



Zespół niespokojnych rąk

Restless Arms Syndrome

MICHAŁ PRYSZMONT

STRESZCZENIE

Cel. W obszernym piśmiennictwie dotyczącym zespołu niespokojnych nóg (RLS) często podkreśla się za rzadkie wykrywanie tego zespołu i błędną diagnozę. Natomiast bardzo rzadko opisuje się współwystępowanie parestezji i niepokoju ruchowego (akatyzi) również w kończynach górnych. O występowaniu parestezji i akatyzi tylko w kończynach górnych są tylko krótkie, nieliczne wzmianki. Niedawno autor opisał 3 pacjentów, u których niepokój ruchowy wraz z bolesnymi parestezjami występował tylko w kończynach górnych, a kończyny dolne były wolne od tych przykrych dolegliwości.

Opis przypadków. W obecnej pracy autor przedstawił 5 dalszych chorych, u których parestezje i dyzestezje oraz niepokój ruchowy dotyczyły tylko kończyn górnych. Pacjenci uprzednio leczyli się u wielu lekarzy bez efektu. Dolegliwości ich traktowane były głównie jako spowodowane spondylosis cervicalis, zazwyczaj zlecano im nieopiodowe leki przeciwbólowe. Ostatnio są doniesienia, że tego typu leki przeciwbólowe, zażywane regularnie lub nadużywane, są głównym czynnikiem ryzyka powstawania zespołu niespokojnych nóg. Biorąc pod uwagę, że opisany przez autora zespół niespokojnych rąk (RAS) oprócz lokalizacji jest analogiczny do RLS jeżeli chodzi o dolegliwości, można przypuszczać, że również w tym zespole leki przeciwbólowe są głównym czynnikiem ryzyka występowania zespołu.

Komentarz. Zagadnienie jest bardzo ważne, ponieważ nieustannie, o kilka procent rocznie wzrasta spożycie leków przeciwbólowych. Ze względu na znaczenie problemu i możliwość profilaktyki celowym byłoby zainteresowanie nim nie tylko neurologów, ale i lekarzy innych specjalności. Konieczne jest uściślenie diagnostyki, co umożliwi wcześniejsze włączenie efektywnego leczenia u pacjentów z zespołami RLS i RAS.

SUMMARY

Objectives. An extensive literature on the Restless Legs Syndrome (RLS) indicates that this syndrome is too often overlooked or misdiagnosed. On the other hand, concurrent paresthesias and motor restlessness (akathisia) in the upper limbs are very seldom reported. There are extremely few brief reports of paresthesia and akathisia restricted to the upper limbs. The author recently described 3 patients suffering from motor restlessness associated with painful paresthesias in the upper limbs only, with lower limbs symptom-free.

Case reports. In this paper 5 more cases are presented with paresthesia, dysesthesia and motor restlessness occurring in the upper limbs only. Before admission to our clinic the patients had been treated by many other physicians with no effect. Since their complaints had been regarded as due mainly to cervical spondylosis, they had been treated with non-opioid analgesics. Recent reports suggest that analgesics of this type administered regularly or abused are the main risk factor for the RLS development. Considering that, except for its location, the restless arms syndrome (RAS) is analogical to the RLS in terms of the patient's complaints, non-opioid analgesics can be hypothesized to constitute the main risk factor also in the development of the former (RAS).

Commentary. The problem is very important, since there is a systematic increase in the use of non-opioid analgesics (by about 4% annually in Poland). Therefore, it seems necessary to draw not only neurologists' but also other physicians' attention to the danger of inappropriate use of non-opioid analgesics by their patients. It is essential to establish proper diagnostics of both these syndromes, RAS and RLS, in order to undertake their effective treatment.

