

SPÁNEK A JEHO NEJČASTĚJŠÍ PORUCHY

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Aktualizovaná Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (ICSD 2 – International Classification of Sleep Disorders) z roku 2005 opouští klasické členění na dyssomie a parasomie a nově dělí poruchy spánku a bdění na 8 hlavních skupin – 1) insomnie; 2) poruchy dýchání související se spánkem; 3) hypersomie centrálního původu; 4) poruchy cirkadiálního rytmu; 5) parasomie; 6) „movement disorders“ související se spánkem; 7) izolované symptomy, odchylky od normálu; 8) ostatní poruchy spánku. V článku je uvedena charakteristika nejčastějších jednotek (kromě insomnie) včetně diagnostiky a terapie s ohledem na psychiatrickou problematiku.

Klíčová slova: narkolepsie-kataplexie, obstrukční spánková apnoe – OSA, syndrom neklidných nohou (RLS), periodické pohyby končetinami (PLM), syndrom zpožděné/předsunuté fáze usínání, rekurentní hypersomie (Kleine-Levinův syndrom).

Klíčová slova MeSH: poruchy spánku – klasifikácia; narkolepsia; kataplexia; apnoe spánkové obštrukčné; syndróm nepokojných nôh; insomnia; hypersomnia.

SLEEP AND ITS MOST FREQUENT DISTURBANCES

Updated International Classification of Sleep Disorders (ICSD – 2) from 2005 year leaves classical dividing to dyssomnias and parasomnias and classify sleep disorders into eight main groups – 1) insomnia; 2) sleep related breathing disorders; 3) hypersomnias of central origin; 4) circadian rhythm sleep disorders; 5) parasomnias; 6) sleep related movement disorders; 7) isolated symptoms, apparently normal variants and unresolved issues; 8) other sleep disorders. The most frequent disorders (unless insomnia) are mentioned including diagnosis and therapy with regard to psychiatric questions in article.

Key words: narcolepsy-cataplexy, obstructive sleep apnea – OSA, Restless Legs Syndrome (RLS), Periodic Limb Movement Disorder (PLM) delayed/advanced sleep phase disorder, recurrent hypersomnia (Kleine-Levin Syndrome).

Key words MeSH: sleep disorders – classification; narcolepsy; cataplexy; sleep apnea, obstructive; restless leg syndrome; sleep initiation and maintenance disorders; disorders of excessive somnolence.

Psychiatr. prax; 2007; 3: 129–130

Díky rychlému rozvoji spánkové medicíny se objevila nutnost revidovat Mezinárodní klasifikaci poruch spánku a bdění (ICSD – International Classification of Sleep Disorders) z počátku devadesátých let. V roce 2005 byla vydána klasifikace nová – ICSD 2 (1), která opouští staré dělení na dyssomie a parasomie a přiklání se k popisnému rozdělení poruch spánku (tabulka 1). V textu jsou uvedeny jednotky, se kterými se v lékařské praxi setkáváme nejčastěji (kromě nespavosti) a jejichž diferenciální diagnostika zasahuje i do psychiatrie.

Narkolepsie, narkolepsie bez kataplexie

Narkolepsie je charakterizována zvýšenou denní spavostí s imperativními usnutími během dne a nekvalitním nočním spánkem. Doprovázejícími příznaky jsou kataplexie, hypnagogické halucinace a spánková obrna (jako projevy disociace REM spánku). Popisovány jsou i stavy automatického chování za bdělosti resp. při velké ospalosti. Onemocnění je spojováno i s váhovým nárůstem. Příčinou narkolepsie je deficit hypokretinu (orexinu) v důsledku úbytku neuronů v hypothalamu. Onemocnění je spojováno s alelou HLA DR2-DQB1*0602. Prevalence je odhadována na 0,02–0,06%. První příznaky se nejčastěji objevují ke konci puberty nebo v časně dospělosti, dětské pacienti nejsou vzácností. S přibývajícím věkem je popisováno v některých případech zmírnění či vymizení některých symptomů (2). Většina pacientů s narkolepsií bez kataplexie má normální nebo jen snížené hladiny hypokretinu, není pozitivita v alele HLA DR2-DQB1*0602. Kromě kataplexie jsou

ostatní klinické příznaky obdobné jako u narkolepsie s kataplexií. Obě onemocnění jsou mnohdy invalidizující a nemocní se často pro svůj sociální hendikep více či méně straní společnosti. Nadměrnou denní spavostí se mohou projevovat i některá psychiatrická onemocnění,

v případě nutnosti je nutné provedení testu mnohočetné latence usnutí (MSLT).

