

# Prevalentie en impact van het restlesslegssyndroom in de huisartsenpraktijk

Monique Baggen, Manuela Timmermans, Kees Moes, Al de Weerd

## Inleiding

Het restlesslegssyndroom (RLS) is een neurologische, vaak chronische aandoening die zich kenmerkt door een onrustig, onprettig en soms pijnlijk gevoel in de benen tijdens rust. Patiënten hebben dan een onweerstaanbare drang tot het bewegen van de benen. Beweging onderdrukt het onplezierige gevoel. De klachten kunnen ook in de voeten en in de armen optreden en manifesteren zich met name in de avond en 's nachts.<sup>1</sup> Ongeveer 80-90% van de patiënten heeft last van repetitieve, stereotype bewegingen van de benen tijdens de slaap, ook wel *periodic leg movements* (PLM's) genoemd.<sup>2</sup> De prevalentie van RLS in de algemene bevolking wordt geschat op 4-10%.<sup>3</sup>

De pathofysiologie van RLS is grotendeels onbekend. Volgens de huidige inzichten spelen afwijkingen in het dopaminerge systeem en het ijzermetabolisme in de hersenen en het ruggenmerg mogelijk een rol.<sup>3,4</sup> RLS wordt onderscheiden in een primaire en een secundaire vorm. De primaire vorm is idiopathisch of genetisch bepaald; de secundaire vorm kan verschillende oorzaken hebben, waaronder het gebruik van provocerende medicatie, nierfalen, zwangerschap en ijzerdeficiëntie. Ook neuropathie, radiculop-

athie, reumatoïde artritis en diabetes mellitus zijn vaak met RLS geassocieerd, maar gegevens over een oorzakelijk verband zijn schaars of tegenstrijdig.<sup>4</sup>

De diagnose van RLS kan alleen op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek worden gesteld. Leidraad hierbij zijn de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen en de diagnostische criteria volgens de International RLS Study Group (IRLSSG).<sup>1,5</sup> De differentiële diagnose bestaat uit aandoeningen die eveneens gepaard kunnen gaan met klachten en gevoel van onrust in de benen, zoals (nachtelijke) spierkrampen, acathisie, vaatlijden en dyskinesie bij de ziekte van Parkinson.<sup>6</sup> De hierboven genoemde NHG-Standaard adviseert bij medicamenteuze behandeling van RLS een dopamineagonist of clonazepam.

De epidemiologie van RLS in Nederland is tot nu in één onderzoek bij patiënten van 50 jaar en ouder en enkele huisartsenregistraties onderzocht.<sup>7-9</sup> In dit artikel bespreken wij de resultaten van het DECODE-RLS-onderzoek, een epidemiologisch onderzoek naar de prevalentie en impact van RLS bij patiënten van 18 jaar en ouder in de Nederlandse huisartsenpraktijk. DECODE-RLS is ook

## Samenvatting

Baggen MEJM, Timmermans EAY, Moes KJ, De Weerd AW. Prevalentie en impact van het restlesslegssyndroom in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2007;50(4):134-9.

**Doel** Inzicht krijgen in de prevalentie en impact van het restlesslegssyndroom (RLS) in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

**Opzet** Een kwantitatief onderzoek door middel van vragenlijsten en een diagnostisch interview.

**Methoden** Patiënten van 18 jaar en ouder die in een screeningsvragenlijst aangaven ten minste 2 dagen of nachten per week tamelijk tot heel hinderlijke RLS-klachten te hebben, werden uitgenodigd voor een vervolgsconsult. Dit consult bestond uit een gedetailleerd diagnostisch interview en gevalideerde vragenlijsten over de ernst van de klachten, het slaappatroon en de kwaliteit van leven. Bij een steekproef van 10% van de patiënten werd de diagnose op basis van een interview door een RLS-deskundige gevalideerd.

**Resultaten** In totaal vulden 2121 patiënten de screeningsvragenlijst in. Van hen hadden er 106 RLS (prevalentie na correctie voor uitvallers: 6%); 23,6% (25) had een matige tot ernstige vorm. RLS had een aanzienlijk negatief effect op de slaap en de kwaliteit van leven. Slechts een klein deel van de patiënten her-

kende zich al als RLS-patiënt (17/106) en/of gebruikte medicatie voor de klachten (9/106). Van de patiënten met matige tot ernstige RLS gebruikte bijna niemand medicatie (3/25).

**Conclusie** RLS komt in de Nederlandse huisartsenpraktijk regelmatig voor, maar wordt onvoldoende onderkend en behandeld.

