

MIKAEL LEPISTÖLL, terveyskeskuslääkäri
Paraisten terveysasema**ANNA LAMPIO**LL, terveyskeskuslääkäri
Porin perusturva**PÄIVI POLO**LT, dosentti, naistentautien
ja synnytysten erikoislääkäri,
perinatologi, synnytys- ja
naistentautiopin kliininen opettaja
TYKS Naistenklinikka ja Turun
yliopisto
paivi.polo@tyks.fi

Raskaus ja levottomat jalat -oireyhtymä

- Levottomat jalat -oireyhtymä on raskaana olevilla 2–3 kertaa yleisempi kuin taustaväestössä.
- Oireet yleistyvät ja usein myös voimistuvat raskauden edetessä. Eniten oireita esiintyy kolmannelle raskauskolmanneksella.
- Levottomat jalat -oireyhtymä vaikeuttaa merkittävästi nukahtamista, huonontaa unen laatua ja aiheuttaa päiväväsymystä.
- Oireyhtymän etiologia on osittain epäselvä, mutta raskauden aikana ilmenevä raudanpuuteanemia on merkittävä riskitekijä.
- Raskauden aikana suositellaan ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitoja. Riittävä raudan ja foolihapon saanti on varmistettava.

Levottomat jalat -oireyhtymä (restless legs syndrome, RLS, tai Willis Ekbon disease, WED) on nukahtamista ja unen laatua heikentävä neurosensorinen liikehäiriö (1). Sen etiologiaa ei vielä täysin tunneta, mutta tila on yhdistetty aivojen vähäiseen dopamiinipitoisuuteen ja raudanpuuteanemiaan (2,3,4). Se on naisilla yleisempi kuin miehillä. Normaali-ikäisessä väestössä oireyhtymän esiintyvyys on 5–15 % (5), mutta raskauden aikana esiintyvyys kasvaa ja oireet vaikeutuvat (6).

Diagnostiikka

Levottomien jalkojen oireyhtymään kuuluvia oireita ovat epämiellyttävät tuntemukset, kuten

Levottomat jalat -oireyhtymä voidaan diagnosoida kliinisesti.

pistely, kutina ja kirvely, etenkin alaraajoissa. Oireet ilmaantuvat levossa ja pahenevat iltaa ja yötä kohti. Kävely, kehon liikuttelu tai jalkojen venyttely tuo yleensä hetkellisen helpotuksen oireisiin, ja siksi potilaat kokevat voimakasta tarvetta liikutella raajojaan (4). Oireet vaihtelevat lievistä sietämättömiin, ja ne heikentävät unen laatua ja vähentävät sen määrää.

Kansainväliset The International Restless Legs Study Groupin (TIRLSG) laatimat levottomat jalat -oireyhtymän diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa (taulukko 1) (7), samoin diagnoosia tukevia piirteitä (taulukko 2) (7,8).

Levottomat jalat -oireyhtymä voidaan diagnosoida kliinisesti, ilman neurofysiologisia mittauksia (7). Erotusdiagnostiikassa tulee ottaa huomioon muun muassa elektrolyyttihäiriöt, perifeerinen neuropatia ja vaskulopatia, hermotointeet ja selkäperäiset säteilykivut. Oireet tulee erottaa myös yöllisistä jalkakrampeista ja asentoon liittyvästä puutumuksesta.

Etiologia ja riskitekijät

Levottomat jalat -oireyhtymästä erotetaan primaarinen ja sekundaarinen muoto. Primaarinen muoto on usein idiopaattinen, mutta 40 %:ssa tapauksista sillä on havaittu olevan geneettinen tausta.

Oireyhtymän on havaittu olevan yhteydessä keskushermoston dopamiiniaineenvaihdunnan muutoksiin: dopamiinin määrää tai aktiivisuutta lisäävät lääkkeet helpottavat oireita (9,10), ja toisaalta dopamiiniantagonistit voivat pahentaa niitä (11,12). Oireet noudattavat normaalin dopamiiniaineenvaihdunnan kaltaista vuorokausivaihtelua: dopamiinin pitoisuus ja dopamiinireseptorien aktiivisuus ovat suurimmillaan aamulla ja pienimmillään myöhään illalla (4).

