



Con il patrocinio della Società Svizzera di Ricerca sul Sonno,
Medicina del Sonno e Cronobiologia (SGSSC)

Questo opuscolo vi è stato offerto da :

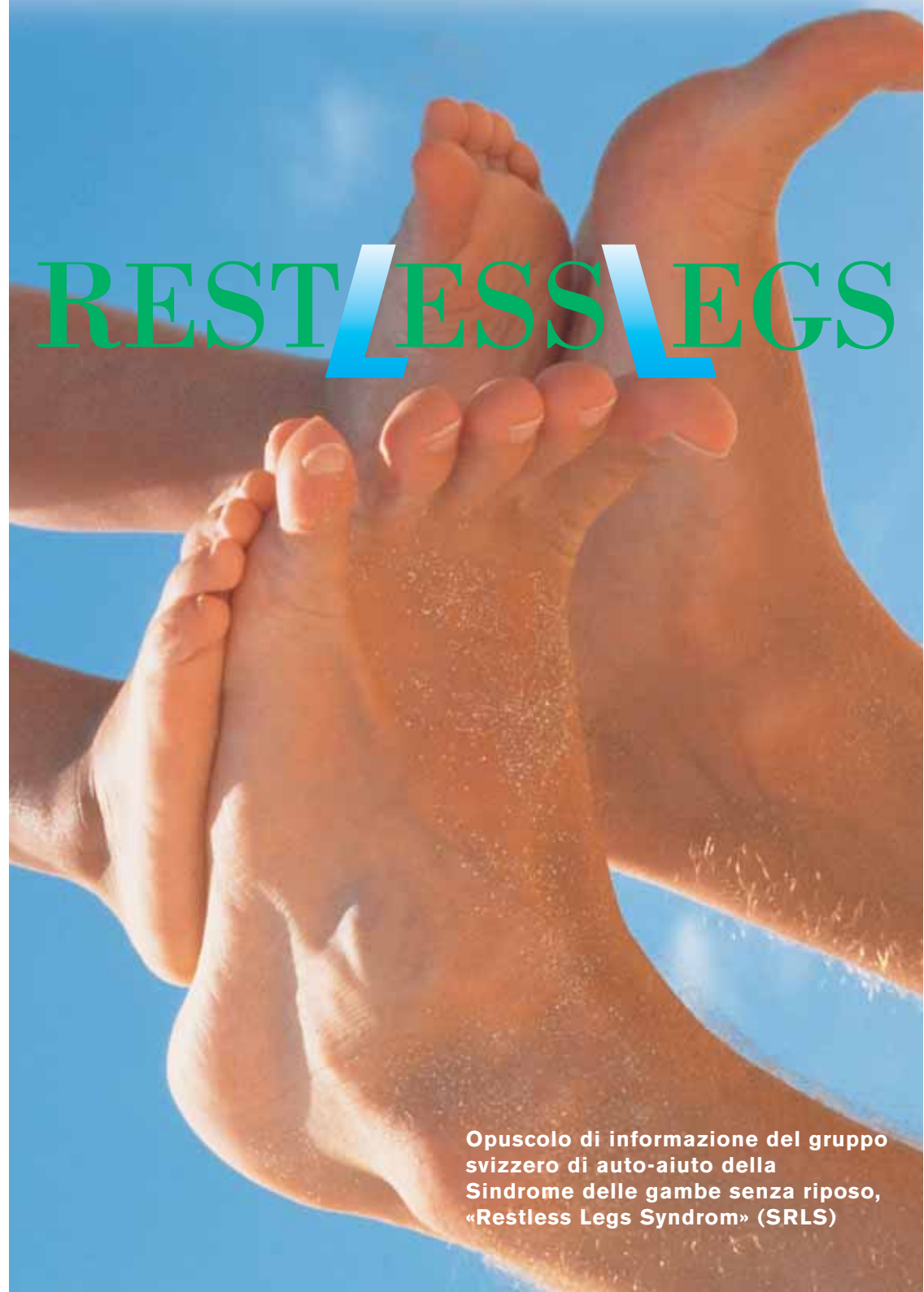
27067-2003

Publicato dal Gruppo svizzero di auto-aiuto della Sindrome della gambe senza
riposo (Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe-SRLS)

grazie al sostegno di



Roche Pharma (Schweiz) AG
4153 Reinach BL



Opuscolo di informazione del gruppo
svizzero di auto-aiuto della
Sindrome delle gambe senza riposo,
«Restless Legs Syndrom» (SRLS)