M.E.J.M. Baggen, huisarts, Kloosterstraat 13, 5971 BB Grubbenvorst; E.A.Y. Timmermans, clinical R&D manager GlaxoSmithKline te Zeist; K.J. Moes, huisarts te Geldermalsen; dr. A.W. de Weerd, neuroloog, Slaapcentrum SEIN Zwolle.

Correspondentie: m.baggen@home.nl

Mogelijke belangenverstremming: ET is werkzaam bij GlaxoSmithKline, fabrikant van ropinirol. AdW heeft van meerdere geneesmiddelenproducenten, waaronder GlaxoSmithKline vergoedingen ontvangen voor het geven van voorlichting en heeft als contractonderzoeker voor de farmaceutische industrie gewerkt.

GlaxoSmithKline heeft het onderzoek geïnitieerd en gefinancierd en is verantwoordelijk voor de verzameling van gegevens. Gegevensverwerking en -analyses zijn uitgevoerd door Premark Services in de UK in opdracht van GlaxoSmithKline. Rapportage van de onderzoeksgegevens vond plaats door de auteurs in opdracht van GlaxoSmithKline.

### Wat is bekend?

- ▶ RLS is een relatief onbekend ziektebeeld.
- ▶ De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen definieert RLS als een specifieke slaapproblemen die met name inslaapproblemen geeft.
- ▶ De epidemiologie van RLS in Nederland is tot nu in één onderzoek bij patiënten van 50 jaar en ouder en enkele huisartsenregistraties onderzocht.

### Wat is nieuw?

- ▶ RLS komt met een prevalentie van 6% in de Nederlandse huisartsenpraktijk regelmatig voor.
- ▶ RLS heeft een negatief effect op de slaap en de kwaliteit van leven, maar wordt vaak niet herkend of gediagnosticeerd.
- ▶ RLS wordt vaak niet of inadequaet behandeld.

in 5 andere Europese landen en Australië uitgevoerd. Nederland is het eerste land waarvan de resultaten worden gepubliceerd.

### Methoden

DECODE-RLS vond in de zomer van 2004 bij 14 huisartsenpraktijken in Nederland plaats. In totaal werden 44 huisartsen benaderd. De selectie vond plaats op basis van een geografische spreiding over het hele land en een gelijke verdeling tussen platteland en stedelijk gebied. De huisartsen die deelnamen, hebben affiniteit met onderzoek. Redenen voor huisartsen om niet mee te doen waren: geen tijd, vakantie en geen interesse.

Het onderzoek bestond uit een wachtkameronderzoek van een week, waarbij aan alle patiënten van 18 jaar en ouder die tijdens die week de huisarts bezochten werd gevraagd een screeningsvragenlijst in te vullen. Patiënten waren op dat moment niet op de hoogte van het feit dat het om een onderzoek naar RLS ging. Met de screeningslijst selecteerden wij patiënten die aan alle vier diagnostische criteria van de IRLSSG voldeden (tabel 1).<sup>1</sup> Om ons te beperken tot klinisch relevante RLS, screenden wij ook op de frequentie en hinder van de klachten. Patiënten werden alleen ingesloten als zij alle vier diagnostische vragen met 'ja' beantwoordden en op de screeningslijst aangaven ten minste twee dagen of nachten per week tamelijk tot heel vervelende klachten te hebben. Voor de definitie van klinisch relevante RLS baseerden wij ons op een expertconsensus in eerder gepubliceerd onderzoek naar de prevalentie van RLS.<sup>10</sup>

Na screening vond een vervolgsconsult plaats met als doel de diagnose RLS en de noodzaak voor behandeling vast te stellen. Dit consult bestond uit een gedetailleerd interview over de aard van de klachten en de voorgeschiedenis van consulten. Patiënten bij wie de diagnose van RLS werd bevestigd vulden vervolgens drie vragenlijsten in over respectievelijk de ernst van de klachten (*International RLS Study Group rating scale*, IRLS: deze vragenlijst werd door de arts afgenomen),<sup>11</sup> het slaappatroon (*Medical Outcomes Study sleep scale*, MOS)<sup>12</sup> en de kwaliteit van leven (*Short*

*Form-36*, SF-36).<sup>13,14</sup> Ook gingen wij in hun dossiers na of de diagnose RLS al eens eerder gesteld was. Wij vroegen de huisarts om na het interview een inschatting te geven van de impact van de RLS-klachten op het welzijn en de gezondheid van de patiënt. AdW, RLS-deskundige en neuroloog, valideerde telefonisch de diagnose bij een steekproef van 10% van de patiënten na het vervolgsconsult. De deskundige kon hierbij alle ingevulde vragenlijsten van de betreffende patiënt inzien.

