

# II CONGRESSO AINAT SICILIA

## Il magico viaggio del sonno del Parkinsoniano

Concetta Rubino  
ASP Palermo

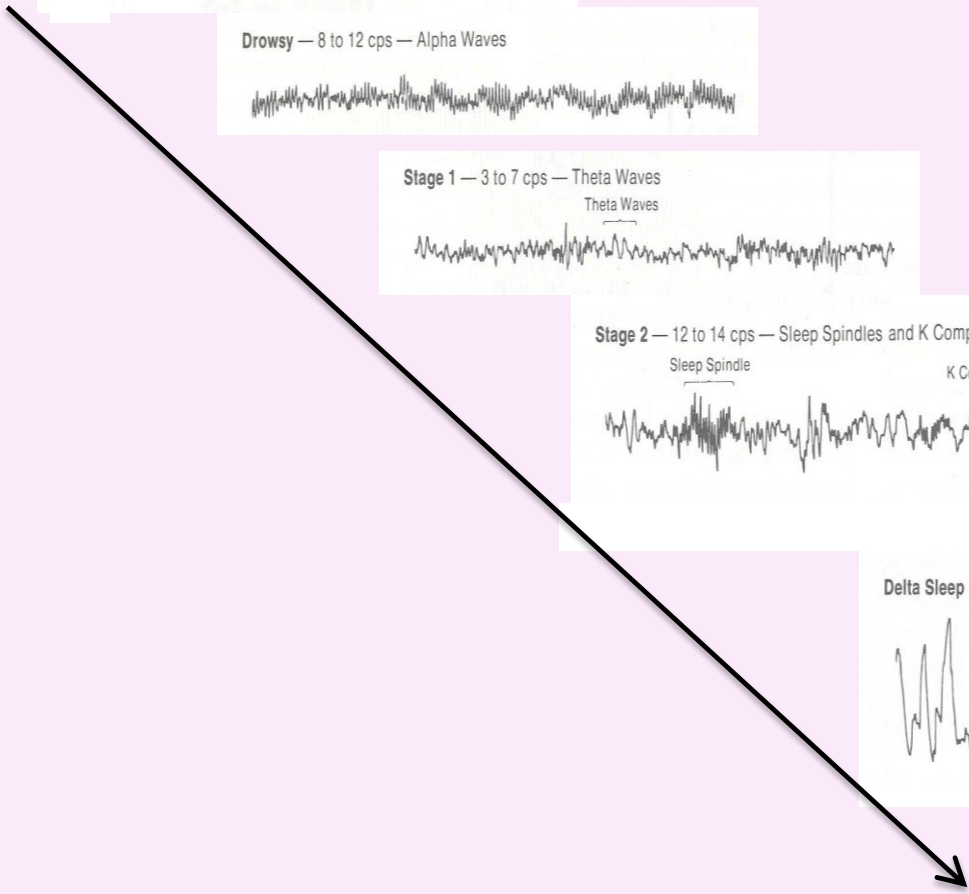
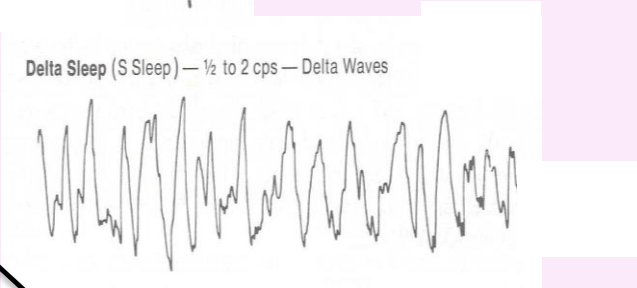
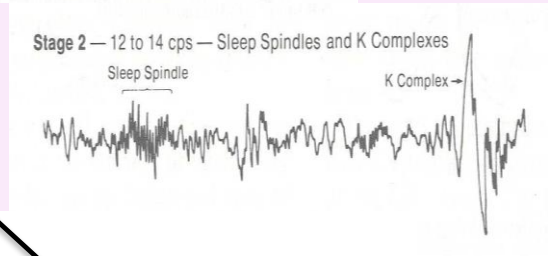
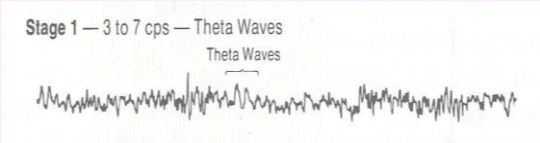
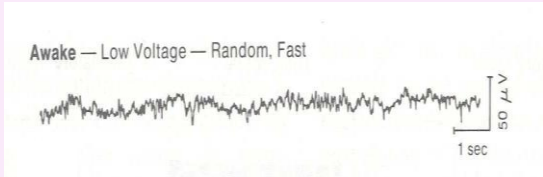