Levottomat jalat -oireyhtymän patofysiologiaa käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu yhteys aivojen rautapitoisuuteen ja -metaboliaan. Rauta toimii kofaktorina tyrosiinihydroksilaasin valmistuksessa, joka puolestaan säätelee levodopan muuntumista dopamiiniksi (kuvio 1). Myös folaattia tarvitaan dopamiinin valmistuksessa (4).

Tutkimuksissa onkin havaittu levottomat jalat -oireyhtymän yleistyvän raudanpuutostilanteissa (3,13). Normaalin raskauden aikana

KIRJALLISUUTTA

- 1 Wetter TC, Stiasny K, Kohnen R, Oertel WH, Trenkwalder C. Polysomnographic sleep measures in patients with uremic and idiopathic restless legs syndrome. *Mov Disord* 1998;13:820–4.
- 2 Wetter TC, Eisenstein I, Trenkwalder C. Functional neuroimaging studies in restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004;5:401–6.
- 3 Allen R. Dopamine and iron in the pathophysiology of restless legs syndrome (RLS). *Sleep Med* 2004;5:385–91.
- 4 Patrick LR. Restless legs syndrome: Pathophysiology and the role of iron and folate. *Altern Med Rev* 2007;12:101–12.
- 5 Zucconi M, Ferini-Strambi L. Epidemiology and clinical findings of restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004;5:293–9.
- 6 Manconi M, Govoni V, De Vito A ym. Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004;5:305–8.
- 7 American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders – third edition (ICSD-3). Darien, Illinois 2014.
- 8 Partinen M. Levottomat jalat. *Duodecim* 2006;122:2999–3008.
- 9 Earley CJ, Yaffee JB, Allen RP. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pergolide in restless legs syndrome. *Neurology* 1998;51:1599–602.
- 10 Trenkwalder C, Stiasny K, Pollmacher T ym. L-dopa therapy of uremic and idiopathic restless legs syndrome: A double-blind, crossover trial. *Sleep* 1995;18:681–8.
- 11 Winkelmann J, Schadrack J, Wetter TC, Ziegler-Gansberger W, Trenkwalder C. Opioid and dopamine antagonist drug challenges in untreated restless legs syndrome patients. *Sleep Med* 2001;2:57–61.
- 12 Montplaisir J, Lorrain D, Godbout R. Restless legs syndrome and periodic leg movements in sleep: The primary role of dopaminergic mechanism. *Eur Neurol* 1991;31:41–3.
- 13 Oka Y, Ioue Y. Secondary restless legs syndrome. *Brain Nerve* 2009;61:539–47.
- 14 Manconi M, Govoni V, De Vito A ym. Restless legs syndrome and pregnancy. *Neurology* 2004;63:1065–9.
- 15 Suzuki K, Ohida T, Sone T ym. The prevalence of restless legs syndrome among pregnant women in Japan and the relationship between restless legs syndrome and sleep problems. *Sleep* 2003;26:673–7.
- 16 Neau JP, Marion P, Mathis S ym. Restless legs syndrome and pregnancy: Follow-up of pregnant women before and after delivery. *Eur Neurol* 2010;64:361–6.

raudan ja folaatin tarve kasvaa merkittävästi. Tämä tukee osaltaan raudan ja folaatin puutteen osallisuutta oireyhtymän patofysiologiassa raskauden aikana. (6)

Raskaudenaikaisen levottomat jalat -oireyhtymän riskitekijöitä ovat muun muassa odottajan ylipaino, korkea ikä, oireyhtymän esiintyminen suvussa (14), tupakointi, alkoholin käyttö (15), aiempi synnyttäneisyys (16) tai lapsuudessa esiintyneet kasvukivut (17). Oireyhtymän esiintyvyyden on myös todettu kasvavan estrogeenipitoisuuksien suuretessa (18). Osassa tutkimuksista on kuitenkin saatu myös vastakkaisia tuloksia: esimerkiksi sveitsiläisessä seurantalutkimuksessa hemoglobiini- tai estrogeenipitoisuudella ei todettu yhteyttä oireyhtymään eikä myöskään raskauden kestolla (19).

TAULUKKO 1.