Tabel 1 Vragenlijst voor de diagnostiek van RLS

M1	Heeft u een terugkomend ongemakkelijk gevoel in uw benen als u zit of ligt, of heeft u dit gevoel soms gehad als u zit of ligt?
M2	Heeft u een terugkomende behoefte of dwang om uw benen te bewegen als u zit of ligt, of heeft u deze behoefte of dwang soms gehad als u zit of ligt?
M3	Wanneer dit gevoel of deze bewegingen zich voordoen, worden ze minder of verdwijnen ze als u opstaat en gaat lopen en zolang u blijft lopen?
M4	Wanneer dit gevoel of deze bewegingen zich voordoen, zijn ze 's avonds of 's nachts erger dan overdag?

### Toelichting op de vragenlijsten

De IRLS-rating scale bestaat uit 10 items die op een schaal van 0-4 de ernst van de klachten meten (0 = geen klachten, 4 = zeer ernstige klachten). Bij een totale score van 15-23 is sprake van mild-matige tot matige RLS; bij een totale score van 24-40 van matige tot ernstige RLS.

De MOS-schaal heeft 4 voor RLS relevante domeinen: slaapverstoring, slaapkwantiteit, slaapkwaliteit en slaperigheid overdag. Als norm hanteerden wij gegevens van een doorsnee Amerikaanse populatie.<sup>12</sup>

De SF-36-schaal bestaat uit 2 hoofdschalen: een hoofdschaal Fysiek en een hoofdschaal Mentaal. Beide schalen hebben 4 dimensies. In de hoofdschaal Fysiek zijn dat fysiek functioneren, lichamelijke pijn, fysieke rolbeperking en algemene gezondheid. In de hoofdschaal Mentaal zijn dat sociaal functioneren, vitaliteit, emotionele rolbeperking en geestelijke gezondheid. Als norm hanteerden wij gegevens van een doorsnee Nederlandse populatie.<sup>15</sup>

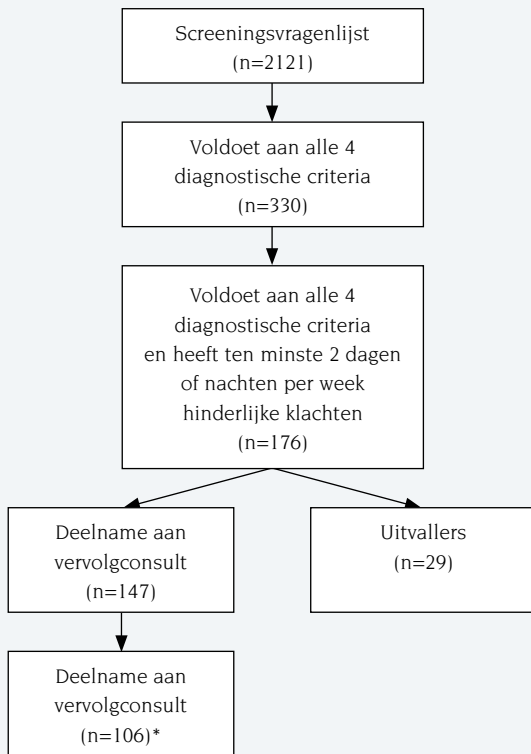
### Resultaten

In totaal vulden 2121 patiënten in de wachtkamer de screeningsvragenlijst in. Van hen beantwoordden 330 (15,6%) alle 4 diagnostische vragen met 'ja'; van hen hadden 176 patiënten (8,3%) tevens minstens 2 dagen of nachten per week last van tamelijk tot heel hinderlijke klachten. Uiteindelijk namen 147 patiënten deel aan het vervolgsconsult. De overige 29 wilden niet verder aan het onderzoek meewerken, omdat ze daar geen tijd of belangstelling voor hadden (figuur 1). Van deze groep non-respondenten zijn geen verdere gegevens verzameld, omdat zij hiertoe geen toestemming gaven.