Organizzazioni di auto-aiuto

Discutere e scambiare esperienze con persone colpite dallo stesso male rappresenta per molti pazienti con RLS un prezioso sostegno alla loro quotidianità. L'informazione da parte del medico dell'esistenza di gruppi di auto-aiuto RLS riveste quindi per i pazienti una grande importanza. In Svizzera esistono gruppi di questo tipo ad Aarau, Basilea, Berna, Berna-Vallese, Zugo, Lucerna, Wil-San Gallo e Zurigo.

I vostri partner di discussione sono:

Gruppo svizzero di auto-aiuto (RLS):

Presidentessa:

Marta Hofer
Rietstrasse 14
8640 Rapperswil
Telefono: 055 211 13 26

Vice-Presidentessa:

Anni Maurer
Haldenstrasse 26
5415 Nussbaumen
Telefono: 056 282 54 03

Consulente medico:

PD Dr. J. Mathis
Leitender Arzt Neurologische Klinik
Inselspital
3010 Berna
Telefono: 031 632 30 54
e-mail: mathis@insel.ch

Sito web RLS Hyperlink:

<http://www.restless-legs.ch>

Troverete su questo sito altri «links», materiale informativo come pure indicazioni su manifestazioni attuali.

Groupe Suisse d'entraide de RLS:

Matthias Lüthi
Secrétariat Romandie
Route des Augustins 2
1673 Rue
Téléphone: 021 909 02 60

Persone da contattare nel Ticino:

Reutimann Ernestina
Casa Biancaccia
6992 Vernate
Telefono: 091 605 37 17

Innocente Giovanni
Im Steinler 32
Sulz
8544 Rickenbach-Attikon
Telefono: 052 337 16 92

Riassunto

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) è una affezione frequente, ad evoluzione cronica è caratterizzata da

- sgradevoli disturbi di sensibilità, difficili da definire,
- bisogno incoercibile di muovere le gambe,
- movimenti involontari delle gambe e più raramente delle braccia.

Tipicamente i disturbi appaiono

- verso sera o di notte
- in situazioni di riposo, da seduti o da sdraiati a letto e
- migliorano camminando o al movimento.

I movimenti possono continuare anche durante il sonno senza che il paziente se ne accorga. In tal caso si parla di «Movimenti periodici delle gambe nel sonno» (PLMS).

Le conseguenze dei disturbi di sensibilità e della continua necessità di movimento sono

- difficoltà di addormentarsi o di mantenere la continuità del sonno,
- e/o una eccessiva sonnolenza durante la giornata.

Spesso subentra anche una depressione.

Le cause si suppone siano da ricercare in

- un disturbo del sistema nervoso centrale a carattere ereditario (forma idiopatica)
- eventualmente associato ad un'altra malattia (forma sintomatica).

Frequenza

La RLS è una malattia frequente. Si stima che il 5-10% della popolazione ne sia colpito. È più frequente nelle donne che negli uomini, ma non tutte le persone coinvolte necessitano una terapia medicamentosa.

Diagnosi

I criteri diagnostici minimi per la «Sindrome da Restless Legs» sono stati definiti da un gruppo di studio internazionale e si basano sui seguenti sintomi:

Sintomi obbligatori

1. Bisogno impellente di muovere le estremità, spesso associato a sgradevoli disturbi di sensibilità.
2. Irrequietezza motoria.
3. Peggioramento dei disturbi a riposo e miglioramento perlomeno momentaneo al movimento.
4. Peggioramento dei sintomi la sera o durante la notte.

