

## RESTLESS LEGS SYNDROM - Leitfaden für Anästhesisten

Das Restless Legs-Syndrom ist eine häufige neurologische Erkrankung, die leider bei vielen Ärzten nicht ausreichend bekannt ist. Patienten mit dem Restless Legs-Syndrom beklagen eine Unruhe in den Beinen, begleitet von sensiblen Symptomen wie Missempfindungen, Parästhesien, aber auch Schmerzen, die nur in Ruhe auftreten und mit einem starken Bewegungsdrang verbunden sind. Die meisten Patienten berichten über dieses Syndrom am Abend und in der Nacht, aber auch in anderen Entspannungssituationen. Die Patienten können dann nicht mehr liegen oder sitzen, müssen aufstehen und umhergehen, da Aktivität die Symptome deutlich bessert. Betroffen sind meistens die unteren Extremitäten, insbesondere die Waden; Die Symptome können aber auch proximal aufsteigen, in seltenen Fällen die Arme betreffen, treten häufig symmetrisch auf, aber auch asymmetrisch und einseitig alternierend. Die Folge sind meist Schlafstörungen, wobei die Patienten sowohl über Einschlaf- als auch Durchschlafstörungen klagen.

Die Pathophysiologie und Ursache der Erkrankung ist bislang unbekannt, eine sicher genetische Disposition mit autosomal dominantem Erbgang ist beim sogenannten idiopathischen Restless Legs-Syndrom bekannt. Eine Manifestation von Restless Legs-Syndromen tritt aber auch gehäuft bei Patienten mit Eisenmangel, Niereninsuffizienz unter Dialyse, hormonellen Entgleisungen und Polyneuropathie als sogenanntes symptomatisches oder sekundäres Restless Legs-Syndrom auf. Ein idiopathisches Restless Legs-Syndrom muss meist pharmakologisch behandelt werden. Pathophysiologisch nimmt man eine Störung im Bereich des Dopamin- oder Opiatsystems an, die neurophysiologisch mit einer Disinhibition spinaler Neurone im Ruhezustand einhergeht. Therapie der Wahl bei Patienten mit RLS sind L-Dopa, Dopaminagonisten, Opiate, in zweiter Linie dann Benzodiazepine, Antiepileptika wie oder Gabapentin Carbamazepin, Valproinsäure. Die meisten Patienten sind mit einer Monotherapie von L-Dopa oder Dopaminagonisten behandelt, Kombinationstherapie von dopaminergen Substanzen und Opiaten sind bei schwerer ausgeprägten Formen durchaus üblich.

Eine deutliche Verschlechterung der Beschwerden kann durch dopaminantagonistische Substanzen und durch Opiatantagonisten erfolgen. Deshalb sind auch im Rahmen der Anästhesie unbedingt sämtliche dopaminantagonistischen Medikamente zu vermeiden. Da bei diesen Patienten mit einer erhöhten Sensitivität von dopaminergen Rezeptoren ausgegangen werden muss, sind auch bereits Medikamente wie Metoclopramid (Paspertin) und andere schwach dopaminantagonistisch wirkenden Substanzen kontraindiziert.

Günstig ist es, die dopaminerge Therapie so lange wie möglich, d.h. bis kurz vor der Operation weiterzuführen. L-Dopa selbst kann auch kurzfristig abgesetzt werden und dann wieder in voller Dosis postoperativ weitergegeben werden. Bei Dopaminagonisten ist es schwieriger, da wegen der begleitenden gastrointestinalen und vegetativen Nebenwirkung jeweils ein langsames Einschleichen der Dosierung erfolgen sollte. Deshalb empfiehlt es sich peri-, intra- und postoperativ den Patienten soweit als möglich opiathaltige Medikamente zu verabreichen. Falls keine orale Medikation möglich ist, kann dies mit sämtlichen subcutan oder i.v. zu verabreichenden Opiaten erfolgen. Als orale Opiate haben sich als besonders günstig Tilidin und Dihydrocodein bewährt. Studien zu diesen Präparaten liegen jedoch bisher nicht vor.

Da postoperativ einerseits durch Schmerzen induziert, andererseits durch ruhiges Liegen mit einem vermehrten Auftreten von RLS-Symptomen gerechnet werden muss, sollten Patienten, die an RLS bekannterweise leiden, bereits vorab mit Opiaten therapiert werden. Insbesondere Patienten mit orthopädischen Operationen und anschließender Ruhigstellung einer Extremität sind besonders von RLS postoperativ betroffen.

### **Substanzgruppen, die bei RLS-Patienten nicht verabreicht werden sollen:**

1. Neuroleptika (Butyrophenone, Phenothiazine)
2. Antiemetika mit dopaminantagonistischer Wirkung (Metoclopramid, Atosil usw.)
3. tri- und tetrazyklische Antidepressiva (Trimipramin, Amitriptylin usw.)
4. Opiatantagonisten (Naloxon usw.)

### **Bei RLS erwünschte Substanzen:**

1. Opiate (Tilidin, Oxycodon, Dihydrocodein usw.)
2. Benzodiazepine (Clonazepam, Diazepam usw.)
3. Zolpidem
4. Antiepileptika (Carbamazepin, Gabapentin, Valproinsäure)

Inhalationsnarkosen und Barbituratnarkosen sind nicht kontraindiziert bei RLS. Bei einer Periduralanästhesie ist beobachtet worden, dass trotz der Anästhesie weiterhin unwillkürliche periodische Beinbewegungen auftreten können und im Operationsgebiet stören. In diesen Fällen müsste neben der Gabe von Lokalanästhetika auch Morphin peridural verabreicht werden. Eine Medikamentenliste der einzelnen Substanzen wird derzeit von Anästhesisten überarbeitet.

PD Dr. med. C. Trenkwalder

---

### **SCHLAFLABOR BREISGAU**

Fachklinik für Schlafmedizin  
und schlafmedizinische Ambulanz

Im Rheintal 5  
79189 Bad Krozingen

Tel 07633 91290 Fax 912922  
kontakt@schlafflabor-breisgau.de  
www.schlafflabor-breisgau.de