RLS-Therapie: slow & low

Die dopaminerge Therapie in möglichst niedriger Dosierung ist die Therapie der Wahl bei behandlungsbedürftigem Restless legs-Syndrom. Doch was tun bei Augmentation oder Therapieresistenz?

Nur ein kleiner Teil der Patienten mit Restless legs-Syndrom (RLS) benötigt zwingend eine Therapie, betonte Dr. Patricia Winkelmann, München. Die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung des leichten, intermittierenden RLS müsse immer auch das hohe Risiko der Augmentation bei der letztlich lebenslangen Therapie berücksichtigen. Vorab ist immer eine Ferritinbestimmung wichtig, um Eisenmangel als mögliche Ursache der Beschwerden auszuschließen oder diesen zu behandeln.

Medikamentöse Therapie der ersten Wahl ist nach aktuellen Leitlinien eine dopaminerge Medikation in einer deutlich niedrigeren Dosierung als bei der Parkinson-Erkrankung, etwa 200–300 mg L-Dopa/24 Stunden. L-Dopa sollte nur bei unregelmäßigem Bedarf eingesetzt werden, ansonsten ist Dopaminagonisten (DA) der Vorzug zu geben. Winkelmann empfiehlt im Bedarfsfall – je nach zeitlichem Auftreten der Symptome über den Tag – die Dosis aufzuteilen, beispielsweise nachmittags bei Beginn der

Symptomatik eine Teildosis und dann vor dem Schlafengehen die zweite.

Augmentation – was nun?

Bei Zeichen einer Augmentation kann der Wechsel auf einen anderen DA versucht werden, eine Evidenz aus klinischen Studien dazu fehlt jedoch, so Winkelmann. Alternativ sei eine Therapie mit Opiaten denkbar (Tabelle 1). Bisher ist diese Therapieoption Off-label, erwartet werden demnächst Daten zu Oxycodon/Naloxon. Ziel ist immer die Monotherapie eines Opiats, so Winkelmann, berichtet aber aus ihrer klinischen Erfahrung, dass manche Patienten doch auf einer sehr kleinen Dosis DA bleiben.

Ebenfalls off-label ist die Behandlung des RLS mit Pregabalin, allerdings gibt es hierfür zumindest einen Beleg für die Wirksamkeit hinsichtlich der RLS-Symptome, Schlafarchitektur und periodischer Beinbewegungen aus einer randomisierten placebokontrollierten Doppelblindstudie [Garcia-Borreguero D et al. Neurology 2010; 74: 1897–904]. Win-

Off-label-Therapie des RLS mit Opiaten		Tabelle 1
Opiat	Dosis/Tag	
Oxycodon/Naloxon	15–30 mg	
Propoxyphen	200–600 mg	
Tilidin	50–200 mg	
Dihydrocodein	40–80 mg	
Tramadol	50–150 mg	
Fentanyl	25–50 µg /Std.	
Nach Vortrag P. Winkelmann		

kelmann setzt es off-label insbesondere dann ein, wenn Patienten auch schmerzhafte oder neuropathische Symptome haben. In den USA ist ein Prodrug von Pregabalin bereits zur Behandlung des RLS zugelassen und es wird diskutiert, ob solche Alpha2-Delta-Agonisten nicht gleichwertig wie DA zur Therapie des RLS eingesetzt werden sollten. „In Deutschland hinken wir da noch etwas hinterher“, stellt Winkelmann fest. Im Falle einer Therapieresistenz empfiehlt sie, die Medikamenteneinnahme und das Ferritin zu überprüfen und auch an die Behandlung von Komorbiditäten zu denken.

Friederike Klein

Winkelmann P: Restless-legs-Syndrom. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Schlaf- und Bewegungsstörungen“. Deutscher Parkinson-Kongress 2013, Würzburg, 15.3.2013

Eine Typfrage

Die Pathogenese der Parkinson-Erkrankung (PD) ist multifaktoriell und heterogen. Die Folge sind im klinischen Alltag deutlich beobachtbare Patiententypen, die aber wissenschaftlich nicht klar definiert sind.

Ergeben sich aus Studienergebnissen widersprüchliche Daten, so liegt das vor allem daran, dass es „die Parkinson-Erkrankung“ nicht gibt, davon ist Professor Bob van Hilten aus Leiden/Niederlande überzeugt. In einer holländischen Kohorte mit 344 Patienten (PROPARK) kristallisierten sich durch eine modellba-

sierte Clusteranalyse vier Subtypen heraus:

Cluster 1: 49 % der Patienten mit eher benignem Verlauf, eher jünger, tendenziell relativ jung erkrankt, mit niedrigen Symptomwerten in allen Domänen. Hoehn & Yahr-Stadium 2 nach im Median fast zehn Jahren Krankheitsdauer.

Cluster 2: 13 % der Patienten mit schweren und häufig motorischen Komplikationen sowie mittelschweren Schlafproblemen und depressiven Symptomen. Im Median Hoehn & Yahr-Stadium 3 zwölf Jahre nach Erkrankungsbeginn. Die Patienten hatten länger und mehr dopaminerge Medikation erhalten und waren relativ jung erkrankt.

Cluster 3: 30 % der Patienten zeigten eine mittlere Symptomschwere in nondopaminergen Domänen mit geringen und weniger häufigen motorischen Komplikationen, sowie ein Hoehn & Yahr-Sta-