Sintomi facoltativi

- a) Disturbi del sonno e sonnolenza durante la giornata.
- b) Movimenti periodici delle gambe e delle braccia durante il sonno.
- c) Movimenti involontari delle gambe e delle braccia da svegli e a riposo
- d) Reperti normali degli esami medici e di laboratorio per le forme di RLS di origine non nota (forma idiopatica)
- e) Tendenza al peggioramento in età adulta media e avanzata
- f) Anamnesi famigliare positiva per una trasmissione ereditaria autosomica dominante

Disturbi di sensibilità

In primo piano stanno sensazioni sensibili abnormi e difficili da definire, localizzate alle gambe, principalmente ai polpacci, talvolta anche alle cosce o ai piedi e in circa il 50% dei casi anche alle braccia. I disturbi sono di solito bilaterali, una preponderanza o un'alternanza di lato è possibile. I pazienti descrivono sensazioni tipo formicolio, stiramento, tensione, strappo, puntura, a volte persino dolore. Dolori veri e propri sono più frequenti nei pazienti anziani e sopraggiungono in modo particolare in situazioni in cui a causa di fattori esterni non si possono muovere tempestivamente le gambe, come ad es. durante lunghi viaggi in aereo.

I pazienti con RLS, che hanno anche una polineuropatia (malattia dei nervi periferici), possono chiaramente distinguere i dolori della polineuropatia da quelli dovuti alla RLS. Le sensazioni della RLS vengono localizzate in profondità, i dolori delle polineuropatie invece sono percepiti in superficie, sulla pelle. Molti pazienti si lamentano di gambe pesanti, stanche o addirittura deboli. La debolezza può però venir contrastata volontariamente e non costringe a fermarsi, come invece accade nei disturbi circolatori, ad es. nella cosiddetta "malattia delle vetrine".

Gli esperti giudicano quindi le sostanze dopaminergiche farmaci di prima scelta per la cura della maggior parte dei pazienti con RLS idiopatica. I pazienti devono venir informati con precisione sugli effetti collaterali dei farmaci. La nausea o addirittura il vomito possono essere trattati con un ulteriore medicamento (Motilium®), nel caso non bastasse l'assunzione delle pastiglie durante i pasti. Questi effetti collaterali subentrano più raramente se la dose viene incrementata lentamente. La posologia è diversa da quella prescritta nella Malattia di Parkinson e spesso una dose serale è sufficiente.

Benzodiazepine

Il Rivotril® fa parte dei farmaci usati nella RLS già a partire dagli anni 70. Apparentemente il medicamento agisce soprattutto sui disturbi del sonno, i quali affliggono in modo progressivo i pazienti con RLS. Elevando la soglia delle reazioni di risveglio, il Rivotril contrasta i frequenti risvegli. Un effetto collaterale è la sonnolenza e con questo nelle persone anziane il rischio elevato di caduta durante la notte. Per tale motivo il farmaco viene prescritto volentieri nei giovani e giovani adulti con disturbi del sonno oppure in presenza di Parasonnie associate.

Oppiacei

Nel caso di grave RLS, che non reagisce o non reagisce in modo sufficiente al trattamento dopaminergico oppure, se tale trattamento non viene tollerato, una cura sintomatica con oppiacei può essere efficace. Inoltre in singoli casi è stata descritta la particolare efficacia di un trattamento alterno Codeina/L-Dopa, però con periodi altalenanti di molti mesi ognuno. Durante la terapia con oppiacei della RLS il rischio di sviluppare una assuefazione è molto piccolo.

Farmaci antiepilettici

Il nuovo antiepilettico Neurontin® sembra agire particolarmente bene nella forma dolorosa di RLS. In paragone con gli altri farmaci la sua efficacia è però piuttosto debole. Tegretol® e Depakine® sono altri antiepilettici talvolta efficaci nella RLS.

della sindrome delle apnee del sonno. Tale malattia potrebbe disturbare ulteriormente il sonno. Il trattamento sarebbe naturalmente completamente diverso. Lo stesso esame permette al medico di stabilire in che misura il sonno è disturbato dalla RLS e in che misura i movimenti persistono durante il sonno sotto forma di PLMS.

