



Basinformation om WED/RLS

Detta material är framtaget på uppdrag av WED-Förbundet, som stöd för vidareutveckling av kunskapsstöden för primärvården.

Strukturen liknar den som finns i regionernas gemensamma *Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd* som byggs för att tillgodose primärvårdens behov av kortfattad information.

Mer utförlig information kan sökas till exempel via International Restless Legs Syndrome Study Group, IRLSSG, <http://irlssg.org/>.

Materialet är framtaget tillsammans med och granskat av läkarna Kurt Hedlund¹, Johan Löck² och Jan Ulfberg³.

¹ Specialist i allmänmedicin med egen erfarenhet av WED/RLS

² Professor i geriatrik, med särskilt intresse för WED/RLS

³ Docent och specialist i internmedicin, sömnforskare. Voting member i International RLS Study Group

BASFAKTA OM RESTLESS LEGS / WILLIS-EKBOMS DISEASE

- ICD 10 SE: G25.81
- I ICD 11, som ännu ej finns i svensk version, placeras sjukdomen i gruppen "Sleep-wake disorders", med två olika koder, 7A80 för primär respektive 7A87 för sekundär sjukdom.⁴

BAKGRUND

Etiologi

- RLS, Restless Legs Syndrome. Benämns även WED, Willis-Ekboms Disease.
- En neurologisk sjukdom med bland annat störning i basala gangliernas dopaminsystem. Den fullständiga patofysiologin är ännu ej klarlagd.
- Ingen riskfaktor för Mb Parkinson. Dock viss ökad risk att parkinsonpatienter även får RLS.
- Omkring en tiondel av befolkningen har besvär, från milda till mycket svåra. Diagnos har tidigare ställts huvudsakligen hos patienter i medelåldern, men sjukdomen förekommer i alla åldrar, även hos barn⁵.
 - För yngre patienter har besvären ibland klassats som "växtvärk" eller "spring i benen". Sjukdomen kan även vara en komponent vid neuropsykiatriska besvär.
 - RLS kan bidra till nattlig oro även hos äldre patienter.

Primär RLS

- Specifik orsak är okänd, men det finns en stark ärftlig faktor.

Sekundär RLS

Sekundär RLS kan orsakas av t ex:

- För låg ferritinnivå
 - Vanligt hos fertila kvinnor, men även många andra har för låg nivå för att motverka/lindra RLS.
- Uremi (RLS-besvären lindras ej av dialys, men av transplantation)
- Läkeemedelsbiverkan, t ex
 - Dopaminantagonister som fentiaziner, antihistaminer, propiomazin
 - Antidepressiva: SSRI, SNRI och tricyklika

⁴WHO ICD-11 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1254916765> och <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2113831613>

⁵ Se t ex Janusinfo

<https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/nervsystemetssjukdomar/nervsystemetssjukdomar/res-tlesslegshosbarn.5.3daa1b3d160c00a26d2377d.html>

UTREDNING

Symptom

- Behov att röra ben eller armar vid vila, ofta tillsammans med obehag och även smärta.
- Sensoriska besvär/obehag, oftast i underbenen varifrån spridning kan ske.
- Sömnstörningar
- Nattnliga muskelkontraktioner PLM (Periodic Limb Movements)

Anamnes

- Sömnproblem, trötthet?
- Smärta?
- Finns det typiska mönstret att besvären lindras snabbt och påtagligt när patienten går upp och går, för att sedan snabbt komma tillbaka vid återgång till inaktivitet?
- Hereditet?
- Läkemedel som kan påverka?
- Andra sjukdomar eller omständigheter som kan påverka?

Status

- Vid primär RLS är neurologstatus normalt.

Laboratorieprover

- Ferritin
- Homocystein/B12/Folat
- Kreatinin
- Hb

Diagnoskriterier

Samtliga ska vara uppfyllda⁶:

- Behov att röra på benen/armarna, inte sällan tillsammans med obehag och smärta.
- Rörelsebehovet börjar eller förvärras av vila/inaktivitet.
- Rörelsebehovet lindras, helt eller delvis, praktiskt taget omedelbart när patienten går upp och går.
- Rörelsebehovet och obehagen förvärras oftast under kvällar/nätter.
- De ovannämnda symptomen kan inte förklaras av andra orsaker (som t ex ödem, kramp eller olämplig ligg- eller sittställning).

Differentialdiagnoser

- Cirkulatorisk insufficiens?
- Spinala skador?
- Polyneuropati?
- Nattnliga vadkramper?
- Sensoriska obehag av varicer?

⁶ International Restless Legs Study Group, IRLSSG <http://irlssg.org/Diagnostic-Criteria>

BEHANDLING

Egenvård

- Traditionell sömnhygien; regelbundna tider, mörker, lugn inför sänggående etc. kan hjälpa.
- Stretching, akupressur, TENS, kyla, värme, kompressionsstrumpa, tyngdtäcke etc. kan provas.