Słowa kluczowe: zespół niespokojnych nóg / zespół niespokojnych rąk / czynnik ryzyka

Key words: restless legs syndrome / restless arms syndrome / risk factor

Zespół niespokojnych nóg (RLS), inaczej zespół Ekboma, jest dobrze zdefiniowaną jednostką chorobową [1, 2, 3, 4]. Po raz pierwszy opisał go Willis w 1672 r. [5], lecz znajomość tego zespołu upowszechniła się dopiero po dokładnym opisaniu przez szwedzkiego neurologa Ekboma w 1945 r. [6]. RLS charakteryzuje się: (1) przymusem ruchu (akatyzią) w kończynach spowodowanym przykrymi wrażeniami czuciowymi (parestezje, dyzestezje), (2) ten wymuszony niepokój ruchowy redukuje wymienione przykre odczucia, (3) spoczynek wywołuje i/lub nasila te przykre dolegliwości, (4) początek i/lub nasilenie dolegliwości występuje wieczorem i w nocy [1, 2, 4].

Dominuje idiopatyczny RLS, uważa się, że powoduje go głównie genetycznie uwarunkowana dysfunkcja układu dopaminergicznego [7]. Ustalenie rozpoznania z reguły nie

sprawia trudności. Decydujące znaczenie ma dobrze zebrany wywiad. Badanie neurologiczne i rutynowe badania dodatkowe są prawidłowe [3, 4]. Występuje w ok. 5–15% populacji [7], tj. średnio ok. 10%, częściej u kobiet, częstotliwość występowania narasta z wiekiem. Wielu pacjentów z RLS pozostaje niezdiagnozowanych przez lata, co opóźnia włączenie właściwego, efektywnego leczenia [8].

Jak już wspomniałem w poprzednim doniesieniu [9], w obszernym piśmiennictwie o zespole niespokojnych nóg z reguły nie ma opisu zachowania się kończyn górnych u tych pacjentów. Wyjątek stanowią prace z uniwersyteckiego ośrodka w Montrealu [10, 11]. Michaud i wsp. u 230 pacjentów z RLS stwierdzili współwystępowanie identycznych dolegliwości również w kończynach górnych w 48,7% przypadków [10].

Natomiast występowanie niepokoju ruchowego tylko w kończynach górnych opisali w listach do redakcji Webb w 1976 r. [12] oraz Schlinger i wsp. w 1997 r. [13]. Opis występowania w ciągu 15 lat wyrażonego niepokoju ruchowego tylko w kończynach górnych u 55-letniej pacjentki zawiera monografia Allena, Montplaisira i Ulfberga w 2002 r. [14].

Autor tej publikacji [9] przedstawił w 2002 r. przypadki występowania u 3 pacjentów niepokoju ruchowego (akaty-zji) wraz z przykrymi doznaniem czuciowymi typu parastezji i dyzestezji tylko w kończynach górnych, sugerując wyodrębnienie ich w samodzielny zespół – „zespół niespokojnych rąk” (*restless arms syndrome* – RAS).

Obecne doniesienie jest więc kontynuacją wcześniejszych. Udało mi się zaobserwować dalszych 5 pacjentów z takim zespołem.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek L

Pani L. (30), fryzjerka, od kilku lat nie pracuje zawodowo po urodzeniu 3 dzieci, opiekuje się nimi. Zgłosiła się (X.2000) ze skargami na bardzo przykre, bolesne drętwienia obu przedramion i rąk, które występują od około pół roku, tylko nocą, budząc ją ok. godz. 24⁰⁰ i ok. 4⁰⁰. Po drugim obudzeniu zwykle nie może zasnąć do rana. By przezwyciężyć te nieprzyjemne dolegliwości jest zmuszona intensywnie poruszać rękoma. Badanie neurologiczne i rutynowe badania dodatkowe, łącznie ze zdjęciem kręgosłupa szyjnego, były prawidłowe. Zleciłem Viregyt (Amantadyna) 200 mg na noc – dolegliwości ustąpiły. Po półtora roku ponownie zgłosiła się na wizytę, informując że od paru tygodni znowu pojawiły się dolegliwości takie jak poprzednio, tylko o znacznie mniejszym nasileniu. Otrzymała leki jak poprzednio, dolegliwości cofnęły się.