Terapia

In almeno 20% dei pazienti con RLS il sintomo delle gambe senza riposo e i disturbi sensibili sono pronunciati a tal punto da richiedere una terapia.

Trattamento causale

Le malattie associate devono essere trattate specificatamente. Nell' insufficienza renale terminale è risaputo, che un trapianto di reni può migliorare la RLS, se ciò non fosse stato possibile con la dialisi. In caso di RLS temporanea durante la gravidanza gli esperti sconsigliano un trattamento. Il tasso del ferro e della ferritina nel sangue devono venir controllati in ogni paziente. Un tentativo di trattamento con preparati a base di ferro è già di per sè indicato in presenza di valori della Ferritina ancora nei limiti della norma, ma relativamente bassi. Malattie reumatiche o una Malattia di Parkinson devono essere riconosciute e trattate in modo specifico.

Trattamento sintomatico

L' indicazione ad una terapia puramente sintomatica dipende dal grado di sofferenza soggettiva del paziente. La pianificazione della terapia va stabilita individualmente in base all'intensità dei sintomi, la quale varia spesso molto da caso a caso.

Tentativi di cura non medicamentosa come esercizi di movimento degli arti prima di coricarsi, bagni caldi o freddi, massaggi o esercizi di stretching, vengono spontaneamente provati da molti pazienti nel corso degli anni. Anche un' attività mentale stimolante diminuisce i disturbi. Nella maggior parte dei casi queste misure possono essere utili, ma alla lunga non bastano. Medicamenti non adatti e fattori predisponenti devono essere evitati.

L-Dopa e agonisti della Dopamina

I primi rapporti sulla particolare efficacia della L-Dopa nella RLS risalgono alla metà degli anni 80, fatto che nel frattempo ha trovato conferma in ampi studi clinici, Madopar® oppure Sinemet® sono entrambi farmaci ottenibili in una forma ad azione rapida o protratta. Anche i nuovi agonisti della Dopamina (Permax®, Sifrol®, Requip®, Cabaser®) si sono dimostrati efficaci. Si tratta di farmaci prescritti nella Malattia di Parkinson, senza che ciò significhi che si tratta della stessa malattia!

Comparsa dei sintomi la sera e a riposo

I sintomi appaiono soprattutto alla sera da seduti rilassati oppure a letto. L' intervallo di tempo fino alla loro comparsa da dopo aver assunto la posizione di riposo varia da subito fino a 2 ore.



Figura da "Fünfter Streich" nel "Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe"
© by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Miglioramento dei sintomi con il movimento!

Il criterio più importante di distinzione rispetto a parestesie di altra origine è il miglioramento dei sintomi con il movimento. I pazienti sono continuamente costretti ad alzarsi ed a muoversi. L' impulso di muovere le gambe può essere soppresso solo temporaneamente, è però infine irresistibile, cosicché i movimenti delle gambe avvengono in parte anche in modo involontario. In tal caso i pazienti possono al massimo influenzare volontariamente il tipo di movimento, senza poter contrastare il movimento stesso.

Sintomi diurni e dopo grossi sforzi

In giornata e durante l'attività fisica i sintomi sono spesso meno pronunciati o assenti. Possono però apparire più intensi dopo sforzi fisici importanti.

Fattori scatenanti

Accanto alla posizione di riposo, di regola seduta o sdraiata, i pazienti evocano anche la stanchezza, lo stress o più raramente il freddo o il caldo quali fattori scatenanti.

Componente psicologica

Spesso viene riferito il fatto che le sensazioni disagiabili appaiono piuttosto in situazioni di monotonia, che durante attività che suscitano interesse. Giochi elettronici stimolanti vengono addirittura consigliati quale terapia, ad esempio durante lunghi viaggi in aereo.