Levottomat jalat -oireyhtymän diagnostiset kriteerit (7,8).

Kriteerien A-D tulee täyttyä, jotta oireyhtymän diagnoosi voidaan tehdä. Kohdat E ja F liittyvät sekä erotusdiagnoosiin että primaarisen ja sekundaarisen oireyhtymän erottamiseen toisistaan. Primaarisen oireyhtymän diagnoosi edellyttää aina myös kriteerien E ja F täyttymistä.

A. Jalkojen pakonomaisen liikuttamisen tarve, johon liittyy tavallisesti jalkojen epämiellyttäviä tai kiusallisia tuntemuksia (esim. kuumoitus, kylmän tai puutumisen tunne, kutina, pistely, kirvely, jalkojen rauhattomuus, muurausten kävely, säärtien omituinen syvä kipu).

B. Pakonomainen liikuttamisen tarve tai kiusalliset tuntemukset esiintyvät tai pahenevat levossa ja paikallaan ollessa, kuten maata tai istuessa.

C. Pakonomainen liikuttamisen tarve tai kiusalliset tuntemukset helpottuvat osittain tai kokonaan jalkoja liikutellessa, kuten kävellessä tai jalkoja venytellessä. Oireet lievittyvät tai häviävät kokonaan liikuttelun ajaksi.

D. Pakonomainen liikuttamisen tarve tai kiusalliset tuntemukset ovat pahempia iltaisin tai öisin kuin päivisin, tai niitä esiintyy ainoastaan iltaisin tai öisin.

E. Oireisto ei selity muulla sairauksella eikä lääkkeiden tai nautintoainesten käytöllä.

F. Muut mahdolliset samanaikaisesti esiintyvät unihäiriöt eivät ole oireiden synnyä.

Esiintyvyys

Raskaana olevilla levottomat jalat -oireyhtymä on 2–3 kertaa yleisempi kuin taustaväestössä (6). Tutkimuksissa esiintyvyys on vaihdellut välillä 12–34 % (19,20,21), lähinnä diagnoosikriteerien erojen vuoksi. Oireiden esiintyvyys kasvaa raskauden edetessä, ja suurimmillaan se on kolmannen raskauskolmanneksen aikana (14,15,22–25).

Italialaisen seurantalutkimuksen mukaan lähes kahdella kolmasosalla naisista oireet alkoivat vasta raskauden aikana (6). Oireet vaikeutuvat usein raskauden edetessä sekä raskauden aikana oireyhtymän saaneilla (26) että aikaisemmin siitä kärsineillä (6). Leen ym. tutkimuksen mukaan naisista, joilla oireyhtymää ei esiintynyt ennen raskautta, 13 %:lla oli oireita ensimmäisellä raskauskolmanneksella, 18 %:lla toisella ja 23 %:lla kolmannella (24). Suzuki ym. havaitsivat 16 000 naista käsittävissä tutkimuksissaan selvän yhteyden levottomat jalat -oireyhtymän ja raskauden keston välillä: oireita esiintyi 15 %:lla ensimmäisen ja toisen raskauskolmanneksen vaihteessa ja 23 %:lla viimeisen raskauskolmanneksen lopussa (15). Myös Sarbergin ym. prospektiivisessä 500 naista käsittävissä tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia: 17 %:lla tutkitavista oli oireita ensimmäisellä raskauskolmanneksella, 27 %:lla toisella ja 30 %:lla kolmannella (25).

Synnytyksen jälkeen primaarisen levottomat jalat -oireyhtymän oireet palautuvat tavallisesti raskautta edeltävälle tasolle (14). Raskauden käynnistämisen oireyhtymän oireet häviävät yleensä pian synnytyksen jälkeen (14,24,25). Osalla uusista potilaista vaiva kuitenkin pit-

TAULUKKO 2.

Levottomat jalat -oireyhtymän diagnoosia varmentavia löydöksiä (7,8).

