

RLS-Therapie: Zusammenfassung und Empfehlung der neuen Leitlinie

- Die Indikation zur medikamentösen Therapie soll durch die Beeinträchtigung der Lebensqualität und Schlafqualität bestimmt werden.
- Die Initiierung der medikamentösen Therapie sollte so spät wie möglich erfolgen.
- Medikamente, die ein RLS verstärken können sollen erfragt und entsprechend modifiziert werden.
- Bei komorbiden (begleitenden) Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre, psychiatrische Erkrankungen etc.) und RLS soll eine medikamentöse Behandlung der RLS-Symptome sorgfältig überprüft werden.
- Bei der initialen Therapie eines Restless Legs Syndroms sollte zunächst bei leichtgradigem RLS und Ferritin $\leq 75 \mu\text{g/l}$ eine orale Eisensubstitution mit 325 mg Eisensulfat zweimal täglich mit jeweils 100 mg Vitamin C erfolgen.
- Bei mittel- bis schwergradigem RLS oder oraler Eisenunverträglichkeit/Kontraindikation sollte bei Ferritin $\leq 75 \mu\text{g/l}$ oder einer Transferrinsättigung $< 20 \%$ eine intravenöse Behandlung mit Ferrocarmaltose (FCM) einmal 1000 mg oder 500 mg zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.
- Wenn unter Eisensubstitution keine suffiziente RLS-Behandlung erreicht ist oder die Voraussetzungen für eine Eisensubstitution nicht erfüllt sind, sind für die Behandlung des RLS in Deutschland, Österreich und der Schweiz die Non-Ergot (NE)-Dopaminagonisten zur Behandlung der ersten Wahl zugelassen und nachweislich wirksam:
 - Rotigotin (2 mg/24 h niedrigste wirksame Dosis, max. 3 mg/24 h)
 - Ropinirol (0,5 mg bis max. 2 mg; max. zugelassen 4 mg) (Österreich off-label use)
 - Pramipexol (0,18 mg bis max. 0,52 mg)
- Zur Vorbeugung einer Augmentation soll dabei die Dosierung nur eines Dopaminagonisten so niedrig wie möglich sein und nur eine dopaminerge Substanz eingesetzt werden. Kombinationstherapien dopaminergischer Substanzen sind nicht zur Behandlung zugelassen.
- Eine Therapie des RLS sollte zu Beginn mit einem NE-Dopaminagonisten oder mit einem Gabapentinoid (Gabapentin/Pregabalin (off-label use)) erfolgen.
- Levodopa soll nicht zur kontinuierlichen Behandlung, sondern nur intermittierend und zu diagnostischen Zwecken mit einer maximalen Dosis von 100 mg eingesetzt werden.
- Bei einer Augmentation oder Therapieversagen bei mittel- bis schwergradigem RLS unter o. g. Medikation können als Medikamente der zweiten Wahl Opioide wie Oxycodon/Naloxon ret. oder andere Opioide (off-label use) eingesetzt werden.
- Sollte eine Monotherapie mit einem Dopaminagonisten nicht ausreichend sein, kann eine Kombinationstherapie mit einem Opioid und/oder einem Gabapentinoid erfolgen, deren Zusammenstellung und Dosierung jedoch im individuellen Fall erfolgen müssen.

- Cannabinoide, Magnesium und Benzodiazepine können in der Behandlung des RLS nicht empfohlen werden.
- Nicht medikamentöse Therapieoptionen können allein oder zusätzlich angewendet werden, Evidenz liegt hier für die transkranielle Gleichstromstimulation, das Bewegungstraining (z. B. Bettfahrrad während der Dialyse, Yoga) und die Infrarotlicht-Therapie vor.
- Der Einsatz von Akupunktur, pneumatischer Kompression, endovaskulärer Laserablation, Kryotherapie und Phytotherapie kann aufgrund der fehlenden Datenlage derzeit nicht empfohlen werden.

Die neue RLS-Leitlinie (erstellt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie DGN) kann hier heruntergeladen werden:

https://dgn.org/wp-content/uploads/2013/01/030081_LL_Restless-Legs-Syndrom_2022.pdf