Irrequietezza motoria

Spesso i movimenti di braccia e gambe vengono interpretati come sola reazione ai disturbi sensibili. In alcuni pazienti però l'irrequietezza motoria sta chiaramente in primo piano o insorge isolata, prima o anche in assenza di disturbi sensibili. In tal caso i movimenti sono involontari, quindi non controllabili.



Figura da «Fünfter Streich» nel «Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe»
© by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Movimenti involontari delle gambe

I movimenti involontari delle gambe in stato di veglia senza disturbi sensibili associati, vengono distinti dai «movimenti periodici delle gambe nel sonno», che si manifestano esclusivamente durante il sonno (PLMS). Dato che i movimenti involontari, che di regola iniziano già durante lo stato di veglia, persistono spesso poi nel sonno, ambedue le forme vengono insieme definite «periodic leg movements», oppure, dato che anche le braccia possono essere coinvolte, «periodic limb movements» (PLM).

Movimenti periodici delle gambe nel sonno (PLMS)

La RLS si associa nel 70-80% dei casi a PLMS. Al contrario invece solo una piccola parte di pazienti con PLMS soffre anche di una RLS. La comparsa di più di 5 movimenti per ora di sonno viene considerata anormale. PLMS sono presenti spesso e senza venir percepiti in persone anziane sane oltre i 60 anni (in 60% ca.). PLMS vengono pure riscontrati più frequentemente in tutta una serie di malattie neurologiche come la sindrome delle apnee del sonno (SAS), la narcolessia e i disturbi del comportamento del sonno REM.

«Arousals» = reazioni di risveglio

I movimenti periodici delle gambe si distinguono in PLMS con e senza reazioni di risveglio (= arousals): fenomeni rilevati dal tracciato dell'elettroencefalogramma (registrazione dell'attività elettrica cerebrale) o da una modifica della frequenza cardiaca. E' oggetto di discussione se i movimenti delle gambe con arousals disturbino più o meno il sonno di quelli senza arousals.

Malattie vascolari

Malattie vascolari come ad es. vene varicose o arteriosclerosi delle arterie delle gambe, venivano in passato considerate causa di RLS. Oggi si ritiene importante distinguere queste malattie dalla RLS, dato che queste pur portando a disturbi simili, necessitano di trattamenti diversi. Nell'arteriosclerosi delle arterie delle gambe i dolori si fanno progressivamente più intensi al movimento, ad es. camminando. Per questo motivo i pazienti sono costretti a fermarsi ripetutamente. Si parla della «malattia delle vetrine».

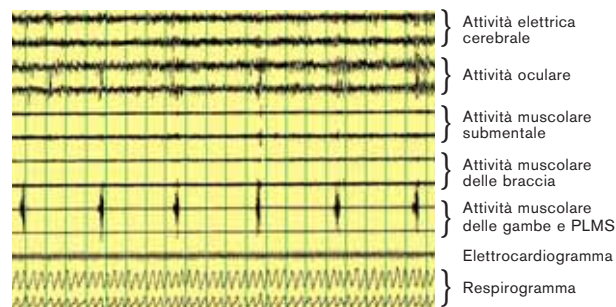
Crampi notturni del polpaccio

Crampi notturni del polpaccio sono molto frequenti anche nelle persone sane. Questi insorgono improvvisamente durante il sonno, spesso durante un movimento e vengono alleviati con manovre di allungamento del muscolo contratto.