### Prevalentie

Na het vervolgsconsult en de validering door de RLS-deskundige van de gegevens van 14 patiënten kregen 106 van de 147 patiënten de diagnose RLS. De diagnostische vragenlijst geeft in 72% (106/147) van de gevallen dus een correcte diagnose. De 41

**Figuur 1** Stroomdiagram DECODE-RLS



\* Bij een steekproef van 10% werd na het vervolgconsult de diagnose door een RLS-deskundige telefonisch gevalideerd.

patiënten bij wie de diagnose niet werd bevestigd, bleken andere aandoeningen te hebben, bijvoorbeeld (nachtelijke) spierkrampen (12,2%), artritis, houdingsproblemen en vaatlijden (elk 4,8%). Als we aannemen dat de proportie RLS-patiënten onder de 29 uitvallers vergelijkbaar is met die onder het totale aantal van 176 respondenten dat aan alle inclusiecriteria voldeed, dan is de prevalentie van RLS in dit onderzoek 6% ( $(106/147 \times 176) / 2121$ ). RLS kwam in alle leeftijdscategorieën tussen de 20 en 80 jaar voor, maar de prevalentie nam toe met de leeftijd. De gemiddelde leeftijd van de RLS-patiënten was 55,7 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de symptomen van RLS begonnen, was 42,3 jaar. De meeste patiënten waren vrouw (75,5%).

#### RLS-symptomen

Bij de meeste patiënten traden de klachten of verergering hiervan op als ze in bed lagen (84%), lang stilstaten (67%) of lang stonden (45,3%). De klachten hadden een aanzienlijk effect op de slaap: 64,2% gaf aan ten minste 2 nachten per week slecht te slapen; 17,9% sliep elke nacht slecht. Bijna een kwart (22,2%) zei dat hun partner negatieve gevolgen ondervond, variërend van het maken van slaafafspraken tot een verminderd functioneren van de partner overdag en een negatieve impact op de verstandhouding en de seksuele relatie. In 40,9% van de gevallen was volgens de partner sprake van herhaaldelijke schop- of trapbewegingen tijdens de slaap (PLM's).

#### IRLS-rating scale

In de groep van 106 RLS-patiënten was de totale IRLS-score gemiddeld  $19,90 \pm 5,89$ . Bij 25 patiënten (23,6%) was sprake van matige tot ernstige RLS, dat wil zeggen een totale IRLS-score van 24 of hoger.

#### MOS-schaal

Op de MOS-schaal waren patiënten met RLS voor alle relevante domeinen slechter af ten opzichte van de algemene bevolking. RLS-patiënten hadden ten opzichte van de norm vaker last van een verstoorde slaap en van slaperigheid overdag. Ook de slaapkwaliteit en -kwantiteit waren in de groep met RLS onder de norm (tabel 2). De patiënten met matige tot ernstige RLS hadden ten opzichte van de totale groep van RLS-patiënten een opvallend slechtere score voor slaapkwaliteit (31,3). Scores voor slaapverstoring (56,4) en slaperigheid overdag (41,7) waren eveneens slechter, maar het verschil met de totale groep van RLS-patiënten was kleiner. Er was geen verschil in slaapkwantiteit (5,6 uur).

**Tabel 2** Slaapkwaliteit gemeten volgens de MOS-schaal, gemiddelde scores

MOS-subschaal	DECODE-RLS (n=106)	Algemene bevolking (n=1011)*
Slaapverstoring (4 items) <sup>†</sup>	50,22	24,47
Slaapkwantiteit (1 item) <sup>‡</sup>	5,44 uur	6,79 uur
Slaapkwaliteit (2 items) <sup>†</sup>	48,17	60,47
Slaperigheid overdag (3 items) <sup>†</sup>	39,53	21,89

\* Norm Amerikaanse bevolking. Hays RD, Martin SA, Sesti AM, Spritzer KL. Psychometric properties of the Medical Outcomes Study sleep measure. *Sleep Med* 2005;6:41-4.

<sup>†</sup> Meting op een schaal van 0 tot 100. Hoe hoger de score, des te sterker het concept aanwezig is.

<sup>‡</sup> Gemiddeld aantal uren slaap.

MOS = Medical Outcomes Study sleep scale

#### Kwaliteit van leven

Patiënten met RLS scoorden op alle individuele domeinen van de SF-36-schaal onder de norm voor de algemene bevolking (tabel 3). De laagste score werd waargenomen voor vitaliteit (53), de hoogste score voor sociaal functioneren (73). Scores voor de hoofdschalen Mentaal (48) en Fysiek (41) waren eveneens lager dan de norm (50). Vrouwen hadden voor alle 8 domeinen lagere scores dan mannen. Het verschil was het grootst voor de domeinen in de hoofdschaal Mentaal. De patiënten met matige tot ernstige RLS hadden ten opzichte van de totale groep van RLS-patiënten opvallend lagere scores voor fysieke rolbeperking (51), algemene gezondheid (53), vitaliteit (43) en lichamelijke pijn (42). Na het uitgebreide diagnostisch interview concludeerde 62,3% van de huisartsen dat RLS een negatief effect heeft op welzijn en gezondheid.