Käveleminen tuo nopean ja kestävästi helpotuksen oireisiin

Oireyhtymää on esiintynyt suvussa

Vaste dopaminergiseen lääkitykseen

Jaksoittaiset raajojen liikkeet unen aikana tai yöllä valveilla ollessa

- 17 Balendran J, Champion D, Jaaniste T, Welsh A. A common sleep disorder in pregnancy: Restless legs syndrome and its predictors. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;51:262-4.
- 18 Dzaja A, Wehrle R, Lancel M, Pollmächer T. Elevated estradiol plasma levels in women with restless legs during pregnancy. *Sleep* 2009;32:169-74.

kitty: japanilaistutkimuksen mukaan 3 %:lla oli edelleen oireita kuukauden kuluttua (15), italialaistutkimuksen mukaan 5 %:lla kuuden kuukauden kuluttua (14) ja ruotsalaisessa tutkimuksessa jopa 31 %:lla kolmen vuoden kuluttua synnytyksestä (25). Löydöstä saattaa selittää se, että oireista kärsivät vastaavat to-

Oireet ovat usein pahimmillaan kolmannella raskauskolmanneksella

- 19 Hubner A, Krafft A, Gadiant S, Werth E, Zimmermann R, Bassetti CL. Characteristics and determinants of restless legs syndrome in pregnancy: A prospective study. *Neurology* 2013;80:738-42.
- 20 Uglane MT, Westad S, Backe B. Restless legs syndrome in pregnancy is a frequent disorder with a good prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1046-8.
- 21 Ekblom KA. Restless legs syndrome. *Neurology* 1960;10:868-73.
- 22 Alves DAG, de Carvalho, Luciane Bizarri Coin, de Moraes JF, do Prado GF. Restless legs syndrome during pregnancy in brazilian women. *Sleep Med* 2010;11:1049-54.
- 23 Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;115:77-83.

dennäköisemmin kyselyihin. Toisaalta raskaudenaikainen oireilu voi olla merkki oireyhtymän lisääntyneestä riskistä; erään tutkimuksen mukaan riski oli jopa nelinkertainen (27). Sekundaarisen levottomat jalat -oireyhtymän on todettu uusiutuvan seuraavissa raskauksissa noin 30 %:lla naisista (28).

Vaikutus odottavan äidin vointiin

Levottomat jalat -oireyhtymä vaikuttaa merkittävästi odottajan unen laatuun. Epämiellyttävät tuntemukset jaloissa vaikeuttavat nukahtamista, nukahtamisviive pidentyy ja yöuni lyhentyy. Unettomuusoireita ja päiväaikaista väsymystä on enemmän kuin terveillä odottajilla (14,15). Lee ym. havaitsivat, että levottomien jalkojen

oireista kärsivillä odottavilla äideillä oli pidempi nukahtamisviive ja pidempi viive ensimmäiseen vilkeunivaiheeseen kuin oireettomilla odottajilla. Oireisilla oli myös enemmän masentuneisuutta (24). Levottomat jalat -oireyhtymän ja masennusoireiden välillä onkin osoitettu olevan yhteys, erityisesti jos oireyhtymä aiheuttaa unihäiriöitä ja unen laadun heikentymistä (29).

Levottomat jalat -oireyhtymä ja kuorsaus molemmat lisääntyvät raskauden aikana ja raskauden loppua kohden, ja ne kumpikin heikentävät unen laatua. Sarberg ym. selvittivät niiden keskinäistä yhteyttä raskauden eri vaiheissa. Tutkimuksen mukaan ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana esiintyvä kuorsaus lisäsi levottomat jalat -oireyhtymän esiintyvyyttä kaikilla raskauskolmanneksilla, toisen raskauskolmanneksen kuorsaus lisäsi oireyhtymän esiintyvyyttä toisella ja kolmannella raskauskolmanneksella, mutta kolmannen raskauskolmanneksen kuorsauksella ja oireyhtymällä ei ollut yhteyttä (25).

Syy kuorsauksen ja levottomat jalat -oireyhtymän yhteyteen ei ole selvä. Raskaudenaikainen kuorsaus johtuu tyypillisimmin ylempien hengitysteiden obstruktiosta. Unenaikainen hengityksen vaikeutuminen johtaa veren happisaturation pienenemiseen ja edelleen perifeeriseen hypoksiaan. Salmisen ym. tutkimukset perifeerisen hypoksian ja hyperkapnian osallisuudesta levottomat jalat -oireyhtymän patofysiologiassa osoittivat perifeerisen hypoksian olevan selvästi yhteydessä oireyhtymän esiintymiseen (30).