Procedura diagnostica

- 1) **Quantificare l'entità dei disturbi tramite questionario** (vedi pagina 13)
- 2) Esami di laboratorio
 - **ematologia (formula eritro-leucocitaria)**
 - **elettroliti (Na, K, Ca, Mg)**
 - **urea e creatinina**
 - **profilo glicemico, HbA1c**
 - **ferro e ferritina**
 - **vitamina B12 e acido folico**
 - **parametri della tiroide**
 - test di gravidanza
- 3) Ricerca di polineuropatia
- 4) **Polisonnografia**
- 5) Test delle latenze multiple di sonno in caso di ipersonnolenza diurna

L' esame nel laboratorio del sonno (Polisonnografia)



Nel laboratorio del sonno vengono registrati i movimenti delle gambe e delle braccia durante il sonno unitamente alla respirazione, all' elettrocardiogramma ed all' elettroencefalogramma. Si tratta qui di escludere una altra malattia come ad esempio il «russare patologico»

Malattie senza relazione confermata (spesso solo casi singoli)

Sindrome fibromialgica, carenza di vitamine, Amiloidosi, Sindrome di Sjögren, ernia del disco, malattie del midollo spinale, disturbi del comportamento del sonno REM, Sindrome delle apnee del sonno, malattie polmonari croniche ostruttive, resezione dello stomaco, malattie tumorali, embolie, vene varicose, tremore famigliare, malattie della tiroide.

Farmaci che possono scatenare o peggiorare la RLS

Neurolettici, Litio, Mianserina, Beta-bloccanti, Antidepressivi triciclici, Antiepilettici, Antiistaminici, astinenza da sedativi, da vasodilatatori, Antiemetici (tranne Domperidone), Antagonisti del calcio.

Fattori predisponenti (scatenanti)

In alcuni casi si è descritto il fumo di sigarette quale fattore scatenante la RLS. In uno studio specifico non si è trovata un' incidenza maggiore di RLS tra i fumatori di sigarette rispetto ai non fumatori, cosicché questa correlazione non è certa.

Un' influenza negativa della caffeina e della cioccolata sui disturbi della RLS è stata osservata spesso. Nel caso di eccessivo consumo di alcol il numero di PLMS ed anche la gravità dei disturbi della RLS sono più elevati e questo in modo particolarmente marcato nelle donne.

Distinzione della RLS da altre malattie

Polineuropatia

La polineuropatia può essere la causa di una RLS. Essa può però portare anche da sola a disturbi molto simili. I disturbi della RLS si differenziano dai dolori polineuropatici per la loro chiara dipendenza dall' orario giornaliero, la loro localizzazione in profondità ed il miglioramento al movimento. Nelle polineuropatie i disturbi di sensibilità sono di regola costantemente presenti, non migliorano con il movimento e in molti casi i sintomi sono molto discreti.

Esame elettrofisiologico

Si ritiene di solito indicato eseguire un esame elettrofisiologico poichè anche una polineuropatia isolata (senza RLS) può causare disturbi simili. Se l' esame elettrofisiologico conferma una polineuropatia é allora doveroso ricercarne le cause, che in tal caso dovrebbero venir trattate in modo specifico e diverso dalla RLS.

Sonnolenza diurna e insonnia

Il 90% di tutti i pazienti con RLS soffre durante il corso della malattia di disturbi di addormentamento o di mantenimento della continuità del sonno.

«Camminatori della notte» (nightwalkers)

In casi gravi i pazienti di notte sono costretti a camminare quasi continuamente e trovano il sonno solo di primo mattino per alcune ore. Per questo motivo i membri dell' organizzazione americana di pazienti si sono dati il nome di «Nightwalkers», i «camminatori della notte». E' quindi indispensabile pensare ad una RLS in tutti i casi di disturbi cronici del sonno e ricercarne in modo specifico i tipici sintomi. Una sonnolenza diurna eccessiva è presente nel 46% degli uomini e nel 22% delle donne.

Problemi psichiatrici e sociali

Depressione

Molti pazienti con RLS presentano anche disturbi psichici. Una depressione si è riscontrata nel 60% ca. dei pazienti e una cefalea di tipo tensivo nel 30% ca. Disturbi ansiosi e disturbi dell' apparato digerente sono pure più frequenti. La depressione non di rado precede la RLS, per cui essa non rappresenta necessariamente una conseguenza dei disturbi cronici della RLS. E' pensabile che le due malattie abbiano una origine comune.