Terapie: Modafinil (Vigil) a metylfenidát (Ritalin) působí symptomaticky. K léčbě patologických projevů REM spánku, hlavně kataplexií, vybíráme antidepre-

Tabulka 1. Dělení poruch spánku a bdění podle klasifikace ICSD – 2 (International classification of sleep disorders)

1. Insomnie
2. Poruchy dýchání související se spánkem (centrální spánková apnoe, obstrukční spánková apnoe, hypoventilační/hypoxemické syndromy související se spánkem)
3. Hypersomie centrálního původu narkolepsie s kataplexií, narkolepsie bez kataplexie, rekurentní hypersomie, idiopatická hypersomie s dlouhou dobou spánku, idiopatická hypersomie bez dlouhé doby spánku
4. Poruchy cirkadiálního rytmu syndrom předsunuté spánkové fáze, syndrom posunuté spánkové fáze, nepravidelný rytmus spánku a bdění, jet-lag syndrom, onemocnění ze směnného režimu
5. Parasomie
1. parasomie z NREM spánku – náměsíčnost, noční děsy, spánková opilost
2. parasomie obvykle spojené s REM spánkem – behaviorální porucha v REM spánku, rekurentní izolovaná spánková obrna, noční můry
3. další parasomie – disociativní poruchy související se spánkem, enuréza, katatarnie (groaning), halucinace související se spánkem ad.
6. „Movement disorders“ související se spánkem syndrom neklidných končetin, periodické pohyby končetinami, bruxismus
7. Izolované symptomy, odchylky od normálu, nevyřešené problémy Long Sleeper, Short Sleeper, chrápání, mluvení ze spaní, hypnické záškuby, benigní dětský myoklonus
8. Ostatní poruchy spánku
Dodatek A: poruchy spánku spojené s jednotkami klasifikovanými jinde fatální familiární insomnie, fybromyalgie, epilepsie související se spánkem, bolesti hlavy související se spánkem, gastroezofageální reflux související se spánkem, ischemie koronárních arterií související se spánkem, abnormální polykání, dušení a laryngospasmus související se spánkem
Dodatek B: další psychiatrická a behaviorální onemocnění vyskytující se často v diferenciální diagnostice poruch spánku poruchy nálady, somatoformní poruchy, úzkostné poruchy, schizofrenie a další psychotická onemocnění, onemocnění diagnostikovaná v raném dětství, dětství a adolescenci, poruchy osobnosti

siva (clomipramin, escitalopram, fluoxetin či tianeptin), na evropský trh přichází i natrium oxybát (Xyrem) (8). Úprava životosprávy (krátké spánky přes den, dostatek nočního spánku) rovněž částečně řeší obtížnou situaci pacientů.

Diagnostika: MSLT (REM spánek minimálně ve 2 měřeních, průměrná latence usnutí kratší než 8 minut). Pomocnou diagnostickou metodou je stanovování alely HLA DR2-DQB1*0602 (pozitivní u většiny pacientů s dg. narkolepsie, negativní u narkolepsie bez kataplexie). Určování hladiny hypokretinu z mozkomíšního moku je pro svou náročnost prováděno jen v několika laboratořích na světě.

