La sindrome delle gambe senza riposo associata a disturbi psichiatrici

Data 17 gennaio 2006
Categoria psichiatria_psicologia

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS = Restless Leg Syndrome) è spesso associata a sintomi psichiatrici come ansia e depressione.

E' quanto riportano alcuni ricercatori al 71° meeting dell'American College of Chest Physicians, tenutosi a Montreal nell'ottobre2005.
E' stata condotta una intervista telefonica su adulti (>= 18 anni) scelti in maniera randomizzata (1506 soggetti intervistati, di cui 775 donne, età media 49 anni).
I sintomi della sindrome sono stati riferiti dal 9,7% dei soggetti (8% uomini e 11% donne). I fattori di rischio più importanti associati alla sindrome erano: fumo, disoccupazione, reflusso gastroesofageo, patologia articolare, diabete, depressione eansia.
Altri fattori di rischio sono l'apnea notturna e l'insonnia, difficoltà all'addormentamento, guidare quando si è molto stanchi ed eccessivo affaticamento durante la giornata.
I soggetti con RLS hanno più probabilità di arrivare tardi al lavoro, di perdere il lavoro stesso o di compiere errori durante le loro mansioni.
La sindrome presenta un ritmo circadiano e peggiora di notte. I pazienti descrivono il loro disturbo non tanto come dolore quanto come necessità di muovere le gambe.

Fonte: CHEST 2005: 71st Annual Meeting of the American College of Chest

Commento di Renato Rossi
La sindrome delle gambe senza riposo è un disturbo molto comune, ma la sua prevalenza nella medicina di famiglia non è nota. Alcuni autori americani hanno esaminato 2099 adulti (età media 46 anni, 98% bianchi) afferenti ad un primary care practice durante un intero anno. La diagnosi della sindrome veniva posta in presenza di tutti e quattro i seguenti criteri:
1) necessità di muovere le gambe, di solito accompagnata da sensazioni sgradevoli alle gambe stesse (che il paziente trova difficoltà a descrivere)
2) aggravemento dei sintomi col riposo
3) i sintomi migliorano se il paziente cammina
4) peggioramento dei sintomi durante la notte
Il 24% dei soggetti esaminati presentava una positività a tutti i criteri. I più colpiti sono gli anziani e le donne. Circa metà dei pazienti riferiva comparsa dei sintomi diverse volte alla settimana e trovava il disturbo molto fastidioso.
La prevaelenza della RLS secondo lo studio recensito in questa pillola è invece molto più bassa e in linea con quella di altri studi precedenti (9%-15%). Viene confermato inoltre che la malattia può contribuire ad aggravare altri disturbi come la depressione o l'ansia.
La causa non è nota: nelle forme primarie si invoca una alterazione dei recettori dopaminergici e/o una base genetica; vi sono anche forme secondarie a deficit di ferro o ad insufficienza renale cronica.
La terapia prevede l'uso di agonisti dopaminergici (pergolide, pramipexolo, ropirinolo) come farmaci di primo impiego .
L'alternativa è rappresentata dal gabapentin oppure dagli ipnotici-sedativi o dagli oppiacei (una scelta che in Italia appare difficile). L'American Academy of Sleep Medicine consiglia l'ossicodone e il propossifene, anche se non ci sono studi diretti di paragone tra i vari farmaci. Secondo autori americani la tolleranza si sviluppa velocemente quando si usano ipnotici sedativi (come il clonazepam) mentre la maggior parte dei pazienti può continuare per anni con la stessa dose di oppiacei. Se i sintomi sono occasionali si può ricorrere anche alla levodopa (50-100 mg) da assumere prima di coricarsi. Se la sindrome comporta anche dolore si può ricorerre al gabapentin oppure agli oppiacei. Se la sindrome si associa un deficit di ferro è necessario somministrare sali di ferro fino a che i livelli di ferritina diventano adeguati. Dopo la correzione del deficit marziale in molti pazienti si assiste ad un miglioramento del quadro clinico tale per cui non è più necessaria la terapia con agonisti dopaminergici.

Bibliografia

1. Nichols DA et al. Restless legs syndrome symptoms in primary care: A prevalence study. Arch Intern Med 2003 Oct 27;163:2323-9.
2. Earley CJ. Restless Legs Syndrome. N Engl J Med 2003 May 22; 348: 2103-2109