Timore e riservatezza

Contrariamente a quanto succede in altre malattie psicosomatiche, i pazienti con RLS non di rado nascondono i propri sintomi anche di fronte ai parenti più stretti e al medico curante. Si suppone che temano di non essere in grado di spiegare in modo sufficientemente comprensibile disturbi e sensazioni insolite e con questo di rendersi ridicoli. Tuttavia non appena si sentono capiti, sono sollevati e raccontano con dovizia di dettagli il loro tormento, sofferto in solitudine da lunghi anni.

Problemi famigliari

Oltre la metà dei pazienti con RLS ha un' anamnesi famigliare positiva. Per questo motivo molti di essi conoscono i sintomi per averli già sentiti raccontare da famigliari, che a loro volta soffrono da decenni degli stessi disturbi, senza conoscerne la causa. Si ha in genere la tendenza a supporre, che si tratti di disturbi «normali» all'interno della propria famiglia. Molte persone colpite hanno dietro di sé una lunga odissea di visite da medico a medico senza che si sia mai potuto identificarne la vera origine.

Per tutti i pazienti con RLS, così come per i loro famigliari, la malattia è a lungo andare estenuante. Il debito cronico di sonno ha il suo prezzo. La gioia di vivere scompare. Anche i congiunti vengono sottoposti ad uno stress continuo perchè parimenti disturbati dalla irrequietezza di ogni sera e di ogni notte delle persone colpite. La disgregata qualità della vita del paziente si estende anche al partner.

Evoluzione della malattia

I disturbi della RLS possono iniziare ad ogni età. Spesso i sintomi cominciano attorno ai 30 anni, molte volte all'inizio sono fluttuanti. I periodi senza sintomi diventano col passare del tempo sempre più corti e sempre più rari. In ca. 40% dei casi i disturbi iniziano prima dei 20 anni e nel 12% ca. addirittura prima dei 10 anni. Nel caso di esordio precoce però i sintomi sono spesso poco pronunciati ed il 70% ca. dei pazienti consulta il medico solo dopo i 40 anni.

Nell'infanzia

In caso di esordio molto precoce le più frequenti diagnosi errate sono: «dolori della crescita» «Sindrome ipercinetica», chiamata in passato anche «POS del bambino» e oggi «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD). Si tratta di bambini con irrequietezza motoria e difficoltà di concentrazione, come nell'esempio descritto nella favola del «Zappelphilipp».



Figura da «Strubelpeter», die Geschichte vom Zappelphilipp von Dr. H. Hoffmann, © by Sigbert Mohn Verlag, Gütersloh

Nei bambini con diagnosi di ADHD si è riscontrata una RLS nel 20% dei casi.

In età adulta

In ca. 2/3 dei pazienti i disturbi peggiorano con l'età e solo nel 16% si riscontra un miglioramento temporaneo per alcuni mesi. I disturbi iniziano spesso da un lato oppure sono predominanti da un lato delle gambe. Nel 30% dei casi si manifestano con alternanza di lato e nel 20-50% dei casi sono colpite anche le braccia. Nel corso della malattia i sintomi si estendono anche ad altre parti del corpo, tendono a manifestarsi sull'arco di tutta la giornata, senza ritmo giornaliero.

L'ora giornaliera di inizio dei sintomi può essere considerata come indice di gravità della malattia.

Comparsa dei sintomi:

- dopo essersi coricati = forma lieve
- dopo le 18.00 ca. = forma moderata
- prima delle 18.00 = forma grave

Cause

La causa della sindrome di «restless legs» si presuppone risieda in una predisposizione ereditata, la quale da sola in determinati pazienti è sufficiente per scatenare i sintomi (forma idiopatica). Altri pazienti portatori della stessa predisposizione si ammalano invece soltanto se sopraggiungono altri fattori come una gravidanza, una carenza di vitamine od ormoni, una polineuropatia o altre malattie (forma sintomatica).