Rekurentní hypersomnie (Kleine – Levinův syndrom)

Jedná se o periodicky opakující se záchvaty spavosti, trvající desítky hodin, které mohou být přerušovány pouze krátkými pauzami na jídlo či toaletu. Pacient je neprobuditelný. Ataka je často spojena s hyperfagií, poruchami chování včetně sexuálního. Součástí klinického obrazu není deprese. Počátek onemocnění je nejčastěji v pozdní pubertě, s věkem může dojít k vymizení obtíží. V interiktálním období je spánek normální. Příznivý vliv na četnost atak má chronické podávání lithia.

Obstrukční spánková apnoe (OSA)

Noční spánek při OSA je charakterizován pravidelně se vyskytujícími apnoemi nebo hypopnoemi (zakončoványmi explozivním zadržáním), které vedou k mikroprobouzecím reakcím. Jejich následkem je fragmentovaný spánek působící ranní a denní neodpočatost, nevykonanost, v klidu jedinci poklímává až usínají (riziko dopravních nehod). Dlouhodobý vliv nekvalitního spánku vede až k psychickým a kognitivním poruchám. Popisována je i snížená potence. Patofyziologickým podkladem OSA je kolaps dýchacích cest na retropalatální a retroglotické úrovni, nejčastěji v důsledku vyšší kolapsibility svalstva. Ke vzniku obstrukce napomáhají i změněné anatomické poměry kranio-faciálního skeletu. Apnoe mohou být potencovány i medikací (hlavně benzodiazepiny, myorelaxancia, barbituráty) a alkoholem. Během apnoí dochází k poklesům saturace hemoglobinu kyslíkem. To vede k aktivaci sympatiků a následné mikroprobouzecí reakci. Důsledkem je fragmentovaný spánek. OSA ohrožuje jedince hlavně kardiovaskulárními důsledky (hypertenze, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, cévní onemocnění mozku), je častější při chronické obstrukční chorobě bronchopulmonální (overlap syndrom), alveolární hypoventilaci při obezitě, svalových poruchách ad. (6). Výskyt OSA se udává různě – až 10% (převážně

muži, hlavně středního a vyššího věku s nadváhou či obezitou).

Diagnostika: Nejdůležitější metodou je polysomnografie, eventuálně její zjednodušená varianta limitovaná polygrafie. Intenzitu OSA nejlépe vyjadřuje index respiračních událostí (RDI) vztažený na hodinu spánku. Součástí vyšetřovacího algoritmu je i spirometrické, ORL a stomatologické vyšetření s dálkovým snímkem lbi – kranioimetrie.

Terapie: Samozřejmostí jsou režimová opatření, na prvním místě redukce hmotnosti a zákaz kouření. Při nižší intenzitě je nejčastěji indikován operační zákrok na měkkém patře a eventuálně i na přilehlých měkkých tkáních (uvulopalatofaryngoplastika – UPPP nebo laserové varianty: LAUP – Laser Assisted Uvulopalatoplasty či radiofrekvenční ablace kořene jazyka), eventuálně stomatochirurgický zákrok (maxilomandibulární advancement či advancement m. Genioglossus) (3). Hlavní terapeutickou metodou (zejména při těžší OSA) je léčba přetlakem v dýchacích cestách (CPAP – Continuous Positive Airway Pressure).

Syndrom neklidných nohou (Restless Leg Syndrome – RLS)

RLS má 4 základní diagnostická kritéria: 1) nutkání k pohybu končetinami (více dolními) v důsledku nepříjemného pocitu v nich, 2) které se vyskytuje nebo zhoršuje v klidu, 3) hlavně ve večerních hodinách či v noci, 4) pohyb končetinou na chvíli uleví, avšak po chvíli se nepříjemný pocit s nutkáním opět dostavuje. Uváděné sensace v končetinách se však mohou objevovat i přes den. RLS se může vyskytovat i sekundárně, nejčastěji u neuropatií, nedostatku železa, renálních poruch, revmatických onemocnění, Parkinsonovy nemoci. RLS může být navozen i farmakologicky – nejčastěji antagonisty dopaminových receptorů (typická antipsychotika, ale i některá antiemetika (metoclopramid) a antihistaminika (promethazin, mirtazapin, mianserin ad.). V diferenciální diagnostice je nutné odlišit polyneuropatii (pozor na společný výskyt), motorický neklid při úzkostných poruchách, akatisii vyvolanou hlavně po podání typických antipsychotik (není cirkadiální kolísání, je postiženo celé tělo, po pohybu se nedostavuje úleva, nereaguje na L-DOPu) a některé další jednotky. Fyzická zátěž vede k větší akcentaci příznaků. Patofyziologicky se předpokládá nedostatek dopaminu na úrovni CNS. Výskyt je popisován až u 20% populace – více u žen (ve III. trimestru těhotenství až ve 20%), s přibývajícím věkem je výskyt častější (7).