#### Consult, diagnose en behandeling

In totaal gaven 47 van de 106 patiënten met RLS (44,3%) aan de klachten eerder met een arts te hebben besproken. Het ging dan meestal om een onaangenaam gevoel in de benen, slaapproblemen of beide. Van deze 47 patiënten zeiden er 27 (25%, 27/106) eerder een diagnose voor de klachten te hebben gekregen; 17 patiënten (16%, 17/106) zeiden dat dit RLS was. Volgens de dos-

**Tabel 3** Kwaliteit van leven gemeten volgens de SF-36-schaal, gemiddelde scores (SD)\*

SF-36-dimensie	DECODE-RLS (n=106)	Algemene bevolking, gestandaardiseerd naar leeftijd (n=1742)†	Algemene bevolking, gestandaardiseerd naar geslacht (n=1742)†
Fysiek functioneren	65 (25)	78 (22)	82 (23)
Fysieke rolbeperking	58 (43)	71 (38)	75 (37)
Lichamelijke pijn	56 (24)	72 (24)	73 (23)
Algemene gezondheid	60 (21)	67 (20)	70 (20)
Sociaal functioneren	73 (26)	82 (23)	83 (23)
Emotionele rolbeperking	64 (42)	81 (34)	80 (34)
Vitaliteit	53 (21)	67 (20)	66 (19)
Geestelijke gezondheid	72 (19)	76 (18)	75 (18)

\* Scores werden gemeten op een schaal van 0 tot 100. Hoe hoger de score, des te hoger het niveau van functioneren of welzijn.

† Norm Nederlandse bevolking. Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.  
SF-36 = Short Form-36

siers had 21,7% eerder de diagnose RLS gekregen. Bij 16 van hen (15%, 16/106) was de diagnose in de afgelopen 5 jaar gesteld. Ten tijde van ons onderzoek gebruikten 9 van de 47 patiënten medicatie voor hun klachten. Deze medicatie was voorgeschreven door de huisarts. In de meeste gevallen was dat clonazepam of hydrokinine. Van de 25 patiënten met matige tot ernstige RLS gebruikten er 3 medicatie; één van hen gebruikte een dopamineagonist.

### Beschouwing

Ons onderzoek laat zien dat RLS regelmatig in de huisartsenpraktijk voorkomt, maar dat het vaak niet wordt gediagnosticeerd en niet of inadequaet wordt behandeld. RLS-klachten hebben een negatieve impact op de slaap en op de kwaliteit van leven.

### RLS komt regelmatig voor

De prevalentie van RLS in ons onderzoek is vergelijkbaar met die in het REST (*RLS Epidemiology, Symptoms, and Treatment*)-onderzoek. In dit onderzoek, waarvan de opzet vergelijkbaar is met die van DECODE-RLS, werd onder 23.052 patiënten in huisartsenpraktijken in 5 westerse landen een prevalentie van gemiddeld 3,4% gevonden (bereik: 2,1-5,8%).<sup>16</sup> De toename van de prevalentie met de leeftijd en de hogere prevalentie onder vrouwen in ons onderzoek is behalve in het REST-onderzoek ook in andere onderzoeken beschreven.<sup>1,17,18</sup> Het aantal vrouwen dat ten tijde van ons onderzoek zwanger was, was klein (n=3) en had daarom geen invloed op de resultaten. De epidemiologie van RLS in Nederland is tot nu in enkele huisartsenregistraties en in één onderzoek bij patiënten van 50 jaar en ouder onderzocht. De *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* van het NIVEL liet een prevalentie van 2,2/1000 ingeschrevenen per jaar (95%-BI 1,8-2,6) zien.<sup>8</sup> In het jaarrapport van het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO) werd de prevalentie van gediagnosticeerde RLS geschat op 1,4/1000 ingeschrevenen per jaar.<sup>9</sup> De prevalentie van gediagnosticeerde RLS in ons onderzoek is 1,5/1000 spreekuurbezoekers per jaar (16 diagnoses in de afgelopen 5 jaar per 2121 patiënten). Het eerdergenoemde onderzoek bij patiënten vanaf 50 jaar in een representatieve huisartsenpraktijk vond een prevalentie van 7,1%.<sup>7</sup> De prevalentie per jaar werd in dit onderzoek niet gegeven.