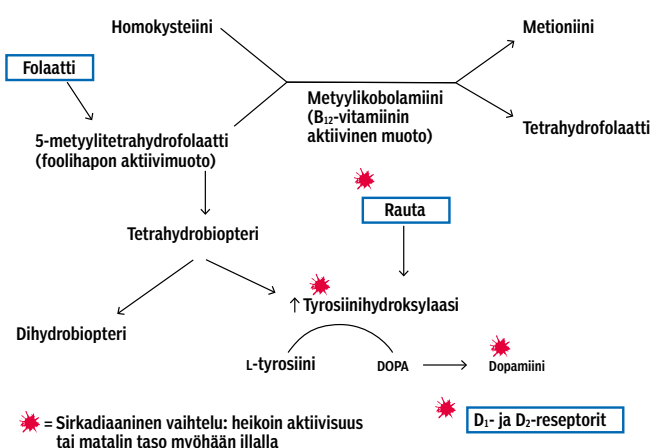
Vaikutus raskauden, synnytyksen ja vastasyntyneen ennusteeseen

Levottomat jalat -oireyhtymän itsenäisestä vaikutuksesta raskauden ja synnytyksen kulkuun sekä vastasyntyneen ennusteeseen on vasta varsin vähän tutkimustietoa. Oireyhtymä huonontaa unen laatua ja lyhentää unen kestoa (14). Lisäksi oireet ovat usein pahimmillaan kolmannella raskauskolmanneksella, juuri ennen synnytystä.

Oireyhtymästä kärsivillä on todettu esiintyvän useammin korkeaa verenpainetta ja preeklampsiaa (31,32), ennenaikaisia synnytyksiä (33) ja keisarileikkauksia (34) kuin oireettomilla. Toisaalta oireyhtymässä raskauden keston on havaittu jäävän lyhyemmäksi ja vastasyntyneen syntymäpainon pienemmäksi (31). Uni-

KUVIO 1.

Raudan ja folaatin merkitys dopamiiniaineenvaihdunnassa (4).



- 24 Lee KA, Zaffke ME, Baratte-Beebe K. Restless legs syndrome and sleep disturbance during pregnancy: The role of folate and iron. *J Womens Health Gend Based* 2001;10:335-41.
- 25 Sarberg M, Josefsson A, Wiréhn A, Svanborg E. Restless legs syndrome during and after pregnancy and its relation to snoring. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:850-5.
- 26 Shang X, Yang J, Guo Y, Ma S, Jia Z, Xue R. Restless legs syndrome among pregnant women in China: prevalence and risk factors. *Sleep Breath* 2015;19:1093-9.
- 27 Cesnik E, Casetta I, Turri M *et al*. Transient RLS during pregnancy is a risk factor for the chronic idiopathic form. *Neurology* 2010;75:2117-20.
- 28 Goodman JD, Brodie C, Ayida GA. Restless leg syndrome in pregnancy. *BMJ* 1988;297:1101-2.
- 29 Ulfberg J, Bjorvatn B, Leissner L *et al*. Comorbidity in restless legs syndrome among a sample of swedish adults. *Sleep Med* 2007;8:768-72.
- 30 Salminen AV, Rimpila V, Polo O. Peripheral hypoxia in restless legs syndrome (willis-ekbom disease). *Neurology* 2014;82:1856-61.
- 31 Oyieng'o DO, Kirwa K, Tong I, Martin S, Rojas-Suarez JA, Bourjeily G. Restless legs symptoms and pregnancy and neonatal outcomes. *Clin Ther* 2016;38:256-64.
- 32 Ramirez J, Cabrera S, Hidalgo H *et al*. Is preeclampsia associated with restless legs syndrome? *Sleep Med* 2013;14:894-6.
- 33 Meharaban Z, Yahya S, Sadegniaat K. Restless legs syndrome during pregnancy and preterm birth in women referred to health centers of ardebil. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17:e24438.
- 34 Vahdat M, Sariri E, Miri S *et al*. Prevalence and associated features of restless legs syndrome in a population of iranian women during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2013;123:46-9.
- 35 Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Obstet Gynecol* 2004;191:2041-6.
- 36 Silber MH, Ehrenberg BL, Allen RP *et al*. An algorithm for the management of restless legs syndrome. *Mayo Clin Proc* 2004;79:916-22. Erratum in: *Mayo Clin Proc* 2004;79:1341.
- 37 Smith JE, Tolson JM. Recognition, diagnosis, and treatment of restless legs syndrome. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20:396-401.
- 38 Mitchell UH, Myrer JW, Johnson AW, Hilton SC. Restless legs syndrome and near-infrared light: An alternative treatment option. *Physiother Theory Pract* 2011;27:345-51.