CATANIA  
16-17-18 NOVEMBRE 2017

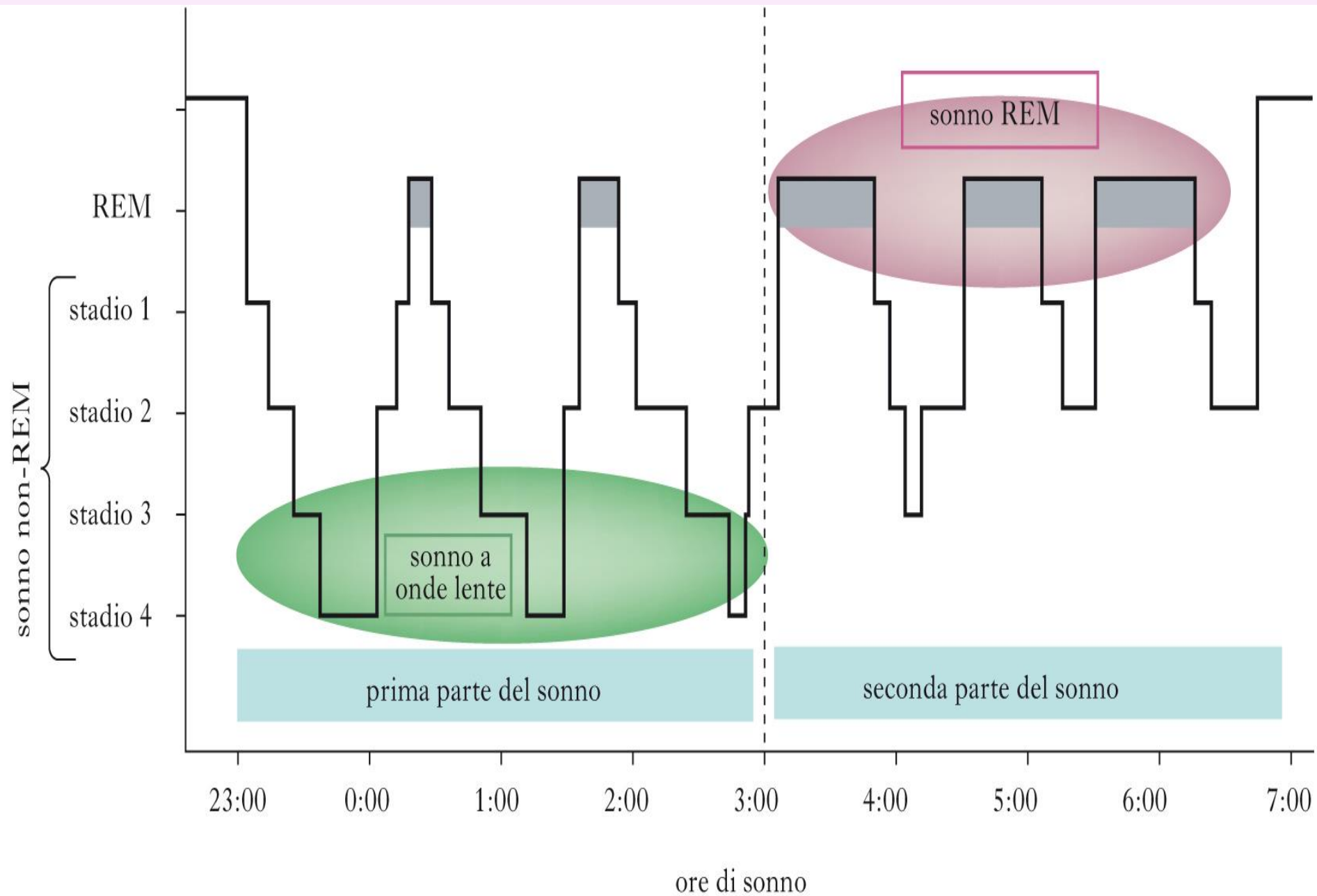
# Il magico viaggio dalla veglia al sonno