K diagnóze postačí anamnéza (splnění 4 základních dg. kritérií).

Terapie agonisty dopaminu (pramipexol, ropinirol) či L-DOPu (5). Jako lék druhé volby je doporučován gabapentin, tramadol ad. Léčba clonazepamem není doporučována, přesto však má v některých případech její nasazení dobrý efekt.

Periodické pohyby končetinami (Periodic Limb Movement – PLM)

Onemocnění se projevuje mimovolnými, vysoce stereotypními a periodicky se opakujícími pohyby končetin ve spánku nebo za klidné bdělosti v noci. Nejčastěji se jedná o trojflexi dolní končetiny: extenze palce spolu s flexí hlezna a kolena. Pohyb může být i velmi diskrétní a odhalí jej až polysomnografické vyšetření (EMG aktivita z mm. tibiales anteriores). Aktivita může být přítomna i několik hodin bez přerušení. Většina pohybů je spojena s (mikro)probouzecí reakcí – tím dochází k fragmentaci spánku. Onemocnění se často vyskytuje spolu s RLS (u 80% nemocných), OSA, narkolepsií. Pokud se PLM vyskytují bez uvedených vyvolávajících nemocí, považují se za samostatnou chorobu (PLM disorder). Klinickým projevem je denní únava až zvýšená spavost, která nasedá na pocit neosvěženosti po probuzení – denní symptomatologie je velmi podobná OSA.

Diagnostika: Polysomnografie, tíže se stanovuje podle indexu PLM za hodinu.

Terapie. Retardovaná forma L-Dopy eventuálně agonisty dopaminu.

Poruchy cirkadiální rytmicity. Syndrom zpožděné fáze usínání (Sleep Delay Phase Syndrome)

Onemocnění je charakterizováno opožděným nástupem spánku nejméně o 2 hodiny oproti konvencím. Spánek má normální architekturu, a pokud je pacientovi dopřán v obvyklé délce, cítí se po probuzení vyspalý a v normální kondici, rovněž tak přes den. Jestliže vstává dříve, dostávají se obvyklé příznaky z krátkého spánku. Onemocnění je častější v mladších věkových skupinách. Příčina onemocnění není známa. Podávání melatoninu vede v některých případech k úpravě stavu (melatonin však není na našem trhu registrován). Opakem této jednotky je **syndrom předsunuté fáze usínání** (časné usínání a s tím související brzké probouzení), postihující spíše starší populaci (4).

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
e-mail: mpretl@lf1.cuni.cz

Literatura

1. American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual, 2nd ed. Westchester, Ill, American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. *Lancet* 2007; 369: 499–511.
3. Foltán R, Hoffmannová J, Donev F, Vlk M, Šonka K, Pretl M. Advancement musculus genioglossus a závěs jazyky v terapii obstrukčního spánkového apnoického syndromu. *Čes a slov Neurochir* 2006; 69/102: 57–63.

4. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Elsevier Inc 2005.
5. Šonka K, Pretl M, Kranda K. Management of restless legs syndrome by the partial D2-agonist tergruride. *Sleep Med.* 2003; 4: 455–457.
6. Šonka K. Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku. Praha, Grada Publishing, 2004.
7. Šonka K. Syndrom neklidných nohou. Praha, Maxdorf, 2006.
8. Šonka K, Kemlink D, Pretl M. Cataplexy treated with escitalopram-clinical experience. *Neuro Endocrinol Lett.* 2006; 27: 174–176.