

Behandling av Restless Legs Syndrome (RLS)

Willis Ekbohm Disease (WED)



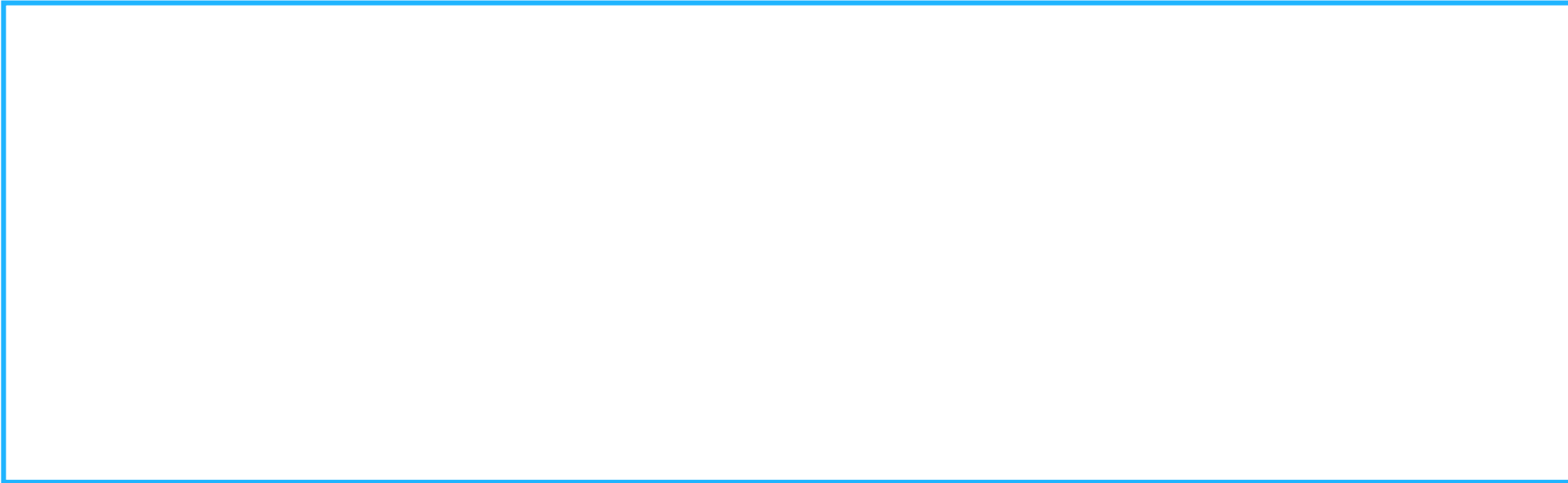
Frågor

1. Har min pat RLS (utredningsbehov)?
2. Behövs behandling – rimligt behandlingsmål?
3. Vad behandla med (individualiserat)?
4. Doser/rätt ordination?
5. Vad behöver patienten veta?
6. Hur följer jag upp behandlingen?

1. Har min patient RLS (eller Willis Ekboms sjukdom)?

- När du försöker slappna av på kvällen eller sova på natten, har du någonsin obehagliga, rastlösa känslor i benen som kan lindras genom att gå eller röra dig?

1-4 täcks av
screeningfrågan



5 - differentieldiagnostik



- Primär RLS ofta ärftlig - vanlig debut i 20-40 åå
- Ferritinbrist kan ge sekundär RLS, eller förvärra primär RLS
- Sekundär RLS till följd av:
 - Neuropati
 - Uremi
 - **Läkemedel**
- Associationer med:
 - D-vitaminbrist
 - Kardiovaskulär sjukdom
 - Lungsjukdom (hypoxi)
 - Diabetes
 - Graviditet
 - Migrän

Status

Perifer känsel
Muskelkraft
Reflexer
Perifer cirkulation

Provtagning

Hb
Ferritin (>75 µg/L)
S-kreatinin
P-homocystein (B12/folsyrebrist?)
HbA1c
D-vitamin

2. Behövs behandling – rimliga mål?

- Icke farmakologiska åtgärder (alltid):
 - Nikotinstopp
 - Reducera koffein eftermiddag/kväll
 - Undvik alkohol
 - Undvik läkemedel med central antihistaminerg eller antidopaminerg effekt (propiomazin, mirtazapin, hydroxizin, neuroleptika)
 - Sömnhygien
- Läkemedelsbehandling om sömnstörande trots detta
- Mål: God sömn – undvika konsekvenser som dagtrötthet, depression, liksom behandlingsutlöst augmentation

*International Restless
Legs Study Group
(IRLSSG) skattningsskala*

3. Vad behandla med - individualiserat

Individuell faktor	Åtgärd/behandlingsförslag
Ferritin <75	Järn+C-vitamin (iv endast om nedsatt abs/svår biv)
Intermittent <2 ggr/v	Lågdos dopaminagonist (DA) vid behov (ev. levodopa)
Persisterande	Daglig DA eller gabapentinoid
Dålig sömn	Gabapentinoid > DA
Smärtsam RLS/neuropati	Gabapentinoid > DA
Symtom även dagtid	DA depotberedning
Augmentation	Gabapentinoid – (levodopa kontraindicerat), Järn?
Svår RLS	DA, ofta kombinerad med gabapentinoid - opiod?
Graviditet	Järn (undvik DA och gabapentinoid)
Impulsivitet/spelberoende	Gabapentinoid
Alkoholproblem	DA>gabapentinoid
D-vitaminbrist	Substituera (men oklart om påverkar RLS)

4. Doser – rätt ordination

Järn:

- 50-100 mg/d + 500 mg C-vitamin

DA:

- Pramipexol kortverkande till natten – 0,088 mg till 0,54 mg/d
- Ropinirol kortverkande till natten – 0,25 mg till 4 mg/d
- Depotberedning pramipexol eller ropinirol endast om dagbesvär (rotigotinplåster har indikation, men ej subvention)

Gabapentinoid ($\alpha 2\delta$ -kanalantagonist)

- Gabapentin till natten – startdos 100 till 300 mg, max 1600 mg
- Om behov dagtid ges upp till 800 mg på eftermiddag
- Pregabalin endast om svikt av tidigare god effekt gabapentin

5. Vad behöver patienten veta

- Allmänna råd om icke-farmakologiska åtgärder (undvik nikotin, alkohol, ej koffein på em, undvik sen träning, sömnhygien med mål somna snabbt)
- Patient som får DA bör informeras om risk augmentation och att impulsivitet är en ovanlig biverkan
- Patient som får gabapentin informeras om biverkan trötthet och att behandling är väldokumenterad även om indikationen inte är registrerad i Sverige.



6. Hur följa upp behandling?

- Järnbehandling peroralt: - kontrollera ferritin minst en gång efter 3 månader.
- Järnbehandling intravenöst: - kontrollera ferritin innan ny behandling
- DA-behandling: Augmentation? Symtomstart tidigare på dag? Svårare besvär? Spridning av symtom? Behov av högre dos?

Sammanfattning och nyheter

- Järnsubstitution kan ofta övervägas
- Gabapentinoider mer framträdande roll vid risk för augmentation och/eller smärta/dålig sömn
- "Nyupptäckt" association mellan RLS och D-vitaminbrist