häiriöiden on myös todettu pidentävän synnytyksen kestoa ja lisäävän kivun tuntemusta synnytyksen aikana (35).

Hoito raskauden aikana

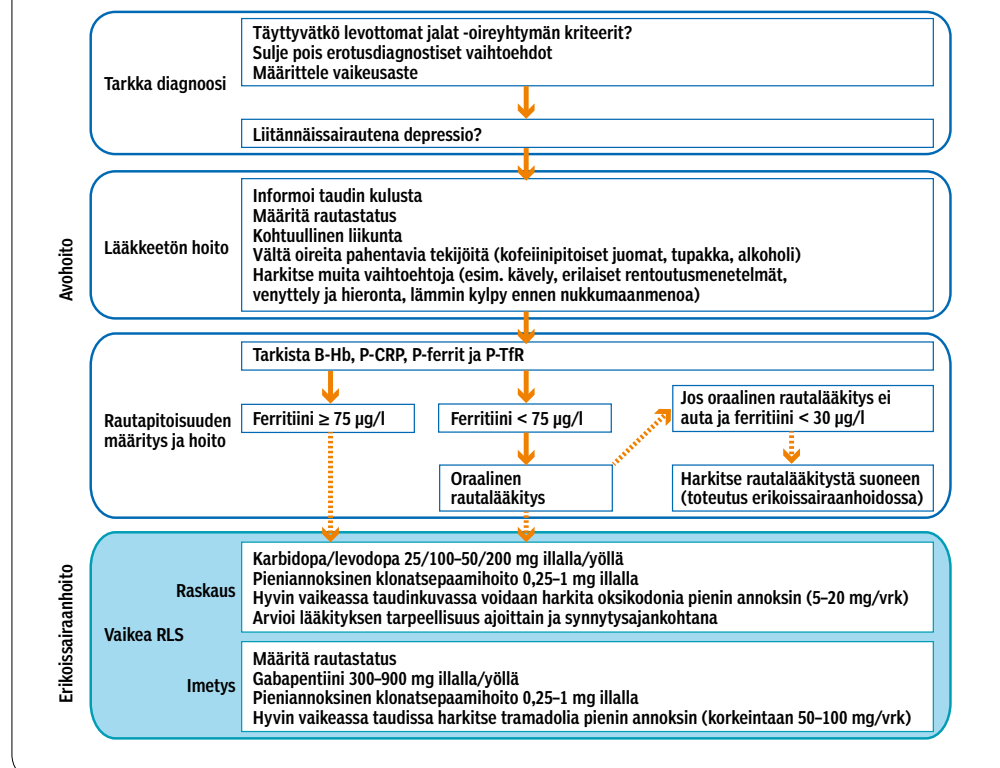
Levottomat jalat -oireyhtymän hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen sekä unen ja elämänlaadun parantaminen. Odottavalle äidille tulee selvittää oireiden hyvänlaatuisuus ja suuri spontaani parantumistaipumus. Useimmilla oireet ovat melko lieviä, ja tällöin hoidoksi riittävät elämäntapaohjeet: kahvin, alkoholin ja tupakan välttäminen (15) ja säännöllinen liikunta (36). Lääkkeettömiin hoitokeinoihin kuuluvat kävely, jalkojen venyttely ja hieronta, erilaiset rentoutumistekniikat, lämpöhoidot, kuten lämmin kylpy ennen nukkumaanmenoa (37). Lisäksi infrapunavallo (38) ja pneumaattinen kom-

pressio (39) ovat tuoreiden tutkimusten perusteella mahdollisia hoitokeinoja.