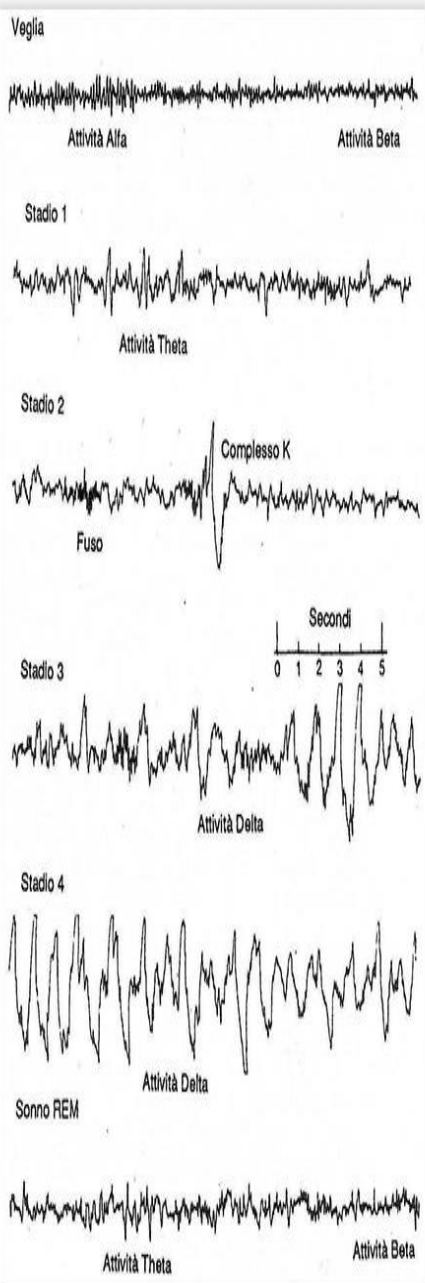
**Il passaggio dalla veglia al sonno è  
caratterizzato da marcate modificazioni  
dell'attività cerebrale**