Wij realiseren ons dat een vergelijking met bovenvermelde onderzoeken op basis van prevalentie niet geheel terecht is, daar wij het aantal spreekuurbezoekers als uitgangspunt hebben genomen om de prevalentie en incidentie in de huisartsenpraktijk te bepalen. Spreekuurbezoekers zijn niet identiek aan ingeschrevenen. Het aantal spreekuurbezoekers is naar onze mening wel een representatieve steekproef van het aantal ingeschrevenen.

### RLS heeft effect op slaap en kwaliteit van leven

Gecontroleerde onderzoeken toonden eerder aan dat slaapperelateerde klachten zoals inslaap-

problemen, verstoorde slaap en vermoeidheid en slaperigheid overdag, maar ook depressieve gevoelens en concentratieproblemen bij RLS-patiënten vaker voorkomen dan bij patiënten zonder RLS.<sup>7,19,20</sup> In het REST-onderzoek maakte 88% van de patiënten melding van slaapperelateerde klachten en gaf 43% aan deze als meest hinderlijk te ervaren.<sup>16</sup> Andere onderzoeken toonden eerder aan dat de kwaliteit van leven van RLS-patiënten slechter is dan die van de algemene bevolking en slechter dan of vergelijkbaar met die van patiënten met andere chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, osteoartritis, diabetes mellitus type 2 en depressie.<sup>10,21</sup>

Onze vergelijking van MOS- en SF-36-scores van RLS-patiënten met die van de algemene bevolking is wellicht een overschatting van het effect dat RLS op de slaap en de kwaliteit van leven heeft. Het is immers niet duidelijk wat de impact is van de klachten waarvoor patiënten in eerste instantie de huisarts bezochten. Het gebrek aan een controlegroep van eveneens zieke mensen die de huisarts bezoeken, is een beperking van ons onderzoek. Echter, onze bevinding dat patiënten met matige tot ernstige RLS overwegend slechtere scores hebben dan de totale groep van RLS-patiënten duidt erop dat bij toename van de klachten het effect op de slaap en de kwaliteit van leven groter wordt.

Ongeveer 40% van de RLS-patiënten in ons onderzoek had last van PLM's. PLM's duren gemiddeld 0,5 tot 5 seconde en treden om de 20 tot 40 seconden op. Het is bekend dat zij de slaap ernstig kunnen verstoren en de RLS-klachten de volgende avond als gevolg van vermoeidheid overdag kunnen verergeren.<sup>4</sup> Het percentage patiënten met PLM's in ons onderzoek is lager dan de 80-90% uit polysomnografisch onderzoek.<sup>2</sup> Dit komt mogelijk door het feit dat PLM's in ons onderzoek door de partner van de patiënt zijn gerapporteerd.

### Onderdiagnose

Evenals als uit het REST-onderzoek blijkt uit ons onderzoek dat maar een klein deel van de RLS-patiënten eerder een juiste diagnose heeft gekregen. Dit blijkt zowel uit de patiëntendossiers als uit het aantal patiënten dat zelf aangeeft eerder een diagnose te

hebben gekregen. Hoe de diagnose RLS destijds is gesteld, is niet bekend. Door gebrek aan onderzoek is tot nu toe weinig bekend over RLS. RLS-patiënten gaan niet snel met hun klachten naar de huisarts en als ze gaan, dan zijn hun klachten voornamelijk gerelateerd aan slaap, een onaangenaam gevoel in de benen of beide. Het ziektebeeld wordt daardoor niet direct herkend. Dit gegeven, in combinatie met de impact van de klachten, geeft volgens ons de noodzaak weer om in de huisartsenpraktijk meer bekendheid te geven aan RLS. Ons onderzoek laat zien dat de diagnose met behulp van vier diagnostische vragen op een eenvoudige manier kan worden gesteld.

### Onderbehandeling

Tot slot laat ons onderzoek zien dat RLS meestal niet of inadequaat wordt behandeld. Patiënten met matige tot ernstige klachten die in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling krijgen zelden medicatie voorgeschreven die aantoonbaar effectief is bij RLS. Dit was ook de conclusie van het REST-onderzoek.<sup>16</sup> Dopamineagonisten, in de NHG-Standaard aangemerkt als middelen van eerste keus bij aanhoudende, ernstige RLS, werden vrijwel niet voorgeschreven.

