

# Unenaikaiset liikehäiriöt

## Levottomat jalat – oireyhtymä (Restless legs sdr eli RLS) (ICD-10: G25.8)

- Willis-Ekbomin tauti
- Esiintyvyys 5-10 %, hoitoa vaativa 1-2 %
- Alkaa yleensä 10-20v, yli 50v alkavat vaikeampia
- 60 %:lla positiivinen sukuanamneesi, primaarissa muodossa geneettinen alttius
- Todettu muutoksia keskushermoston dopaminergisessä toiminnassa, likvorin ja substantia nigra ferritiinipitoisuus alentunut
- Rautavaje voi pahentaa (ei aina anemiaa)
- Tietyt lääkkeet voivat pahentaa
  - masennuslääkkeet (trisykliset, SSRI)
  - psykoosilääkkeet, pahoinvointilääkkeet, antihistamiinit, H2-salpaajat, kalsiumestäjät
- Sekundaarisena liittyy moniin sairauksiin
  - perifeerinen neuropatia, parkinsonin tauti, ALS, reumasairaudet, fibromyalgia, diabetes, maligniteetit, leukemia, maksasairaudet, sydänsairaudet, amyloidoosi, leukemia
  - raudanpuute – raskaus, dialyysihoitoinen munaisten vajaatoiminta

### Diagnostiset kriteerit

- A. Pakonomainen tarve liikutella jalkoja, yleensä jalkojen epämiellyttävän tunteen vuoksi
- B. Oireet korostuvat levossa tai paikalla ollessa
- C. Liikkuminen lievittää tai poistaa oireet
- D. Oireita esiintyy eniten illalla ja yöllä
- E. Edellä olevien oireiden aiheuttajana ei ole jokin muu sairaus (turvotus, lihakivut, krampit jne.)

### Diagnoosi/tutkimukset

- Lieväoireisena voidaan diagnosoida ja hoitaa perusterveydenhuollossa, neurologian pkl:lle jos diagnoosi epäselvä tai vaste lääkitykseen huono
- Anamneesi, kliininen tutkimus (neurologinen status normaali)
- Muun oireita aiheuttavan sairauden poissulku, esim polyneuropatia, turvotus
- Lab: ferritiini (tulisi olla > 45 mikrog/l), erotusdiagnostiikkana PVK, B12-vit, folaatti, krea, gluk lisäksi harkinnan mukaan esim. Na, K, Urea, maksat, TSH, S-alb, s-elektroforeesi, S-borrAb
- Tarv. rautavajeen syyn selvittäminen (esim. PTH:n kautta)
- Tarvittaessa yöpolygrafia, ENMG, pään MRI (vaikeat oireet, erotusdiagnostiikka)
- Hyvä vaste dopaminergiseen lääkitykseen tukee diagnoosia

### **Erotusdiagnostiikka**

- Polyneuropatia, yölliset lihaskrampit, klaudikaatio-oireet, fibromyalgia, kutina, hermojuurioireet, MS, neuroleptien aiheuttama akatisia, ahdistuneisuus, yleinen levottomuus

### **Hoito**

- Provosoivan lääkityksen lopetus
- Rautasubstituutio, jos S-ferritiini < 45 mikrog, esim 1-2kk ajan
- Sekundaarisessa RLS:ssa perustaudin hyvä hoito

### **Lääkehoito**

#### **Ensisijaislääkkeet**

- Dopaminergiset lääkkeet
  - **pramipeksoli**
    - aloitus lyhytvaikutteisella 0.088 mg illalla, nosto tarv ad 0.54mg illalla
    - teho heti
    - haitat: impulssikontrollin häiriöt (jos dopaminerginen lääkitys on annokseltaan suuri), turvotus, ortostatismi, huimaus
    - siirtyminen pitkävaikutteiseen valmisteeseen jos lyhytvaikutteisesta ei enää apua riittävän pitkäksi aikaa, huom. augmentaatio
  - **ropiniroli**

- aloitusannos 0.25mg illalla, annosnosto tarv. ad 4mg illalla
- haitat kuten pramipeksoli
- tehoa hitaammin kuin pramipeksoli
- **rotigotiini-laastari**
  - jos lyhytvaikutteisesta ei apua tai tulee augmentaatiota
  - apu hitaasti n 1vk kuluttua
  - alkuun 1mg/24h, enintään 3mg/24h annoksella, annosnosto 1vko välein 1mg:lla, lopetus vähitellen