# La transizione Veglia – Sonno NREM

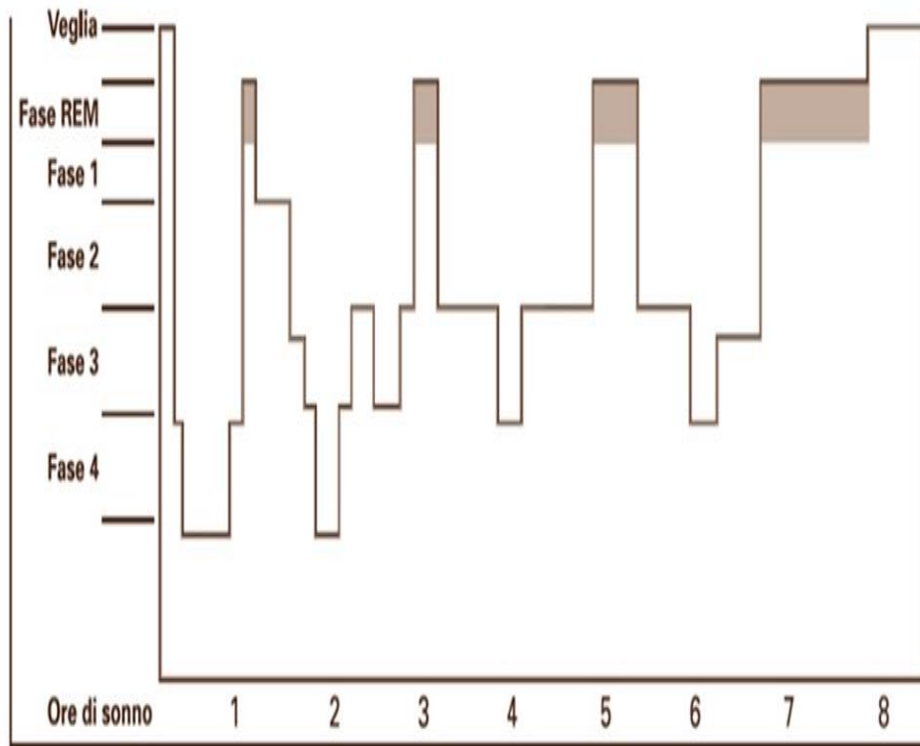


# La struttura del sonno





## STRUTTURA IDEALE DEL SONNO



**SONNO PROFONDO (fasi 3 e 4) = ricarica di energie fisiche**

**SONNO REM = ricarica di energie mentali**

# Sonno e neuromediatori

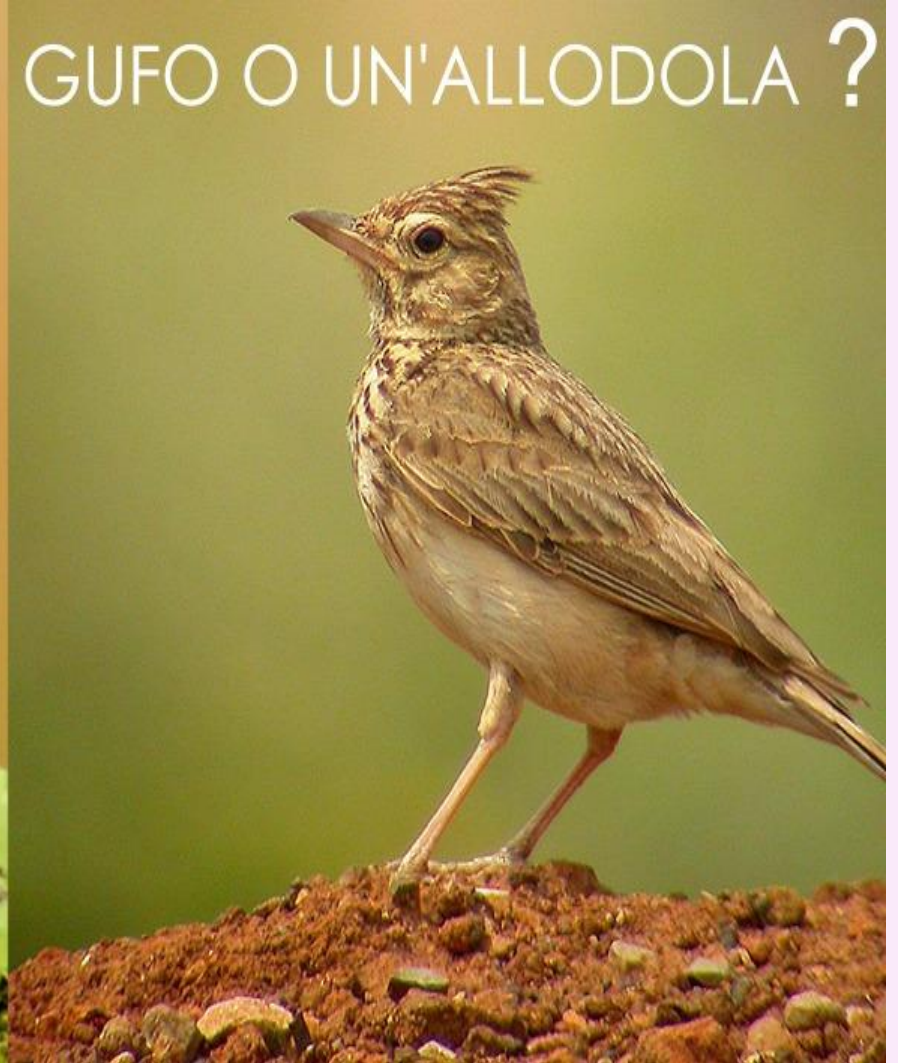
- Prima parte del sonno : Attività ***gabaergica***
- Seconda parte del sonno : Attività ***colinergica***

## I TEMPI RELATIVI AL SONNO NORMALE

Necessità media di sonno	8,3 ore
Latenza normale di sonno	10 minuti
Normale struttura del sonno	
➤ stadio 1 NREM	5%
➤ stadio 2 NREM	50%
➤ stadi 3 e 4 NREM ("slow wave sleep")	15-25%
➤ REM	25%
Pisolini nell'infanzia e nella senescenza	



SEI UN GUFO O UN'ALLODOLA ?





# Disturbi del sonno nel PD (I)

- Insonnia
- Frammentazione del sonno
- RBD (rapid eye movement sleep behavior disorders)
- RLS (restless legs syndrome)
- PLMS (periodic limb movements of sleep)



## Disturbi del sonno nel PD (II)


- Allucinazioni e sogni vividi
- Sonnolenza diurna
- Sleep attacks
- Disordini nella respirazione durante il sonno (sleep disordered breathing)

# Disturbi del sonno

- Prevalenza : 25-98%
- Più disabilitanti rispetto ai sintomi non motori
- Se riconosciuti precocemente, possono essere usati come marker della fase prodromica:
  - presa in carico più precoce
  - miglioramento della *QoI* per pazienti e caregivers
  - riduzione costi sanitari

# Insonnia

- Più frequente nelle **donne**
  - difficoltà nell'addormentamento
  - sleep maintenance insomnia
  - risvegli prematuri al mattino
- **Cause:**
  - disturbi motori (*tremore, bradicinesia, distonie*)
  - disturbi dell'umore
  - degenerazione del sistema regolatore del sonno
  - effetti avversi dei farmaci antiparkinsoniani