Przypadek J

Pani J. (44), sprzedawczyni, zgłosiła się ze skargami na bardzo przykre, bolesne, napadowe drętwienia obu rąk, które kilkakrotnie budzą ją ze snu każdej nocy. Początek był nagły, przed 15 laty nocą, kiedy spała z uniesionymi nad głowę rękoma, przyśniła, że straszny potwór porwał ją za ręce i unióś w powietrze. Obudziła się z krzykiem, jednocześnie budząc męża. Obie kończyny górne były bardzo zdrętwiałe, początkowo nie mogła nimi poruszać. Po rozcieraniu, a następnie poruszaniu nimi, zdrętwienie ustąpiło. Ale od tego czasu zdrętwienia powtarzały się, początkowo co kilka tygodni, stopniowo coraz częściej i stawały się coraz bardziej nieprzyjemne i bolesne. Ponadto, niekiedy odczuwała bóle w karku i ramionach, czasami z uczuciem przechodzenia prądu w kkg. Ostatnio te przykre odczucia występowały kilkakrotnie każdej nocy 1<p, budząc ją ze snu. Uprzednio wystarczyło, że pacjentka intensywnie poćwiczyła kończynami górnymi leżąc w łóżku, od kilku miesięcy, po obudzeniu siada w fotelu, gdyż coraz dłużej musi ćwiczyć, by te bardzo przykre dolegliwości ustąpiły. Badanie neurologiczne oraz rutynowe badania dodatkowe łącznie ze zdjęciem rtg kręgosłupa szyjnego były prawidłowe. Zlecenie Viregytu 100 mg w południe i 200 mg na noc spowodowało ustąpienie bolesnych zaburzeń czuciowych i akaty-

zji, ale występowało jeszcze upośledzenie snu. Klonazepam w dawce 2 mg na noc unormował sen w ciągu paru tygodni.

Przypadek M

Pan Mikołaj (78), emeryt, zgłosił się (III.2004) ze skargami na bardzo przykre, bolesne drętwienia palców obu rąk oraz przedramion, czasami jakby „dżganie” prądem do rąk, niekiedy uciskające bóle karku. Dolegliwości te odczuwał od ok. 3 lat, ale stawały się stopniowo coraz częstsze i bardziej dokuczliwe. Występowały i w ciągu dnia, zwłaszcza wieczorem, ale najbardziej intensywne i przykre były nocą, budząc pacjenta o 24⁰⁰ i 2⁰⁰, powodując znaczne upośledzenie snu. By odczuć ulgę był zmuszony intensywnie poruszać rękoma, najczęściej uderzając rękoma o przeciwstronne ramiona, jak przy rozgrzewaniu rąk na mrozie. Żadne z dotychczas przyjmowanych leków nie przynosiły ulgi. W latach osiemdziesiątych trzykrotnie przebywał na urologii z rozpoznaniem: *Ren arcuatus. Calculus renis dex.* Od ok. 20 lat nie miał dolegliwości typu kamicy nerkowej. Badanie neurologiczne bez zmian. Rtg kręgosłupa szyjnego wykazał nieduże zmiany zwyrodnieniowe. Zleciłem Poldomet, 100 mg w południe i 100 mg na noc, po którym te bardzo przykre dolegliwości ustąpiły, miewa tylko szum w uszach, który odczuwał i poprzednio. Na przestrzeni pół roku kilkakrotnie zgłaszał się do kontroli bez wcześniejszych dolegliwości.

Przypadek D

Pani Danuta (71), prawnik, obecnie na emeryturze, zgłosiła się (V. 2004) ze skargami na napadowe, bardzo przykre drętwienia obu kkg, od łokci w dół, które występują wieczorem, a zwłaszcza nocą, budząc ją ze snu. Dolegliwości te ustępowały po intensywnych ruchach rękoma. Drętwienie pkg pojawiło się przed ok. 5 laty, stopniowo narastając, natomiast w lkg od około roku. Pacjentka przypominała, że przed laty podczas ciąży (w trzecim trymestrze) miała podobne drętwienia w pkg, które po urodzeniu dziecka ustąpiły. Badanie neurologiczne, rutynowe badania dodatkowe, łącznie z rtg kręgosłupa szyjnego prawidłowe. Po podaniu Viregytu w dawce 100 mg w południe i 200 mg na noc, dolegliwości ustąpiły.

