

Aanbevelingen

Bij de aanpak van RLS kan het noodzakelijk zijn, om naast een aantal algemene maatregelen, een medicamenteuze behandeling te overwegen. Op basis van de weinige gegevens die beschikbaar zijn en op basis van de klinische ervaring, kunnen volgende aanbevelingen worden gedaan. In aanwezigheid van ernstige symptomen kan toediening van een dopamine-agonist in lage dosis, b.v. pramipexol of ropinirol, worden overwogen [n.v.d.r.: gezien hun ongewenste effecten zijn de ergotderivaten niet aanbevolen]. Levodopa is geen eerste keuze gezien het risico van tachyfyllaxis en verergering van de symptomen. Toediening van een benzodiazepine zoals clonazepam kan in bepaalde gevallen nuttig zijn, maar langdurig gebruik is af te raden. Op basis van de beschikbare gegevens is gebruik van anti-epileptica en opiaten niet gerechtvaardigd.

Naar Anoniem. Managing patients with restless legs. *Drug and Therapeutics Bulletin* 2003;41:81-83
Early CJ. Restless Legs Syndrome. *New Engl J Med* 2003;348:2103-09

Specialiteitsnamen

Bromocriptine: Parlodel[®]

Carbamazepine: Merck-Carbamazepine[®], Tegretol[®]

Clonazepam: Rivotril[®]

Dextropropoxyfen: Depronal[®]

Gabapentine: Neurontin[®]

Levodopa: Prolopa, Sinemet[®]

Methadon: Mephenon[®]

Oxycodon: niet beschikbaar in België

Pergolide: Permax[®]

Pramipexol: Mirapexin[®]

FLASH

- In de Folia van november 2004 werden naar aanleiding van recente studies, de indicaties van ACE-inhibitoren en sartanen besproken. Na het ter perse gaan van dat Folia-nummer verschenen in de *New England Journal of Medicine* [2004;351:2058-68, met editoriaal 2004;351:2115-17] de resultaten van de **PEACE-studie**. Dit is een gerandomiseerde, dubbelblinde studie waarbij de ACE-inhibitor **trandolapril** werd vergeleken met placebo bij patiënten met stabiel coronairlijden en met normale of licht gedaalde linkerventrikelfunctie. Bij deze patiënten die meestal reeds de standaardbehandeling kregen (acetylsalicylzuur, een statine, antihypertensieve behandeling) werd met trandolapril geen bijkomend voordeel op morbiditeit en mortaliteit gezien. In de Folia van november 2004 werd reeds opgemerkt dat, volgens sommigen, bij patiënten met coronairlijden maar zonder duidelijke andere risicofactor, het niet aangegeven is systematisch over te gaan tot levenslange behandeling met een ACE-inhibitor. De resultaten van de PEACE-studie versterken deze terughoudendheid.