, eine der beiden federführenden Autorinnen der neuen S2k-Leitlinie „Restless Legs Syndrom“ (AWMF-Registernummer: 030/081) [1]. Die Leitlinie wurde heute von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) herausgegeben, beteiligt waren darüber hinaus die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), die Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG), die Österreichische Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (ÖGSM) sowie die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC).

Neu ist das Verständnis des RLS als ein Krankheitsbild, das aus genetischen und Umweltfaktoren entsteht und durch Komorbiditäten beeinflusst wird, was die bisherige Unterscheidung in ein idiopathisches und sekundäres RLS in Folge einer zugrundeliegenden Erkrankung wie z.B. Diabetes mellitus, Rheuma oder Parkinson obsolet macht. Dennoch sollten natürlich Komorbiditäten konsequent behandelt und mögliche „anheizende“ Faktoren, wie z.B. die Einnahme von RLS-verstärkenden Medikamenten, umgangen werden.

Grundsätzlich rät die Leitlinie zu einem langsamen, symptomorientierten Vorgehen, ausgehend von der Schwere der Beeinträchtigung im Hinblick auf die Schlaf- und Lebensqualität. Dr. Anna Heidbreder, Innsbruck, ebenfalls Koordinatorin der Leitlinie betont: „Bei den Betroffenen sollte regelmäßig der Eisenstoffwechsel kontrolliert und frühzeitig eine Eisentherapie initiiert werden, außerdem können die Betroffenen ruhig ermuntert werden, auch nicht medikamentöse Therapieoptionen auszuprobieren, die auch zusätzlich zu einer medikamentösen Therapie eingesetzt werden können.“ Wie die Expertin weiter ausführt, sollte eine kontinuierliche medikamentöse Therapie erst so spät wie möglich initiiert werden.

Zunächst wird bei leichtem RLS und niedrigen Eisenspiegeln (Ferritin $\leq 75 \mu\text{g/l}$) zu einer Eisensubstitution mit 325 mg Eisensulfat zweimal täglich und jeweils 100 mg Vitamin C geraten. Ist der Ferritinspiegel nicht erniedrigt oder die Eisensubstitution alleine nicht erfolgreich, sollten folgende Dopaminagonisten als Therapie der ersten Wahl eingesetzt werden: Rotigotin, Ropinirol oder Pramipexol, und zwar in der möglichst niedrigsten Dosierung, da sich sonst die Beschwerden noch verstärken können (sog. Augmentation). Alternativ kann auch ein Gabapentinoid zur Anwendung kommen. „Levodopa soll nicht mehr zur kontinuierlichen Behandlung eingesetzt werden, sondern nur intermittierend und/oder zu diagnostischen Zwecken mit einer maximalen Dosis von 100 mg. Bei einer Augmentation oder Therapieversagen bei mittel- bis schwergradigem RLS unter o.g. Medikation können als Medikamente zweiter Wahl Opioide wie Oxycodon/Naloxon retard oder andere retardierte Opioide im ‚off-label use‘ eingesetzt werden“, fassen die beiden Expertinnen die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie weiter zusammen. Wichtig zu wissen: Cannabinoide, Magnesium und Benzodiazepine helfen nicht.

Noch schwieriger ist die Therapie des RLS bei Kindern und Jugendlichen, denn dort ist bis auf die Eisengabe keines der oben genannten Medikamente zugelassen. Vor diesem Hintergrund gewinnen nicht medikamentöse Therapieansätze noch mehr an Bedeutung. Die Bewegungs- und Physiotherapie haben hier einen besonderen Stellenwert.

Literatur

[1] Heidbreder A., Trenkwalder C. et al., Restless Legs Syndrom, S2k-Leitlinie, 2022; Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 05.09.2022)