Przypadek K

Pan Kazimierz (54), pracownik umysłowy, zgłosił się (VI.2004) ze skargami, na odczuwane od ok. 5 lat bardzo przykre, bolesne drętwienia obu rąk i przedramion, które występują wieczorem, a zwłaszcza nocą. Drętwienia te są nieco bardziej wyrażone w pkg. Był zmuszony intensywnie poruszać rękoma, by te przykre odczucia ustąpiły. Od kilku miesięcy dolegliwości się znacznie nasiliły i stały się częstsze, budząc go 2–3 razy każdej nocy. Po obudzeniu, zwykle siada w fotelu, by intensywniej pogimnastykować rękoma. Zleciłem Viregyt w dawce 100 mg w południe i 200 mg na noc, po którym nastąpiła znaczna poprawa.

OMÓWIENIE

U wszystkich pięciu przedstawionych chorych, podobnie jak u trzech w mojej poprzedniej pracy [9], wymuszony niepokój ruchowy (akaty-zja) oraz parastezje i dyzestezje

występowały tylko w kończynach górnych. Oprócz lokalizacji dolegliwości, pozostałe cechy były identyczne jak w zespole niespokojnych nóg (RLS), tj. wymuszony niepokój ruchowy redukowało przykre odczucia czuciowe, a odwrotnie spoczynek wywoływał je bądź nasilał. Były one najbardziej dokuczliwe wieczorem, a zwłaszcza nocą, upośledzając sen. W związku z tym zlecałem leczenie tym pacjentom jak w RLS, tj. agonistę dopaminy, amantadynę (Viregyt). Jedynie w trzecim przypadku – najstarszemu pacjentowi od razu zleciłem lewodopę w małej dawce. U wszystkich efekt był korzystny. Chorzy ci uprzednio zgłaszali się do lekarzy różnych specjalności, gdzie – jak mówili – otrzymywali informację, że ich dolegliwości są szynjnopochodne, zależą od zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie szynjnym, z reguły otrzymywali leki przeciwbólowe typu NPLZ i nasenne, które nie przynosiły żadnej poprawy, na odwrót, proces chorobowy pogłębiał się, prowadząc do zaburzeń nerwicowych z wyrażonym komponentem depresyjnym i do coraz większego upośledzenia snu. Należy tu podkreślić, że chorzy z dolegliwościami korzeniowymi w odcinku szynjnym, np. typu rwy ramiennej, zachowują się odwrotnie niż w RAS, oni raczej ograniczają ruchy w tej kończynie, by nie potęgować bólu, zaś dolegliwości te zazwyczaj trwają nie dłużej niż parę miesięcy, podczas gdy w RAS dolegliwości zazwyczaj trwają latami. Również nawet dla laika nie sprawia trudności różnicowanie z zespołem cieśni nadgarstka, który z reguły bywa jednostronny i zachodzi nasilenie dolegliwości podczas ruchu, nawet podczas lekkiej pracy, odwrotnie w RAS, tu zazwyczaj dolegliwości występują obustronnie, chociaż mogą być niejednakowo intensywne po obu stronach, zaś ruch usuwa (choć na krótko) dolegliwości.

Jak zaznaczyłem wyżej, w ustaleniu rozpoznania RAS, podobnie zresztą jak w ustaleniu rozpoznania RLS, decydujące znaczenie ma dobrze zebrany wywiad. U wszystkich pięciu przedstawionych tu pacjentów zarówno badanie neurologiczne, jak i badania dodatkowe wypadły prawidłowo (np. wartości OB u wszystkich były zawarte w przedziale 2–14 mm/h).

Zdjęcie rtg kręgosłupa szynjnego jedynie u najstarszego pacjenta (nr 3) wykazało zmiany typu *spondyloarthritis*, z pewnością powstały one znacznie wcześniej, a dolegliwości typu RAS ujawniły się od ok. 3 lat. Podobnie jak chorzy z RLS, wszyscy moi pacjenci z RAS byli leczeni agonistami dopaminy, zazwyczaj amantadyną, która była bardzo dobrze tolerowana. Również Evidente ze wsp. podkreślają, że amantadyna w leczeniu RLS jest lekiem efektywnym i dobrze tolerowanym [15].