# RBD (*rapid eye movement sleep behavior disorders*) (I)

- perdita dell'atonia muscolare durante il sonno REM → eccessiva attività motoria
- gravità: da subclinica a esplosiva
- sogni violenti e spiacevoli
- al progredire della malattia, i sintomi di RBD diminuiscono di intensità

# RBD (*rapid eye movement sleep behavior disorders*) (II)

La diagnosi si basa solitamente sulla storia clinica, ma talvolta è utile la polisonnografia con video

## **Questionari:**

- Mayo sleep questionnaire (MSQ)
- RBD screening questionnaire (RBDSQ)
- REM behavior disorder questionnaire - Hong Kong (RBDQ-HK)
- RBD severity scale (RBDSS)

# RLS

## (restless legs syndrome)

- necessità di muovere le gambe
- sgradevole sensazione sensitiva
- una o entrambe le gambe, nei casi gravi anche braccia e tronco
- si manifesta nei periodi di inattività ( a letto e di sera), alleviata da movimento e stretching





# PLMS

- Almeno 4 episodi periodici
- Movimenti ripetitivi e altamente stereotipati

RLS e PLMS interferiscono notevolmente sulla quantità e qualità del sonno

# Allucinazioni e sogni vividi

- 8-40% dei pz trattati con dopaminoagonisti
- preferibilmente notturne
- coincidono con la fase REM del sonno
- persistenti per secondi o minuti
- si mantiene l'insight
- potrebbero essere sogni ad occhi aperti "waking dreams"

# EDS

## excessive daytime sleepiness

- la prevalenza aumenta con il progredire della malattia
- sintomo disabilitante in  $\frac{1}{3}$  dei pz
- associato a stati più avanzati della patologia, a maggiore disabilità e a declino cognitivo
- persiste durante la giornata → “pisolini” pomeridiani

# Sleep attacks

- improvvisi addormentamenti senza segni premonitori quali stanchezza o sonnolenza
- sono considerati eventi a rischio per incidenti stradali
- causati dalla degenerazione del sistema dopaminergico e non dopaminergico che regola il sonno



# Nicturia

Problema comune nell'anziano, più frequente nel paziente con PD per:

- riduzione della capacità vescicale
- iperreattività del detrusore
- correlata direttamente alla deplezione dei neuroni dopaminergici



# OSAS

- 3 volte più comuni che nei controlli
- Si verificano nel 50% dei pazienti
- Concomitanti a PLMS, RLS, RBD
- BMI nella norma

# Opzioni di trattamento



- Strategie **non farmacologiche**:
  - evitare riposo pomeridiano
  - aumentare gli esercizi diurni
  - evitare caffè alcool tabacco
  - evitare pasti abbondanti o assunzione eccessiva di liquidi sul far della sera
  - andare a letto solo se assonnati
  - provare a mantenere un pattern di sonno regolare
  - se non si riesce a dormire alzarsi e fare attività rilassanti
- Strategie farmacologiche

# Trattamento farmacologico (I)

## Insonnia:

- Formulazioni a rilascio modificato di **Ldopa** prima di andare a dormire
- Piccole dosi di una formulazione di **Ldopa** ad immediato rilascio nel caso di risvegli notturni
- **Amantadina** o **Selegilina** durante il giorno
- Alte dosi di Dopaminoagonisti possono peggiorare l'insonnia se assunti prima di dormire
- piccole dosi di **Amitriptilina** se coesistono sintomi depressivi

**RBD:** Piccole dosi di **Clonazepam** (0,25 MG-1MG); in pz refrattari: Melatonina 3-15 mg



# Trattamento farmacologico (II)

## RLS:

- Possono essere causati dagli antidepressivi  
→ Sospensione
- Prima linea: **Rotigotina** transdermica,  
**Ropinirolo**, **Pramipexolo**, **Gabapentina** e  
**Pregabalin**
- supplemento di ferro per i pz con bassi  
livelli di ferritina ( $<45 \mu\text{gr}$ )

## Sogni vividi e allucinazioni:

- Antipsicotici come **Quetiapina** e **Clozapina**



# Trattamento farmacologico (III)

## **OSAS:**

- **CPAP**

## **Allucinazioni e sogni vividi**

- Allontanare BZD a lunga emivita
- Riduzione della dose dei dopaminoagonisti, se recentemente introdotti, o sostituzione