Een van de meest voorgeschreven middelen in ons onderzoek was hydrokinine, terwijl dit bij RLS niet effectief is.<sup>22</sup> Toch is hier wel een verklaring voor te geven.

(Nachtelijke) spierkrampen was de meest voorkomende differentiatie diagnose om patiënten uit te sluiten van ons onderzoek. In de huisartsenpraktijk worden spierkrampen waarschijnlijk ten onrechte gediagnosticeerd als 'restless legs'.<sup>23</sup> Dit zou het frequente gebruik van hydrokinine in onze onderzoekspopulatie kunnen verklaren. In tegenstelling tot RLS is bij spierkrampen heftige pijn het belangrijkste kenmerk.<sup>23,24</sup>

### Conclusie

Ons onderzoek levert een bijdrage aan een beter inzicht in de prevalentie van RLS in Nederland en de impact van het ziektebeeld op de patiënt. Het is van belang dat huisartsen het ziektebeeld tijdig herkennen om zo de zorg te geven die nodig is. Wij denken ook dat de vier diagnostische vragen uit ons onderzoek een welkome en eenvoudige aanvulling zijn voor het stellen van de diagnose van RLS en een eerste aanzet tot behandeling.

### Dankbetuiging

Wij danken de volgende personen voor hun medewerking aan dit onderzoek: G.J.M. van Doesburg, Lichtenvoorde; A. de Jong, Hoogwoud; M.M.J. Meindersma, Vaals; P.J. Meurs, Soerendonk; G.L. Nijessen, Alphen a/d Rijn; H. Prak, Musselkanaal; Huisartsenpraktijk LSV Nijverdal (E. Ligthart, J.A. van Soest, W. Veerman); I.C. Spelt, Wassenaar; P.A.H. Top, Zwijndrecht; A. Veerman, Huizen; C. Wille, Hoofddorp; C.M.M.F. Winkens, Oosterhout; E.H.R. Wins, Woerden.

### Literatuur

1 Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J, et al. Restless legs syndrome: Diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003;4:101-19.

### Abstract

Baggen MEJM, Timmermans EAY, Moes KJ, De Weerd AW. Prevalence and impact of Restless Legs Syndrome (RLS) in primary care. *Huisarts Wet* 2007;50(4):134-9.

**Objective** To obtain insight into the prevalence and impact of Restless Legs Syndrome (RLS) in Dutch primary care.

**Design** A quantitative study based on questionnaires and a diagnostic interview.

**Methods** Patients aged 18 years and older with at least twice-weekly RLS symptoms with moderate or severe impact (based on a screener questionnaire) were asked to participate in a detailed diagnostic interview and to complete validated questionnaires on the severity of symptoms, sleep-related problems and quality of life. A random selection of 10% of patients were interviewed by telephone by an RLS-expert to validate the diagnosis.

**Results** A total of 2,121 patients completed the screener questionnaire. Of these, 106 had RLS (prevalence after adjustment for dropouts: 6%); 23.6% had a moderate to severe form. RLS had a negative impact on sleep and quality of life. Only a minority of patients identified themselves as RLS-patients (17/106) and/or used medication to treat their symptoms (9/106). Patients with moderate to severe RLS hardly used medication to treat symptoms (3/25).

**Conclusion** RLS occurs frequently in Dutch primary care but is underdiagnosed and undertreated.

- 2 Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G, Lapierre O, Lesperance P. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: A study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord* 1997;12:61-5.
- 3 Garcia-Borreguero D, Odin P, Schwarz C. Restless legs syndrome: An overview of the current understanding and management. *Acta Neurol Scand* 2004;109:303-17.
- 4 Allen RP, Earley CJ. Restless legs syndrome: A review of clinical and pathophysiologic features. *J Clin Neurophysiol* 2001;18:128-47.
- 5 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapproblemen. *Huisarts Wet* 2005;48:402-15. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
- 6 De Groen JHM, Cluydts R. Dyssomnieën. In: Van Bommel AL, Beersma DGM, De Groen JHM, Hofman WF, redactie. *Handboek slaap en slaapproblemen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- 7 Rijsman R, Knuistingh Neven A, Graffelman W, Kemp B, De Weerd A. Epidemiology of restless legs in the Netherlands. *Eur J Neurol* 2004;11:607-11.
- 8 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 9 Ong RSG, De Waal MWM, De Jong HJ. RNUH-LEO Basisrapport XI. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum, 2005.
- 10 Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005;165:1286-92.
- 11 Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, et al. International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003;4:121-32.
- 12 Hays RD, Martin SA, Sesti AM, Spritzer KL. Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Med* 2005;6:41-4.