Medicinsk behandling

- Beakta möjligheten av läkemedelsbiverkan (se exempel ovan). Överväg försök att byta eller sätta ut läkemedel som kan orsaka/förvärra problemen.
- Säkerställ tillräcklig ferritinnivå. Vid RLS bör nivån ligga i övre delen av normalintervallen, enligt senaste rön minst 100 mikrogram/liter.⁷
 - Kan vara svårt/omöjligt att nå tillräcklig nivå med peroral järntillförsel. Intravenös tillförsel kan vara nödvändig, förslagsvis med järnkarboxymaltos.⁸ Allvarliga biverkningar är sällsynta, men utökad övervakning tillämpas.⁹

Läkemedel

- **Dopaminergika** är ofta förstahandsvalet i Sverige. De ger oftast god effekt men kan ge augmentation, där besvären förstärks istället för att lindras, även vid relativt låga doser. *Flera läkemedel av denna typ anger indikationen RLS i FASS. Ytterligare fler kan expedieras genom utbytbartsystemet.*¹⁰
 - Vid intermittenta besvär kan levodopa användas i låg dos. Ger snabb och kortvarig effekt, 2 – 4 timmar, med särskilt stor risk för augmentation.
 - Ska användas allra högst 3 – 4 ggr per vecka pga. risken för augmentation.
 - Kan ge god hjälp vid resor och andra särskilda tillfällen som kräver stillasittande.
 - Vid dagliga besvär fungerar dopaminagonister ofta bra, även för kontinuerlig användning.
 - Lägsta effektiva dos ska eftersträvas, oftast i nedre delen av dosintervallet som anges i FASS. Inled gärna med att pröva låg dos, till exempel ½ tablett pramipexol 0,18 mg till natten.
 - Intervallet mellan tillräcklig och alltför hög dos kan vara smalt. Skillnader vid generiskt utbyte kan vara betydelsefulla.
 - Uppdelning av dygnsdosen kan ge bättre effekt och mindre biverkan, till exempel eftermiddagsdos 1 plus kvällsdos ½ tablett pramipexol 0,18 mg.
 - Rotigotin plåster ger jämn blodkoncentration över dygnet och är ett alternativ om annat dopaminergt läkemedel inte fungerar eller ger problem med biverkningar, t ex augmentation. Lämplig dygnsdos kan då vara 1 mg (vilket kräver att det i Sverige tillgängliga 2 mg-plåstret delas). Hudreaktioner kan förekomma.
 - Pramipexol finns även som depottablett, men har då inte indikation RLS i FASS.
 - Augmentation åtgärdas med dossänkning. Sedan eventuellt preparatbyte eller försiktig återgång till tidigare fungerande dos.

⁷ Sleep Medicine nr 41, 2018, sid 27–44 <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.11.1126>

⁸ Samma artikel som ovan, Sleep Medicine nr 41, 2018, sid 27–44

⁹ Läkemedelsverket juni 2020

https://docetp.mpa.se/LMF/Ferinject%20solution%20for%20injection%20or%20infusion%20SmPC_09001bee807a2dfc.pdf

¹⁰ Läkemedelsverket <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/utbytbara-lakemedel>

- **$\alpha 2\delta$ ligander**, gabapentin och pregabalin, kan vara alternativ. I jämförelse med dopaminagonister är effekten ofta svagare och biverkningar i form av yrsel och dåsighet betydligt vanligare, men risken för augmentation betydligt mindre.¹¹
Inga läkemedel av denna typ anger indikationen RLS i FASS, men indikationen finns i andra länder, däribland USA.
 - Dosering i övre delen av dosintervallet som anges i FASS kan behövas. Njurfunktion behöver beaktas.
 - Kan kombineras med dopaminergika.
 - För pregabalin finns tillväjningsvarning i FASS.
- Vid svårare problem, där rastlöshet och svåra sömnstörningar ofta även innebär smärta, kan **opioider** vara nödvändiga. Effekten är ofta god. Biverkningar och risker ska beaktas, men med noggrann uppföljning kan även långsiktig behandling fungera väl.¹²
Det finns kombinationsläkemedel av denna typ som anger indikationen RLS i FASS¹³. Flera andra opioider har också använts och används fortfarande vid svåra besvär.
 - Kan kombineras med dopaminagonister, men inte med $\alpha 2\delta$ ligander.
 - Kombinationsläkemedel med oxikodon och naloxon har svensk indikation för användning vid svår RLS. Tillväjningsvarning i FASS.
 - Kodein har traditionellt använts med god effekt. Beroendevarning i FASS.
 - I enstaka mycket svåra fall kan morfinpump med låg dosering behövas.

ÖVRIGT

Det finns en svensk patientförening, WED-Förbundet, som kan erbjuda patienter, anhöriga och även vårdpersonal användbar information: www.wedforbundet.se, info@wedforbundet.se, 08 – 21 96 20.

¹¹ Sleep Medicine nr 21, 2016, sid 1-11 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945716000563>

¹² Lancet Neurology volume 12, issue 12, p1141-1150, december 01, 2013
[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(13\)70239-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(13)70239-4/fulltext)

¹³ FASS Utbytbarhetsgrupp Oxikodon + Naloxon
<https://www.fass.se/LIF/interchangeableinfo?userType=0&nplld=20160722000024>