

Bäste kollega!

Nedan följer en kort översikt om sjukdomen Restless legs, RLS, även kallad Willis Ekboms Disease, WED

Vi allmänläkare förväntas kunna diagnosticera och behandla ett stort antal sjukdomar. Vissa sjukdomar hör man inte talas om så ofta och denna sjukdom kan vara en av dem. Därför har jag skrivit ihop denna kortfattade beskrivning av sjukdomen för att den förhoppningsvis skall kunna vara en lättillgänglig hjälp vid ditt möte med RLS-patienter.

Sjukdomen är vanlig. Internationella uppskattningar om prevalens talar för att så många som ca 750 000 svenskar har mer eller mindre besvär. Sjukdomen är hos många intermittent och tämligen lindrig. Många klarar sig därför utan stöd av sjukvården, men minst 300 000 behöver medicinsk behandling.

Vanligast besvär nattetid, men kan förekomma vilken tid på dygnet som helst. Ibland svårt titta på TV, bio, teater, flyga längre sträckor. Vanliga symptom är krypningar, stickningar, smärta, behov att sparka med benen medvetet eller omedvetet, eller brännande känsla. Oftast i benen men ibland i armar eller bålen.

Symptomen medför att man bara måste upp och gå omkring. Besvären går då över för ett tag. *Om inte, så är det en annan sjukdom.*

Behandla med Levodopa (Madopark® Quick Mite) vid intermittenta besvär. Vid mer stadigvarande är dopaminerga indicerade. Förstahandsval Pramipexol. Låga doser spridda över dygnet (ex ½ tablett à 0,18mg x 2–3). De allra flesta klarar sig med detta. Man skall komma ihåg att Pramipexol verkar först inom 1–2 timmar, varför i reserv bra att ha några Madopark® med sig, som är snabbverkande och verkar några timmar (dock högst 3 ggr/vecka). Högst 0,36 mg pramipexol/dygn rekommenderas. För höga doser kan tvärtemot ge en ökning av besvären, s.k. augmentation

Det finns både enligt erfarenhet och forskning starkt samband mellan järndepåer och RLS. Patienten är i behov av mer järn i depåerna än andra. Nya studier har visat lägre järnhalt i CNS och liquor hos personer med RLS. Järnet har en viktig roll för dopaminbalansen i vissa synapser i f.f.a. de basala ganglierna. *Därför är det av största vikt att en RLS-sjuk person har något större järndepåer än personer utan sjukdomen.*

Bästa labmarkör är som bekant Ferritin. Normalvärdet, enligt senaste upplagan av handboken Klinisk Kemi, för friska är minst 20 mikrogogram/l hos kvinnor, hos män 30. Hos personer med RLS bör enligt senast internationella guidelines Ferritinvärdet vara minst 100 mikrogogram/l hos både män och kvinnor. Dock bör man hålla ett öga på att järnmättningen i blodet inte är >45%.

Gravida och fertila kvinnor med anlag för RLS är en särskilt utsatt grupp där ca 50–60% lider av relativ järnbrist.

I första hand prova peroral behandling med järn. Om ingen tillfredställande ökning av Ferritin så tveka inte ordinera i.v. järn. Enligt Läkemedelsverket är dagens järnpreparat för i.v. injektion inte farligare än en influensavaccination! Graviditet och amning är heller inget

hinder (här är järnförluster ofta stora). 500–1000 mg Ferinject® rekommenderas. Kan dröja flera veckor innan subjektiv lindring av RLS-besvär.

För uppskattningsvis 1/3 – 1/4 av patienterna räcker det inte med dopaminerga mediciner. Ofta har dessa haft sjukdomen 10–15 år. Tillägg av opioid är då oftast bästa alternativet. Jag har tyvärr ofta träffat patienter i denna situation som förnekas denna behandling trots en urusel livskvalitet med ständig och nedbrytande sömnbrist. Det finns en rädsla för missbruk. Men vi har nu en opioid med godkänd indikation av Läkemedelsverket för RLS (Targiniq®). Innehåller Oxikodon med Naloxon depåpreparat. Indikation gavs efter att man kunnat visa att risken för missbruk var marginell. Dosering enligt FASS. Svagare opioider finns också (ex. Kodein tabletter, Citodon®) som då förskrivs ”off label”.

Lämpligt provtagningsbatteri vid utredning av RLS är HB, Ferritin, järnmättnad, B12, Folsyra, Glukos och Kreatinin. Lämpligt ta med CRP för att utesluta infektioner eller andra processer, som, kan påverka f.f.a. Ferritin och järnmättnadsvärde.

För barn med RLS-besvär gäller särskilda riktlinjer. Alltmer data och erfarenhet talar för att det är en underdiagnostiserad grupp där hereditet spelar stor roll. Sammanblandas ofta med ADHD och/eller ”växtvärk”. Jag rekommenderar de riktlinjer som finns i Janus info Barn, som enligt min åsikt är utmärkta.

Svårt RLS-sjuka patienter kan vara en utmaning för den i sjukdomen ”inte så insatte” doktorn att hitta optimal behandling för. Min personliga erfarenhet är dock, efter att ha behandlat många patienter med sjukdomen, att de allra flesta går att behandla så de får en acceptabel livskvalitet.

Med kollegiala hälsningar Kurt Hedlund

**Kurt Hedlund** som nu avlidit har betytt mycket för många RLS-sjuka. Vi är många som är tacksamma för hans insatser. Kurt var läkare och specialist i allmänmedicin med egen erfarenhet av RLS. Kurt skrev år 2020 detta läkar-till-läkarbrev där han gav koncisa råd till kollegor som möter patienter med RLS. Kurt finns dessvärre inte med oss längre men hans brev kollegor emellan är fortfarande aktuellt.

**Om dokumentet** Detta dokument skrevs 2020 innan namnändringen på sjukdomen från WED till RLS. 2021 ersattes WED med RLS i dokumentet och loggor och telefonnummer till RLS-Förbundet byttes ut. 2024 lades texten om Kurt Hedlund till.