Mikäli potilaan rautavarastot ovat vähäiset ferritiinillä mitattuna (S-ferritiini < 75 µg/l) (40), ensisijainen hoito on korvaushoito suun kautta otettavalla rautavalmisteella (ferrorauta 100–200 mg/vrk C-vitamiiniin yhdistettynä) ja foolihapolla (0,4–1 mg/vrk) (41). Vaikeimmissa tapauksissa (S-ferritiini < 30 µg/l) voidaan harkita raudan antamista suoneen (40), mutta tällöin hoidon tarpeen arvioiminen ja toteutus kuuluvat erikoissairaanhoidoon. Myös magnesiumin käytöstä voi olla hyötyä peroraalisesti tai suoneen annettuna (42,43), joskin International RLS Study Group (IRLS-SG) pitää tutkimusnäyttöä foolihapon, magnesiumin, C-, D- ja E-vitamiinin hyödyistä levottomat jalat -oireyhtymän hoidossa riittä-

KUVIO 2.

Levottomat jalat -oireyhtymän (RLS) diagnosointi- ja hoitokaavio raskauden ja imetyksen aikana (40). Tutkimukset ja korvaushoito rauta-C-vitamiinivalmisteella ja foolihapolla voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa, muu hoito kuuluu erikoissairaanhoidoon.



Lääkehoito on rajattava vain erittäin vaikeisiin oireisiin.

- 39 Lettieri CJ, Eliasson AH. Pneumatic compression devices are an effective therapy for restless legs syndrome: A prospective, randomized, double-blinded, sham-controlled trial. *Chest* 2009;135:74–80.
- 40 Picchietti DL, Hensley JG, Bainbridge JL ym. Consensus clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome/willie-ekbom disease during pregnancy and lactation. *Sleep Med Rev* 2015;22:64–77.
- 41 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Käypä hoito -suositus 3.12.2015. www.kaypahoito.fi
- 42 Dahle LO, Berg G, Hammar M, Hurtig M, Larsson L. The effect of oral magnesium substitution on pregnancy-induced leg cramps. *Obstet Gynecol* 1995;173:175–80.
- 43 Bartell S, Zallek S. Intravenous magnesium sulfate may relieve restless legs syndrome in pregnancy. *J Clin Sleep Med* 2006;2:187–8.
- 44 Hornyak M, Scholz H, Kohnen R, Bengel J, Kassubek J, Trenkwalder C. What treatment works best for restless legs syndrome? meta-analyses of dopaminergic and non-dopaminergic medications. *Sleep Med Rev* 2014;18:153–64.
- 45 Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana -tietokanta. Kustannus Oy Duodecim. www.terveysportti.fi

mättömänä (40). Jos rauta-C-vitamiiniyhdistelmä ja foolihappokorvaushoito eivät tuota riittävää tulosta, potilas tulee ohjata erikoissairaanhoidon.

Dopamiiniagonistit ovat tehokkaimpia levottomat jalat -oireyhtymän oireita vähentäviä lääkkeitä muille kuin raskaana oleville (44), mutta niiden turvallisuudesta raskauden aikana on vasta niukasti tutkimuksia, joten niiden käyttöä ei suositella (45). IRLSSG:n suositusten mukaan vaikean levottomat jalat -oireyhtymän hoitona voidaan käyttää karbidopa-levodopayhdistelmää (40).

Opioideja (oksikodoni) tai bentsodiatsepiineja (klonatsepaami) voidaan kokeilla erittäin vaikeisiin oireisiin. Ne voivat kuitenkin aiheuttaa sikiön epämuodostumia (45), joten hoito tulee rajata toiseen ja kolmanteen raskauskolmannekseen mahdollisimman pieniä annoksia käytäten. Lisäksi ne voivat aiheuttaa myös vastasyntyneen vieroitusoireita ja hengitysvaikeuksia, jos hoitoa on käytetty loppuraskaudessa (40).

Gabapentiinin käytöstä raskauden aikana on liian vähän tutkimustietoa käytön suosittelemiseksi. Imetyksen aikana gabapentiiniä voi käyttää, sillä sen erittyminen äidinmaitoon on vain vähäistä (45).