Forma idiopatica

Nel 30%-60% dei casi la malattia viene trasmessa in famiglia. Si suppone una ereditarietà di tipo autosomico dominante. Statisticamente questo significa che il 50% dei figli e delle figlie di soggetti colpiti possiede la stessa predisposizione. Il rischio di ammalarsi con sintomi evidenti nei parenti di primo grado è del 20% ca.. In parenti di secondo grado il rischio è solo del 4%. Attualmente si sta cercando di identificare il gene responsabile. Studi condotti in alcune famiglie con più generazioni di soggetti colpiti hanno fornito indizi, che inducono a pensare che la malattia col passare delle generazioni possa manifestarsi sempre più precocemente.

Forma secondaria

Disturbi tipo restless legs sono stati descritti in numerose condizioni e malattie. In tutte queste malattie si è trovata una incidenza più alta di RLS. I sintomi di RLS che si manifestano in gravidanza regrediscono spontaneamente dopo il parto nella maggior parte dei casi.

Frequenza di RLS più elevata nella/nel	nel % dei pazienti
carenza di ferro	43%
gravidanza	27%
insufficienza renale	17-40%
diabete mellito	7-17%
artrite reumatoide	25-30%
polineuropatia	5%
Malattia di Parkinson	30%

Polineuropatia

La frequenza della RLS nelle polineuropatie (5%) non sembra chiaramente superiore a quella della popolazione normale (2-15%). Di conseguenza il rapporto causale supposto da sempre tra polineuropatia e RLS non è né confermato né escluso.

Questionario – Indice di gravità della RLS

Il paziente è pregato di valutare i suoi sintomi RLS rispondendo alle 10 domande seguenti. L'esaminatore non deve in nessun modo influenzare il paziente nella scelta delle risposte, ma restare a disposizione in caso di domande.

Nome del paziente: _____

Data: _____

1. Come valutereste l'intensità dei fastidiosi disturbi della RLS nelle gambe e nelle braccia?

(4) molto elevata (3) elevata (2) media (1) debole (0) assente

2. In che misura è elevato il vostro bisogno di muoversi a causa della RLS?

(4) molto elevato (3) elevato (2) medio (1) poco elevato (0) assente

3. In che misura la sensazione disagiata alle gambe e braccia migliora camminando?

(4) nessun miglioramento (3) leggero miglioramento (2) moderato miglioramento
 (1) miglioramento completo o quasi (0) assenza di RLS, domanda irrilevante

4. In che misura il vostro sonno è disturbato dall'irrequietezza delle gambe?

(4) moltissimo (3) molto (2) moderatamente (1) debolmente (0) nessun disturbo

5. Di che intensità è la vostra stanchezza o sonnolenza causata dalla RLS?

(4) molto elevata (3) elevata (2) media (1) debole (0) assente

6. Di che gravità giudica nel suo insieme la sua Sindrome delle gambe senza riposo?

(4) molto elevata (3) elevata (2) media (1) debole (0) assente

7. Qual'è la frequenza dei suoi sintomi RLS?

(4) 6-7 giorni per settimana (3) 4-5 giorni per settimana (2) 2-3 giorni per settimana
 (1) 1 giorno per settimana (0) assenti

8. In caso di sintomi, quanto durano in media al giorno?

(4) 8 ore al giorno o più (3) 3-8 ore al giorno
 (2) 1-3 ore al giorno (1) meno di 1 ora al giorno (0) assenti

9. Qual'è l'impatto negativo delle gambe senza riposo sulle attività quotidiane in famiglia, a casa, scuola e sul posto di lavoro?

(4) molto grande (3) grande (2) medio-grave (1) debole (0) assente

10. In che misura le gambe senza riposo influenzano il suo umore, rendendolo ad es. furente, depresso, triste, timoroso, sensibile.

(4) molto elevata (3) elevata (2) moderata (1) debole (0) assente

Totale punti _____

La valutazione della gravità dei disturbi si basa sulla seguente scala:

molto grave = 31-40 punti

grave = 21-30 punti

moderata = 11-20 punti

lieve = 1-10 punti

assente = 0 punti