- 13 Ware JE, Snow KK, Kosinski M. SF-36® Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated, 2000.
- 14 Ware JE, Kosinski M. The SF-36® Physical and Mental Summary Scales: A Manual for Users of Version 1, 2nd ed. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated, 2000.
- 15 Aaronson NK, Muller M, Cohen PDA, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.
- 16 Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Med* 2004;5:237-46.
- 17 Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, Ulrich J, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004;164:196-202.
- 18 Rothdach AJ, Trenkwalder C, Habersack J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population: The MEMO study. *Neurology* 2000;54:1064-8.
- 19 Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, Edling C. Prevalence of restless legs syndrome among men aged 18 to 64 years: An association with somatic disease and neuropsychiatric symptoms. *Mov Disord* 2001;16:1159-63.
- 20 Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, Edling C. Restless Legs Syndrome among working-aged women. *Eur Neurol* 2001;46:17-9.
- 21 Abetz L, Allen R, Follet A, Washburn T, Earley C, Kirsch J, et al. Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. *Clin Ther* 2004;26:925-35.
- 22 Van Dijk JG, Bollen EL, Slootweg J, Van der Meer CM, Durian FW, Zwiderman AH. Geen verschil in werkzaamheid tussen hydrokinine en placebo bij 'restless-legs'-syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:759-63.
- 23 Inan-Arslan N, Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Nachtelijke krampten. *Huisarts Wet* 2006;49:215-7.
- 24 Boot P, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Restless legs-syndroom. *Huisarts Wet* 2003;46:57.

# Behandeling van bovensteluchtweginfecties met antibiotica in de Nederlandse huisartsenpraktijk

## Een vergelijking tussen 1987 en 2001

*Marijke Kuyvenhoven, Ted van Essen, François Schellevis, Theo Verheij*

### Inleiding

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor ongeveer 85% van de extramuraal voorgeschreven systemische antibiotica, waarbij luchtweginfecties de meest voorkomende indicaties zijn.<sup>1</sup> Deze episodes vormen een forse werklust voor de huisarts. Onderzoek heeft aangetoond dat antibiotica alleen zijn geïndiceerd bij hoogrisicopatiënten (bijvoorbeeld oudere patiënten met relevante comorbiditeit of zeer jonge kinderen) om een voortslepend beloop en complicaties te voorkomen, en bij ernstig zieke patiënten.<sup>2-4</sup>

Nederlandse artsen schrijven relatief weinig antibiotica voor in vergelijking met andere Europese artsen. Toch werd in 1998 geschat dat ongeveer de helft van de antibioticavoorschriften voor luchtweginfecties waarschijnlijk medisch niet noodzakelijk was.<sup>5</sup> Dit is ongewenst: overprescriptie geeft onnodige risico's op bijwerkingen, bevordert het opnieuw consulteren van de arts voor vergelijkbare problemen en vergroot het risico op antimicrobiële resistentie.

Begin jaren '90 publiceerde het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) richtlijnen voor diagnostiek en beleid van bovensteluchtweginfecties: OMA (1990), acute keelpijn (1990) en sinusitis

(1993).<sup>6-8</sup> Deze NHG-Standaarden stonden een terughoudend beleid voor en bevatten indicaties voor antimicrobiële behandeling. Het is onbekend of de standaarden daadwerkelijk hebben geleid tot minder antibioticagebruik. De gegevens van het Genees- en hulpmiddel Informatie Project (de GIPdatabank van het CVZ) geven daar geen aanwijzingen voor, maar deze betreffen het totale extramuraal antibioticagebruik en zijn niet aan indicaties te koppelen.<sup>1</sup> Meer inzicht in de ontwikkeling van voorschrijfgegevens zou zinvol zijn voor kwaliteitszorg.

Dit onderzoek heeft in kaart gebracht of huisartsen in 2001 anders omgaan met het voorschrijven van antibiotica bij bovensteluchtweginfecties dan in 1987. De nationale morbiditeitonderzoeken van het NIVEL, uitgevoerd vóór (1987) en na (2001) de publicatie van de NHG-standaarden, maakten deze vergelijking mogelijk. In de analyse werden betrokken: de frequentie waarmee antibiotica werden voorgeschreven, het voorschrijfvolume en de incidenties van bovensteluchtweginfecties.