Lääkesuositukset on kirjattu IRLSSG:n konsensuslausumaan (kuviot 2) (40).

Lopuksi

Levottomat jalat -oireyhtymän vaikutuksista raskauden kulkuun, synnytykseen ja vastasyntyneen vointiin on tutkimustietoa rajallisesti, mutta se on liitetty ainakin pre-eklampsian, ennenaikaiseen synnytykseen ja keisarileikkauksien lisääntymiseen ja pienempään vastasyntyneen syntymäpainoon. Myös oireyhtymän lääkehoidosta raskauden aikana on vain vähän kokemuksia, mutta usein oireet ovat kohtalaisia ja siten hallittavissa lääkkeettömin menetelmin. Haittavaikutusten välttämiseksi lääkehoito onkin rajattava vain erittäin vaikeisiin oireisiin. ●

SIDONNAISUUDET

Mikael Lepistö, Anna Lampio,
Päivi Polo: Ei sidonnaisuuksia.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Pregnancy and restless legs syndrome

MIKAEL LEPISTÖ,
ANNA LAMPPIO,
PÄIVI POLO

PÄIVI POLO

M.D., Ph.D., Docent, Specialist
in Obstetrics and Gynaecology,
Clinical Lecturer
University of Turku, Department of
Obstetrics and Gynaecology,
Turku University Hospital

Pregnancy and restless legs syndrome

Restless legs syndrome (RLS, Willis Ekbohm Disease) is a nocturnal neurosensory movement disorder which is connected with dopaminergic dysfunction. Although the aetiology is still unclear, RLS may be idiopathic, genetic, or connected with various disorders, especially iron deficiency. RLS is characterized by unpleasant irritation, creeping, crawling, burning or itching sensations, or other painful sensations, such as pins-and-needles, and most commonly affects the legs. The sensations occur at rest, get worse towards the evening and night, and movement, such as walking or stretching the limbs, often relieves the symptoms. These sensations cause difficulty falling asleep and detract from the quality of sleep.

In the general population, the prevalence of RLS varies between 5 and 15%. During pregnancy, the prevalence increases two- to three-fold; in most pregnancy-related RLS cases, the patients experience symptoms for the first time. The occurrence and the severity of RLS increase during pregnancy. In addition, in women with pre-pregnancy RLS, the symptoms often become more intense in the course of the pregnancy. In most cases, the symptoms disappear soon after delivery, although in 3–5% of the patients the symptoms persist for months or may even become permanent. Women whose RLS clears after delivery often suffer from RLS in their subsequent pregnancies.

During pregnancy, the most important risk factors for RLS are iron deficiency, positive family history, obesity, multiparity, high maternal age, smoking, and alcohol usage. RLS and nocturnal breathing disorder have also been found to be connected: it has been hypothesized that the peripheral hypoxia caused by nocturnal breathing disorder may induce RLS. Knowledge on the importance of RLS for the outcomes of pregnancy and its effects on the newborn is limited. Compared to healthy pregnant women, expecting mothers with RLS have been found to have an increased amount of complications such as pregnancy-induced high blood pressure and preeclampsia, preterm deliveries, and caesarian sections. The duration of their pregnancies has been shorter and the birth weights of their newborns have also been found to be lower.

The first-line treatment of RLS during pregnancy is non-medical therapy. Providing the patient with detailed information about the benign nature of the syndrome and high rate of spontaneous recovery after delivery is important. In most cases the symptoms are mild, and therefore changes in life-style, such as avoiding caffeinated beverages, smoking and alcohol, as well as the adoption of active lifestyle habits, may be sufficient. Stretching, walking, massage, different relaxation techniques and baths are often useful ways to alleviate the symptoms of RLS. In the case of iron deficiency (low serum ferritin levels), iron replacement therapy (Fe + vitamin C) is essential. If RLS symptoms are severe and ferritin levels are low (< 30 µg/l), intravenous iron may be indicated. In addition, magnesium supplements/treatment may be effective, although the scientific evidence to support its use in the treatment of RLS is insufficient. Dopamine agonists are the most effective treatments for RLS in non-pregnant patients, but the data on their safety during pregnancy is still incomplete, and thus their use should be limited to very severe cases.