W myśl odwiecznego kanonu medycznego, że korzystniej zapobiegać chorobom niż je leczyć, należy dążyć do eliminacji czynników ryzyka powodujących powstawanie zespołów RLS i przez analogię RAS. Za czynniki ryzyka występowania tych zespołów uważa się: predyspozycje rodzinne, starszy wiek, płeć żeńska, otyłość, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu oraz przyjmowanie niektórych leków, jak trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, mianseryna, lit, kofeina [16, 17]. Z praktycznego punktu widzenia interesują nas te czynniki ryzyka, które można wyeliminować. W tym względzie bardzo cie-

kawa i nowatorska jest publikacja hiszpańskich autorów Leutgeba i Martusa [18]. Zdaniem tych autorów nie leki antydepresyjne i neuroleptyki, lecz nieopiodowe leki przeciwbólowe (NPLZ) są głównymi czynnikami ryzyka wywołującymi RLS, jeżeli są zazywane systematycznie lub nadużywane. Jest to stwierdzenie alarmujące, ponieważ spożycie leków przeciwbólowych typu NPLZ z każdym rokiem wzrasta o kilka procent. Dlatego celowym wydaje się uczulenie lekarzy różnych specjalności, aby w miarę możliwości ograniczyć stosowanie tego typu leków przeciwbólowych. Warte zastanowienia jest również, czy nie należy przekonywać środków masowego przekazu, aby w przystępnej formie częściej poruszały ten temat, kładąc nacisk na profilaktykę, a na odwrót – by zaniechały agresywnej reklamy tego typu środków przeciwbólowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Walters AS. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995; 10: 634–42.
2. Walther BW. Treating restless legs syndrome: current pathophysiological concepts and clinical trials. *Expert Opin Investig Drugs* 2002; 11: 501–14.
3. Allen RP, Earley CJ. Restless legs syndrome a review of clinical and pathophysiologic features. *J Clin Neurophysiol* 2001; 18: 128–47.
4. Saletu M, Esberger-Chowdhury M, Zeitlhofer J, Deecke L. Diagnosis and therapy of restless legs syndrome in doctors office. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116: 552–60.
5. Willis T. *The London Practise of Physick*. Basset, Dring, Harper and Crook. London: 1692.
6. Ekblom KA. Restless legs clinical study. *Acta Med Scan* 1945; 158: 1–123.
7. Schapira AH. Restless legs syndrome: an update on treatment options. *Drugs* 2004; 64: 149–58.
8. Thorpy MJ. New paradigms in the treatment of restless legs syndrome. *Neurology* 2005; 64 (supl): 28–33.
9. Pryszynt M. Czy istnieje zespół niespokojnych rąk? *Neurol Neurochir Pol* 2002; 36 (3): 601–5.
10. Machaud M, Chabli A, Lavigne G, Montplaisir J. Arm restlessness in patients with restless legs syndrome. *Mov Disord* 2000; 15: 289–93.
11. Chabli A, Michaud M, Montplaisir J. Periodic arm movements in patients with the restless legs syndrome. *Eur Neurol* 2000; 44: 133–8.
12. Webb AT. Restless Arms Syndrome. *JAMA* 1976, 238: 822.
13. Schlienger M, Touboul E, Ferroir JP, Rosner D. Restless upper limb syndrome. *Presse Med* 1997; 26: 6.
14. Allen RP, Montplaisir J, Ulfberg J. Restless legs – new insights. Kristianstad: Rafael bokforlag; 2002.
15. Evidente VG, Adler CH, Caviness JN, Hentz JG, Gwinn-Hardy K. Amantadine is beneficial in restless legs syndrome. *Mov Disord* 2000; 15: 324–7.
16. Heiman EM, Christie M. Lithium-aggravated nocturnal myoclonus and restless legs syndrome. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1191–2.
17. Winkelmann J, Wetter TC, Collado-Seidel V. Clinical characteristics and frequency of the hereditary restless legs syndrome in a population of 300 patients. *Sleep* 2000; 1: 597–602.
18. Leutgeb U, Martus P. Regular intake of non-opioid analgesics is associated with an increased risk of restless legs syndrome in patients maintained on antidepressants. *Eur J Med Res* 2002; 7: 368–78.