## Toissijaiset lääkkeet

- **levodopa**
  - tehokkain, mutta suurin riski augmentaatioon,
  - annos 50-200mg ad 600mg/vrk iltaisin 1-2 annoksena
- **Gabaergiset**
  - **pregabaliini**
    - erityisesti jos kivulias muoto; augmentaatoriski vähäinen
    - 25–300mg/vrk
    - teho 3–6 vrk kuluttua
    - haitat: huimaus, väsymys, painonnousu
  - **gabapentiini**
    - kuten pregabaliini, annos 300–2700mg/vrk
- **Opioidit**
  - **tramadoli** 25–100mg
  - **oksykontiini** 2,5–25 mg
    - toissijaisia, erityisesti jos kipua
- **Karbamatsepiini, okskarbatsepiini, lamotrigiini, topiramaatti**
  - saattavat auttaa sekundaarisessa muodossa

## Augmentaatio

- RLS oireiden paheneminen lääkehaittana, lääkelisäys voimistaa oireita (voi alkuun auttaa)

- Yleisimmin dopaminergisen lääkitykseen liittyvää, erityisesti levodopaa käytettäessä
- Oireet voimistuvat, leviävät uusiin kehonosiin, alkavat nopeammin levossa ja esim jo iltapäivällä
- Altistavana suuri lääkeannos, lääkehoidon pitkä kesto
- pyritään käyttämään pienintä mahdollista lääkeannosta
- Erotusdiagnostiikka toleranssista ja RLS:n luonnollisesta vaikeutumisesta ajan myötä voi olla haastavaa
  - toleranssissa oireet eivät yleensä vaikeudu alkuvaihetta hankalammaksi, ei tule uusia piirteitä
  - luonnollinen kulku yleensä hidasta
  - lääkeannoksen lisäys helpottaa

## Hoito

- Dopamiiniagonistiannoksen jako kahtia (toinen jo iltapäivällä), annoksen pienennys
- Vaihto toiseen dopamiiniagonistiin tai pitkävaikutteiseen muotoon
- Levodopan vaihto dopamiiniagonistiin
- Hidas vaihto dopamiiniagonistista gabapentiiniin/pregabaliiniin
- Tarvittaessa vaikeassa tilanteessa pieni opiaattiannos alkuun tukena
- Jos ferritiini matala → rautasubstituutio

## Seuranta

- PTH:ssa
- Sairauskertomukseen merkintä oireiden esiintyvyydestä, nukahtamisviiveestä, yöunen laadusta ja oireiden vaikeusasteesta (apuna IRLS ja ESS)

## Hoitoketju

- PTH diagnoosi ja hoidon aloitus
- Neurologin konsultaatio, jos
  - diagnostiset ongelmat, neurologisessa statuksessa on poikkeavia löydöksiä

- dopaminerginen lääkitys ensisijaislääkkeenä ei auta tai tulee sivuvaikutuksia
- epäillään augmentaatiota

## **Jaksoittainen yöllinen raajaliikehäiriö (periodic limb movement disorder, PLM) (ICD-10: G47.8)**

- Nilkan, jalkaterän ja usein polven toistuva, rytmisen koukistus unen aikana
- Yleinen löydös yö-/unipolygrafiassa, ei välttämättä merkityksellinen, mutta saattaa pirstoa unta ja aiheuttaa päiväväsymystä
- Non-REM unen aikana, yleensä ensimmäisen unipuoliskon aikana
- Unipolygrafia: 0.5-5 s liikkeitä, väh. 4 peräkkäisen liikkeen sarjoina, välissä 4–90 s tauko

### **Hoito**

- Ei ole tarpeellista hoitaa, ellei aiheuta yönunen rikkonaisuutta tai muuta selvää haittaa
- Sedatiivit, Klonatsepaami (Rivatriil) 0.5–2 mg iltaisin
- Gabapentiini, pregabaliini; dopamiiniagonistit

## **Bruksismi (ICD-10: F45.8)**

- Stereotyyppinen unenaikainen leukojenliike, purraan yhteen tai nirskutetaan
- Tavallinen erilaisissa purentaelin­häiriöissä (kiille­vauriot, kasvojen- ja pään kiputilat)
- Stressi lisää oireilua; nikotiini, kahvi, alkoholi pahentavat, lääk­keistä antipsykootit, SSRI-lääkkeet, stimulantit, kalsiumsalpaajat,

### **Hoito**

- Purentakisko (hammaslääkäri), pahentavien tekijöiden/lääkitysten poisto; mahd. botuliinihoito