

Intrathekale Opiattherapie bei Restless Legs Syndrom – Ein Fallbericht

M. Hornyak, K. Kieselbach, B. Kleinmann, T. Wolter, H. Kaube

Einleitung

Das Restless Legs Syndrom (RLS) ist durch einen Bewegungsdrang in den Beinen charakterisiert, der meistens mit (schmerzhaften) Parästhesien verbunden ist und vor allem nachts auftritt. Betroffene mit mittelschweren oder schweren Symptomen leiden unter schwersten Schlafstörungen infolge des RLS. Für die Behandlung des RLS sind L-Dopa und die Dopamin-agonisten Pramipexol, Ropinirol und Rotigotin zugelassen. Als Therapie der zweiten Wahl werden Opiate oder Antiepileptika, meistens als *add-on* Medikation gegeben (off-label-use)¹. Die Nebenwirkungen können eine ausreichend hohe Dosierung der Opiate jedoch verhindern. Einzelne Fallberichte²⁻⁴ beschreiben eine gute Wirksamkeit der intrathekalen (IT) Opiattherapie bei RLS.

Tabelle 1: Diagnosekriterien RLS

Essentielle Kriterien
1. Bewegungsdrang der Beine, gewöhnlich begleitet von unangenehmen, z. T. schmerzhaften Mißempfindungen.
2. Beginn oder Verschlechterung während Ruhezeiten oder bei Inaktivität.
3. Teilweise oder vollständige Besserung durch Bewegen der Beine.
4. Verschlimmerung abends oder nachts.
Supportive Kriterien
1. Familienanamnese: 50-60% positiv für RLS
2. Ansprechen auf dopaminerge Therapie: 90-95%, zumindest initial
3. Periodische Beinbewegungen (im Wachzustand oder im Schlaf): bei ca. 80% der Patienten vorhanden.
Assoziierte Charakteristika
1. Klinischer Verlauf: kann erheblich variieren, meistens chronisch-progredient
2. Schlafstörungen: bei mittelschwer-schwerem RLS nahezu immer vorhanden
3. Körperliche Untersuchung: typischerweise unauffällig

Material und Methode

Wir berichten über einen 56jährigen Patienten mit schwerstem RLS und sekundärer Depression, der sich in der RLS-Spezialsprechstunde des interdisziplinären Schmerzzentrums vorstellte. Bisherige medikamentöse Therapien mit Dopaminagonisten einschließlich Cabergolin, Lisurid-Pflaster (Arzneimittelprüfung), Rotigotin-Pflaster führten nur zu einer vorübergehenden Besserung; meistens trat ein rascher Wirkverlust ein. Wiederholte Blutuntersuchungen ergaben normale Ferritin-Werte. Unter Opioiden (Tramadol, Oxycodon, Hydromorphon und Buprenorphin) besserte sich die RLS-Symptomatik. Aufgrund von Nebenwirkungen (erhebliche Tagesmüdigkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit mit schwerer Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit) war eine therapeutisch ausreichend hohe Dosierung nicht möglich. Vor der IT-Opiattherapie bestand deshalb weiterhin eine massive Beinunruhe, Schlaflosigkeit nachts (Schlafzeiten von 1-2 Stunden), sowie erhebliche RLS-Schmerzen in beiden Beinen.

Ergebnisse

Die Implantation eines intrathekalen Testkatheters erfolgte nach ausführlicher Diagnostik einschl. schlafmedizinischer, psychiatrischer und neurophysiologischer Abklärung. Unter niedrigdosierter IT-Opiatgabe kam es zu sehr guter Besserung der RLS Symptome, sodass eine nicht programmierbare Medikamentenpumpe implantiert wurde. Auch die dopaminerge Medikation konnte unter der IT-Opiatgabe reduziert werden. Die IT-Morphin Dosis konnte in den folgenden 9 Monaten von 2 mg / Tag auf 1,4 mg / Tag reduziert werden. Weiterhin bestehen ein mittelschwer ausgeprägtes depressives Syndrom sowie nicht RLS-bedingte Schlafstörungen. Der Patient schätzt seinen Gesamtzustand dennoch als „erheblich gebessert“ ein.

Tabelle 2: Therapieverlauf

	Vor IT-Therapie	1 Woche unter IT-Therapie	3 Monate unter IT-Therapie	6 Monate unter IT-Therapie	9 Monate unter IT-Therapie
„RLS-Schmerz“ [§] (Num. Ratingskala 0-10)	8	3	0 (Unruhe)	0 (Unruhe)	0 (Unruhe)
Schlaf-dauer (h)	nachts	1-2	5	5	5
	tagsüber	0	1	1	1
Opiat-Dosis (Morphin, mg/Tag)	100 (oral)	2 mg IT-MSI/Tag	2 mg IT-MSI/Tag	1,6 mg IT-MSI/Tag	1,4 mg IT-MSI/Tag
Dopaminagonist (Rotigotin, mg/Tag)	8	4	0	0	0

[§]RLS-assoziierte Mißempfindungen in den Beinen

Diskussion und Schlussfolgerung

Die IT Opiatgabe kann bei schwerstkranken RLS-Patienten eine wirksame Therapiealternative darstellen. Die Indikation zur IT Opiattherapie sollte in Zentren mit Erfahrung in der Behandlung von RLS-Patienten nach Ausschluss sekundärer RLS-Erkrankungen und nach Ausschöpfen anderer Behandlungsmethoden gestellt werden. Kontrollierte Studien zur Untersuchung zur Wirksamkeit der IT Opiatgabe bei RLS sind erforderlich.

¹ Trenkwalder C, Benes H, Hornyak M, Stiasny-Kolster K, Winkelmann J, Högl B, Mathis J. Restless Legs Syndrom und Periodic Limb Movement Disorder. In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Ed. CH Diener, Thieme 2007.

² Jakobsson B, Ruuth K. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46(1):114-7.

³ Lindvall PK et al. Lakartidningen. 2007;104(32-33):2250-2.

⁴ Ross DA et al. Neurosurgery. 2008;62(1):E263; discussion E263.